

ÜBERZEUGENDER AUFBRUCH – VERNEBELTE ZIELE – UNGEWISSE EFFEKTE:

EINE KOMMENTIERENDE EINORDNUNG DER ERGEBNISSE DER VERBLEIBSTUDIE
DER ABSOLVENTINNEN UND ABSOLVENTEN DER MODELLSTUDIENGÄNGE IN
NRW

BEAT SOTTAS

Diskussion der empirischen Ergebnisse

Eine Evaluation des Verlaufs, der Ergebnisse und der Zielerreichung entspricht den Standards der Politiküberprüfung, -steuerung und -weiterentwicklung. Mit den drei Teilpaketen (Beschäftigung & Verbleib; Kompetenz & Performanz; Arbeitgebersicht und Employability) wird für den spezifischen Bereich der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen auf Hochschulebene mit wissenschaftlichen Methoden eine systematische und nachvollziehbare ex-post-Analyse vorgelegt. Diese gestattet eine Bewertung des Bildungsauftrags, seiner Interpretation, der konzeptionellen Rahmung und Umsetzung in den verschiedenen Studienangeboten, die unter der Modellklausel angeboten werden, sowie der Auswirkungen auf die Absolvent*innen beim Berufseinstieg und der Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt.

Weil der Schreibende erst in der späten Phase der Ergebniszusammenführung und -verdichtung involviert worden ist, kann und soll keine Beurteilung der Arbeit der Evaluationsbeauftragten vorgenommen werden. Im vorliegenden Bericht werden Methodik und Ergebnisse verschiedentlich diskutiert und reflektiert. Gestützt auf Auszüge der Teilberichte und zwei Arbeitstreffen der Steuergruppe soll an dieser Stelle lediglich global festgehalten werden, dass Qualitätsmerkmale und allgemeine Grundprinzipien für professionelles Evaluationshandeln der Beauftragten wie Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit im Vorgehen, Wissenschaftlichkeit bei der Datenerhebung und -auswertung, aber auch Ergebnisoffenheit und Unvoreingenommenheit, Transparenz, Darstellung der Sicht von Beteiligten und Betroffenen, Nachvollziehbarkeit der Bewertung, Nutzenorientierung sowie die Bereitschaft zur Berichterstattung und Ergebnisdiskussion gut erkennbar sind.

Gemessen an dem im internationalen Vergleich geringen Output von 1167 Absolvent*innen aus 11 Studiengängen an 7 Standorten (bei einer Gesamtbevölkerung von 18 Mio. Einwohnern in NRW) hat dabei gelegentlich die Granularität der Untersuchung erstaunt. Gemessen an den vier Kernfragen der Verbleibstudie wirkte das akribische Bemühen, zusätzlich auch noch eine Vielzahl von Nebenaspekten zu ergründen und mit robusten Daten zu belegen, auf den außenstehenden Beobachter zuweilen wie eine überspannte Ausweitung, Auffächerung und Verzettelung des Erkenntnisinteresses.

Vor diesem Hintergrund muss unbedingt die Leistung der Projektverantwortlichen bei der umsichtigen Zusammenführung, Integration, Aggregation in Ergebnisfelder und Verdichtung zu 10 Kernaussagen gewürdigt werden. Ihnen ist es gelungen, einen Grad an Massgeblichkeit und Fokussierung im Sinne des Auftrags zu erreichen. Dabei werden zwar auf alle Fragen (auch solche, die erst im Laufe des Verfahrens gestellt wurden) datengestützte Antworten abgeleitet und erarbeitet, doch der Blick bleibt auf die wesentlichen Aspekte von Beschäftigung und Verbleib; Kompetenz und Performanz; Arbeitgebersicht und Employability gerichtet. Für die Glaubwürdigkeit wichtig ist unseres Erachtens, dass eine Instrumentalisierung der Ergebnisse für ein pro domo-Plädoyer abgedämpft wurde; der Ausbau der Studienangebote sowie die Kapazitäts- und Ressourcenerhöhung auch für Wissenschaft und Lehre werden zwar als Ziel und Priorität erwähnt, doch die Eigeninteressen der Hochschulen bleiben nur beiläufig angedeutet.

Diskussion der Kernaussagen der Studie

Nach der extensiven Ergebnisdarstellung und -diskussion ist in der Berichterstattung eine Verdichtung notwendig, um die Antworten zu bündeln. Die Darstellung in Form 10 prägnanter Kernaussagen ist formal ansprechend und vermittelt klare Botschaften. Diese sind aus den Daten und den Ergebnissen in den fünf kategorisierten Themenfeldern (Aufgaben und Beschäftigungsmerkmale, Kompetenznutzung und Qualifikationsadäquanz, Zufriedenheit und Akzeptanz, Berufseinmündung und -ausübung sowie Zukunftsperspektiven) hergeleitet. Durch die Kommentare und Erläuterungen mit ausgewählten, aber differenziert gebündelten Daten und Verweisen wird einerseits die wissenschaftliche Fundierung dieser Ergebnisse dokumentiert und andererseits dem Anspruch an Belegbarkeit und Nachvollziehbarkeit akkurat Rechnung getragen.

Weil bereits im Zuge der Erarbeitung der Kernaussagen mit den Projektverantwortlichen ein intensiver Austausch über Prioritätensetzung und Schärfung der Aussagen stattgefunden hat, soll an dieser Stelle das Augenmerk primär auf die Diskussion von Inhalten, Botschaften und Konsequenzen gerichtet werden.

1) Den Absolvent*innen gelingt i.d.R. eine einschlägige Berufseinmündung, welche

2) bei 8 von 10 Absolvent*innen ein Tätigkeitsprofil mit klient*innennahe Aufgaben aufweist.

Diese Aussagen und Ergebnisse belegen zum einen die Zielkonformität der Bildungsauscomes: die Absolvent*innen gehen in die Versorgung und arbeiten mit Patienten; zudem ist die hochschulische Ausbildung bei den ersten Kohorten von Absolvent*innen kein Durchlauferhitzer und Wegbereiter für Berufslaufbahnen außerhalb des professionsspezifischen Tätigkeitsspektrums in Klinik oder ambulantem Setting oder überhaupt außerhalb des Gesundheitswesens. Darüber hinaus entkräften sie gut begründet die (auch in der Schweiz politisch instrumentalisierten) Vorurteile, dass „Hochschule vom Patienten wegqualifiziert“. Die Modellklausel hat in dieser Hinsicht ein Ziel erreicht: die zur Stärkung der Gesundheitsversorgung

getätigten Bildungsinvestitionen haben den beabsichtigten Effekt, weil die hochschulischen Ausbildungen den Weg in eine professionsadäquate Beschäftigung tatsächlich anbahnen.

3) Bei $\frac{2}{3}$ der Befragten sind die klient*innennahen Aufgaben fachlich erweitert. Neben einer durch die Berufsgesetze bedingten eng konzipierten Fachlichkeit sind die Absolvent*innen in der Lage, professionsspezifisch und berufsgruppenübergreifend Aufgaben insb. im Bereich Beratung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Projektarbeit, wissenschaftliche Recherche, Konzeptentwicklung und Expertentätigkeiten zu übernehmen, die über das hinausgehen, was andere Fachpersonen im Betrieb können. Die an der Hochschule erworbenen und gestärkten Kompetenzen führen damit zu einer Leistungsfähigkeit, die sich zumeist abhebt von den an Berufsfachschulen ausgebildeten Kolleg*innen. Die von Sachverständigenrat (2010) und Wissenschaftsrat (2012) postulierte Erweiterung der Anforderungsprofile und des Kompetenzspektrums scheint eingelöst zu werden, und die Absolvent*innen sind fit die Berufsausübung in komplexer werdenden Versorgungsmodellen. Dies ist, wie noch dargelegt wird, ein wesentliches Ergebnis und eine gute Basis im Hinblick auf die Bewältigung künftiger Herausforderungen.

4) Die berufliche Handlungssicherheit ist in allen untersuchten Kompetenzdimensionen hoch & 5) Die Arbeitgeber*innen nehmen einen Kompetenzmehrwert wahr. Diese beiden Aspekte sind insbesondere im Vergleich mit der Schweiz¹ interessant, wo nun seit über 10 Jahren akademisierte Pflegefachpersonen und Therapeut*innen in die Arbeitswelt gehen. Beim Systemwechsel wurden Befürchtungen und Vorurteile gestreut, dass die „Studierten“ nicht praxistauglich seien. Beim Direktvergleich der Abschlusskompetenzen zeigte sich (insb. bei der Pflege), dass in der Eintrittsphase lediglich beim Durchführen direkt patient*innenbezogener Massnahmen signifikante und bei der Anleitung von Lernenden teilweise Defizite gegenüber den Absolvent*innen der Höheren Fachschulen bestanden – dass aber insb. hinsichtlich den Kompetenzdimensionen Planen/Steuern/Evaluieren, Beraten/Informieren, Patientenedukation, Qualitätssicherung, wissenschaftliche Fundierung und disziplinenübergreifendem Austausch die Vorsprünge bei den Hochschulabsolvierenden lagen. Der Umstand, dass die Defizite i.d.R. nach einem halben Jahr überwunden waren, relativierte und widerlegte die Befürchtungen. Deutlich wurde, dass die doppelt so lange Praxisimmersion auf dem berufsschulischen Bildungsweg zwar Vorsprünge bei Kenntnissen, Fertigkeiten und sicherem Handeln in einem eng konzipierten Aufgabenspektrum ermöglichte, dass sich diese aber nicht als dauerhaft nachwirkender komparativer Vorteil halten können. Die Kontroverse ist längst abgeschlossen –

¹ In der Schweiz werden seit 2002 bzw. 2006 folgende Gesundheitsberufe ausschliesslich auf Fachhochschulebene angeboten: Ergotherapie, Hebammenkunde, Physiotherapie, Ernährung und Diätetik. Die Pflege und die medizinisch-technische Radiologie schliessen in der französischsprachigen Schweiz auf FH-Ebene mit einem BSc ab, während in der deutschsprachigen Schweiz diese Abschlüsse aufgrund politischer Entscheide zu 85% in einer in Deutschland so nicht vorhandenen Höheren Berufsfachschule (Tertiär B) erworben werden.

dafür ist mit der steigenden Anzahl Hochschulabsolvent*innen wegen den in Kernaussage 3 thematisierten fachlichen Erweiterungen und Potenzialen die Professions- und Organisationsentwicklung dynamisiert und beschleunigt worden, um diese Kompetenzen zur Verbesserung der Versorgungsleistungen, erhöhtem Nutzen für die Patienten sowie auch höherer Wertschöpfung differenziert zu nutzen (und finanziell abzugelten).

6) Fast $\frac{2}{3}$ der Befragten der Absolvent*innen sind mit ihrem Job zufrieden,

empfinden aber das Gehalt als nicht angemessen. Die Verbleibstudie verweist mit dieser Kernaussage auf ein Paradoxon, das eine kritische Bruchlinie markiert.

Auf der einen Seite die als Zielpunkt vorgegebene erreicht: mit dem hochschulischen Bildungsweg wird insb. der überwiegenden Mehrheit der Therapeut*innen eine gelingende und erfolgreiche Berufseinmündung ermöglicht. Die Bestausgebildeten mit dem aktuellsten Wissen wollen sich effektiv in den Dienst der Gesundheitsversorgung stellen und dort einen Beitrag leisten, wo ihre Kompetenzen einen besonders grossen Effekt und Nutzen erzeugen: bei der Bewältigung des soziodemographischen Wandels und des veränderten Krankheitsspektrums, also bei älteren, multimorbiden Patient*innen und chronisch Erkrankten, Menschen in Rehabilitation und Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung, in der häuslichen Versorgung sowie beim Ermöglichen von selbstbestimmtem Leben und Teilhabe. In vielen Fällen ist dies getragen von viel Idealismus und intrinsischer Motivation, sowie vermutlich auch von den motivierenden Berichten über die Professionsentwicklungen in Nachbarländern und auf internationaler Ebene.

Auf der anderen Seite sind $\frac{1}{3}$ unzufrieden mit der Situation, dass die Höherqualifikation und die zusätzlichen fachlichen klientennahen und klientenfernen Kompetenzen nicht zu Anerkennung bzw. einer höheren Entlohnung führen. Höppner und Beck (2019) sprechen in ihrer Analyse von 629 „Therapeuten am Limit“-Brandbriefe von „beruflichen Gratifikationskrisen“ und verbreiteter Verunsicherung, weil die Berufsarbeit nicht zur Bestreitung des Lebensunterhalts reicht sowie Überengagement und Selbstausbeutung unausweichlich sind. Dies lässt sich ergänzen mit dem Verweis auf internationale Quervergleiche, in denen die Absolvent*innen nachlesen können, dass anderorts hochschulische Qualifikation geschätzt wird und nicht ins Prekariat führt.

7) Die Arbeitgeber*innen sind zufrieden, akademisierte Absolvent*innen eingestellt zu haben.

Aufgrund der Daten kann diese Aussage zwar nicht für ganz NRW verallgemeinert werden – kleine Altenheime, Therapie-Einzelpraxen und kleine ambulante Dienste sind in den Daten wenig abgebildet und sie haben i.d.R. kaum disziplinen- und sektorenübergreifende Aufgaben. Umgekehrt kann geschlossen werden, die Absolvent*innen ihre Kompetenzen an den richtigen Ort bringen, nämlich in große Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich, in denen komplexe Herausforderungen mit veränderten Bedarfen von den darin tätigen Fachpersonen erweitert und zum Teil zusätzliche Kompetenzen verlangen. Unter dem Gesichtspunkt der „Employability“ ist es ein wichtiges und ermutigendes Feedback, wenn die Arbeitgeber*innen in dieser Kategorie von Mitarbeitenden klare Mehrwerte erkennen. Auch wenn die

Fachbereiche auseinanderdriften – Pflege, Hebammen und Therapieberufe haben nicht die gleichen Bedingungen, Opportunitäten und Perspektiven – dürfte es eine Frage der Zeit sein, bis die auch in der Schweiz gemachten Erfahrungen bei intraprofessionellen Differenzierungen sowie in der Angebots- und Organisationsentwicklung einsetzen. Als Nebeneffekt hat sich in der Schweiz gezeigt, dass bei Hochschulabsolvent*innen Zufriedenheit und Berufsverweildauer signifikant steigen.

8) Erfolgsfaktoren gelingender Berufseinmündung sind für Arbeitgeber*innen die Einarbeitung, eine Erwartungsklärung, Klarheit im Stellenprofil und angemessene Arbeitsbedingungen.

Obschon die Kranken- und Altenpflege im Prinzip seit 2003 sowie betr. Hebammen und Therapieberufe seit 2009 Gewissheit haben, dass eines Tages Mitarbeitende mit Hochschul-Ausbildungen kommen werden, haben sich Arbeitgeber – wie in der Schweiz auch – nur ausnahmsweise mittels Organisationsentwicklung und qualifikationsadäquaten Stellenprofilen darauf vorbereitet. Die Klärung der Erwartungen aller Beteiligten ist zentral, weil in Deutschland u.a. die rechtlichen, organisatorischen, tarifarischen Rahmenbedingungen anders sind als in den Beispielen, die in der Fachpresse oder auf internationalen Tagungen dargestellt werden.

9) Rund die Hälfte der Absolvent*innen möchte zumeist klinisch ausgerichtet weiterstudieren, aber Arbeitgeber*innen sind ambivalent, obschon sie den potenziellen Nutzen erkennen.

Die mit der Hochschulbildung verknüpfte Evidenzbasierung und Reflexivität führen dazu, dass die Absolvent*innen ihren eigenen Wissensstand permanent hinterfragen und gerade auch im Interesse einer wirkungsvolleren Versorgung die erkannten Lücken schließen und sich – gleich wie Mediziner*innen oder Kolleg*innen in anderen Ländern – in Teilbereichen spezialisieren wollen. Weil nicht alle zusätzlich einen Masterstudiengang absolvieren können oder wollen, führte dies in der Schweiz u.a. dazu, dass die Nachfrage nach hochschulischer Weiterbildung mittels CAS/DAS/MAS-Kursen boomt - übrigens auch unter den Abgängern der Berufsschulen. Mit Blick auf die Nutzung der Mehrwerte und nicht ganz uneigennützig zur Steigerung ihrer Attraktivität bezahlen Arbeitgeber i.d.R. die Hälfte der Kosten und gewähren anteilmäßig bezahlte Urlaubstage.

10) Alle befragten Arbeitgeber*innen sind offen für die Einstellung weiterer Absolvent*innen, aber die hohen Bedarfe und der Fachkräftemangel lassen keine spezifische Selektion zu.

Der Mangel an qualifizierten Fachpersonen ist ein weltweites Phänomen. Ausbildungskapazitäten sind ein Grund, entscheidender sind aber die kurze Berufsverweildauer und der Personahunger des Gesundheits- und Sozialbereichs (Bedarf an zusätzlichen Arbeitskräften liegt um Faktor 2-3 über den anderen Branchen). Aktuell rollt zudem die Pensionierungswelle der Baby-Boomer-Generation an. Dieser Mix stellt eine systemrelevante Bedrohung dar, zu deren Bewältigung die Betriebe und das Land je spezifische Beiträge zu leisten haben. Die Kernaussage bringt daher auch zum Ausdruck, in welchem Masse systemische Steuerungsprobleme als Folge ungünstiger und ungelöster rechtlicher, struktureller und organisatorischer Fragen die Nutzung von

Innovationen verhindern, die vom Arbeitsmarkt begrüßt werden. Arbeitgeber können bzw. müssen allerdings proaktiv mehr tun, weil die *Millenials* („Kinder der Jahrtausendwende“, y und z-Generation, alpha-Generation) hohe Erwartungen haben: erfüllende Aufgaben, attraktiver Arbeitsplatz, ein gutes Arbeitsklima, individuelle Entwicklungsmöglichkeiten, klare Leadership u.dgl. mehr.

Entwicklungslinien im internationalen Vergleich

Ganz grundsätzlich ist festzustellen, dass Akademisierungsprozesse vielfach ein Ergebnis der Bewältigung von Mangelsituationen sind: wenn über längere Zeiträume hinweg oder infolge soziodemographischer Verschiebungen Versorgungslücken bestehen, werden diese durch Ausweitung des *scope of practice* beim vorhandenen Personal (z.B. Bader und Metzger als Kriegschirurgen, Gemeindeschwestern und Nurse Practitioners als Grundversorger) oder durch neue Funktionen (z.B. Physician Assistants) gefüllt. Weil Heiltätigkeiten zum Schutz vor Schädigung und Täuschung i.d.R. nur mit staatlicher Genehmigung ausgeübt werden können, wird die Regulierung von Bildung und Praxis angepasst. Dabei legen die – je nach Land unterschiedlich zugeschnittenen – Bildungs-, Berufe- oder Gesundheitsgesetze gerade wegen ihrer Vielfalt beredtes Zeugnis davon ab, mit welchen Rollenbildern und Erwartungen jeweils die Rahmung angegangen wird. Während im angelsächsischen oder skandinavischen Raum bedarfsgesteuerte Substitutionsmodelle mit hoher professioneller Autonomie verbreitet sind, setzt das deutschsprachige Europa auf ärztliche Delegation an „Heilhilfsberufe“, die heute zwar einen robusten Bildungsrucksack haben, die aber unbesehen ihres Könnens und ihrer Leistungsfähigkeit untergeordnet und in ihrem Handeln eng limitiert bleiben. Der internationale wissenschaftliche Austausch schärft das Bewusstsein für die Unterschiede dieser Konzeptionen, insbesondere für die Potenziale und Opportunitäten aber auch die Nachteile. Länder mit jahrzehntelanger Erfahrung und einschlägiger Bildungs- und Versorgungsforschung (insb. USA, Kanada, Australien, UK, Neuseeland, Schweden, Finnland, Norwegen) zeigen, was in Bildung, Berufsausübung und Professionsentwicklung gesicherter Standard ist. Eine kursorische Internet-Recherche und die vielen vom Autor organisierten Studienreisen nach Schweden zeigen denn auch, dass die Akademisierung des Gesundheitspersonals primär im deutschen Sprachraum diskutiert wird. Mit Blick auf die ähnlichen Konstellationen bei den Indikatoren betr. Morbidität, Personal, Kosten stellt sich daher die Frage, was denn in Deutschland so anders ist, dass weiteres Experimentieren und Lavieren bei den Modellversuchen notwendig ist.

Der *academic drift* – die hochschulische Ausbildung nichtmedizinischer Fachpersonen mit dem Erwerb erweiterter Kompetenzen – wird weltweit (wie vor gut hundert Jahren in der Medizin) als eine der notwendigen Massnahmen betrachtet, um mehr hochqualifizierte Fachpersonen ins System zu bringen. Sie sollen dazu beitragen, die steigenden Fallzahlen, die komplexeren Bedarfe und veränderten Versorgungsaufgaben zu bewältigen. Als Startpunkt wird das Jahr 1975 genannt, als OECD und WHO an einer Konferenz in Paris in der Proklamation „Health,

Higher Education and the Community“ die „Regional Health Universities“ konzipierten und eine Reihe von Neugründungen initiierten (OECD 1977, Sottas et al. 2013).²

Weil dieser vor 40 Jahren gesetzte Impuls in Deutschland kaum rezipiert wurde³ und erst in jüngster Zeit mit dem Vorbehalt von widerrufbaren Modellklauseln in die Umsetzung gegangen ist, geben internationale Erfahrungen eine wertvolle Orientierungshilfe für die Implementierung von Ausbildungen und Versorgungsstrukturen.

Selbst wenn NRW bundesweit eine Vorreiterrolle einnimmt, ist eine Standortbestimmung (insb. Darmann-Finck et al. 2014) wegen fehlender Erfahrungstiefe nicht einfach zu bewerkstelligen. Sie kann in erster Linie die Initialisierungsphase und die geltenden rechtlichen, institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen sowie die normativen Konzepte und Desiderata reflektieren.⁴ Eine vergleichende Outcome-Studie anhand internationaler Benchmarks würde mehr Daten benötigen, also mehr Absolvent*innen, Angaben über längsschnittliche Berufs- und Karriereverläufe, Aussteigerquoten und -motive sowie eine breitere Abstützung bei den Arbeitgeber*innen – und auch einen gesicherten institutionellen Rahmen. Die Verbleibstudie nimmt darin eine Zwischenposition ein. Sie bleibt zwangsläufig der Innensicht und dem Vergleich mit den Berufsfachschulen verhaftet, mit Blick auf die Anpassung an internationale Standards konkretisiert sie allerdings die Kompetenz-Mehrwerte und Bedarfsorientierung.

Auch wenn die Verbleibstudie die Kompetenzen für eine unmittelbare Beschäftigungsfähigkeit in den Blick nimmt („wird das, was gemacht wird, richtig gemacht?“), stellt sich aufgrund der institutionellen, finanziellen, personellen und pädagogischen Konsequenzen sowie der Effekte auf die Versorgung die Frage, ob die Bildungsstrategie angesichts der Herausforderungen langfristig trägt („wird das Richtige gemacht?“).

Im Folgenden sollen deshalb die Trends und Herausforderungen kurz skizziert werden, um darzulegen, dass die Konzeption des Curriculums deutlich weitläufiger angegangen werden muss als es die Berufsgesetze aktuell zulassen.

Neue Herausforderungen

Das Gesundheits- und Sozialwesen sowie die Gesundheitswirtschaft im weitesten Sinne stehen vor gewaltigen Herausforderungen: die alternde Gesellschaft, das *slow motion disaster* (WHO) der chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen, eine schwindende Workforce

² Weltweit gab es in der Folge eine Vielzahl von Strategiepapieren. Die WHO Leitlinie Transforming and Scaling up Health Professionals' Education (2013) bündelt Argumente betr. die Patientenversorgung.

³ Eine wichtige Initiative mit systematischer Begründung wurde Anfang der 1990er-Jahre durch die Robert-Bosch-Stiftung lanciert: Pflege braucht Eliten.

⁴ Die Materialien und die umfangreichen Berichte aus der Begleitforschung und der von 2012-14 laufenden Evaluierung der Erprobung akademischer Ausbildungen in Modellstudiengängen sind auf der Website des MAGS aufgeschaltet <https://www.mags.nrw/modellstudiengaenge>

bei gleichzeitiger Hyper-Spezialisierung und dem Verlust generalistischer Kompetenz, die Fragmentierung der Versorgungs-Zuständigkeiten mit Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen, neue Therapiemethoden und Interventionstechniken, Digitalisierung in allen Bereichen, veränderte Erwartungen und Teilhabe-Forderungen mündiger Patient*innen, Klient*innen und Bürger*innen, Wirtschaftlichkeitsvorgaben und Nutzenbewertungen, Leistungs- und Ergebnis-Transparenz, neue epidemiologische Gefahren u.a.m.

Zu bedenken ist allerdings, dass dies nicht nur das Gesundheits- und Sozialwesen betrifft. Dahinter stehen Megatrends, die weltweit als langsam und langfristig wirkende, tiefgreifende Veränderungsprozesse den Wandel vorantreiben (Horx 2010). Diese werden in vielfältiger Weise gefasst und treffen Bildung und Versorgung nicht gleichermaßen wie die Industrie oder den Konsum. In patientenbezogenen Funktionen (Diagnostik, Krankenbehandlung, Therapien, Rehabilitation, Palliation) treten dabei kaum Innovationssprünge oder disruptive Brüche auf. Entscheidend ist aber auch im Gesundheitswesen das Zusammenwirken von Einflussfaktoren und Treibern, die komplexe Bündel darstellen:

- **Strukturelle Personalknappheit und selektive Nachfrage**

Die bereits oben genannte Kombination demographischer Faktoren (steigende Pensionierungen und sinkende AZUBI-Zahlen) führt zur Schrumpfung der Workforce am oberen und unteren Ende der Alterspyramide. Überlagert wird sie durch hohe Aussteigerquoten: in der Schweiz verlassen 32% der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte sowie 46% der ausgebildeten Pflegefachpersonen den Beruf (Merçay et al. 2016). Die Akteure in Bildung und Versorgung begreifen dies ungenügend als Strukturproblem mit weitreichenden Folgen. Wenn nicht mehr Fachpersonen verfügbar sein werden, müssen neue Antworten gefunden werden, die auch eine Verlagerung der Gestaltungs- und Steuerungsmacht nach sich zieht. Beim Management, das den Betrieb sichern muss, werden Mittel und Wege zur Effizienzsteigerung entwickelt. Standardisierung von Abläufen, Leistungen und Daten, sind Methoden aus der Industrie, die in kosteneffektive Behandlungsrichtlinien münden. Selektive Nachfrage nach hochspezialisiertem Knowhow für bestimmte Funktionen eine andere. Beides führt dazu, dass die professionelle Identität, Autonomie und Selbststeuerung überlagert und übersteuert wird.

- **Digitalisierung bringt Deprofessionalisierung**

Im Spannungsfeld zwischen Personalmangel, Geldverknappung, Kostenkontrolle, Transparenz, Convenience, Partizipationsansprüchen, Patientensicherheit und Unternehmenserfolg versprechen Digitalisierungsprozesse Lösungen für symptomatische Probleme des Gesundheitswesens. Wenn rund 70% der Kosten Personalaufwände sind, liegt der Griff zu Substitutionslösungen nahe – im Streben nach Effizienz folgen Cure und Care immer mehr der Logik industrieller Produktionsprozesse, bei der künstliche Intelligenz und menschenförmige Roboter vielversprechende Optionen darstellen. Dabei öffnet sich der

Graben zwischen Selbst- und Fremdbestimmung weiter. Gesundheitsfachpersonen erleben diesen schleichenden Wandel als Prekarisierung – sie werden entmündigt, sind ersetzbar und das professionelle Handeln wird zunehmend durch Algorithmen geführt und kontrolliert.

- **Permanenter Wettbewerb und Transparenz**

Während in den Gesundheitsberufen der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung als Ziel der beruflichen Sozialisation gepflegt wird, verschieben steigende Kosten das gesundheitspolitische Interesse auf die Ergebnisqualität. Um Wirkung und Nutzen beurteilen zu können, werden dabei Daten über Interventionen, Behandlungsergebnisse, Kosten, Nebeneffekte, Fehler, Patientenzufriedenheit u.a.m. eingefordert. Weil diese mit Benchmarks und Ratings abgeglichen werden können, geraten Gesundheitsfachpersonen in eine Arena, in der sie sich in permanentem Wettbewerb befinden und gar keine andere Wahl mehr haben, als die Outcomes ständig zu dokumentieren - Performanz muss „bewiesen“ werden können (Porter & Lee 2013).

- **Die Kinder der Jahrtausendwende wollen keine „old school“**

Die oft mit dem Sammelbegriff *Millenials* zusammengefassten Jahrgänge zwischen 1985 und 2005, die nun auf den Arbeitsmarkt kommen oder Ausbildungen beginnen, haben hohe Erwartungen an die Bildungsangebote und die Arbeitgeber. Als „digital natives“ sie sind mit e-learning vertraut und lieben forschendes Lernen, wollen Neues selber entdecken, Fakten und Meinungen vergleichen (youtube hat besseres Material als der Teacher!) und kennen die Ratings. Arbeit muss *rewarding* sein und zu *benefits* führen – und sie muss vereinbar sein mit dem sozialen Leben. Und die *Millenials* wissen, dass sie sich in der Mangelsituation die attraktivsten Bildungsstätten und Arbeitgeber aussuchen können – entsprechend hoch sind die Forderungen an Bildungsinstitutionen und die Arbeitswelt.

Es ist diese kumulative Gemengelage, welche die Transformation vorantreibt: die in Zeitlupe ablaufenden Veränderungen produzieren Verhältnisse, die fundamental anders sind als alles Bekannte. Aus Bildungssicht könnte deshalb eine Grundsatzfrage gestellt werden: braucht es angesichts dieser nicht unwahrscheinlichen Szenarien noch mehrjährige Berufsausbildungen und Professionen mit abgegrenzten Berufsbildern?

Das Curriculum neu denken

Zum Zeitpunkt eines Entscheides über die Verstetigung des Provisoriums ist diese Frage selbstredend obsolet. Die Berufe der Gesundheitsversorgung müssen sich allerdings trotzdem auf die veränderten Rahmenbedingungen und steigende Komplexität einstellen; diese werden die Aufgaben und Rollen der Fachpersonen umdefinieren und neue Prioritäten setzen. Gerade die hochschulische Bildung muss darauf vorbereiten.

Auf übergeordneter Ebene nennt Wolter (2015) neben der wissenschaftsbasierten professionellen Handlungsfähigkeit die intellektuelle Neugier, aufbauendes Handeln in einer sozialen Realität, die Fähigkeit zur Innovation und das Herstellen intra- und transdisziplinären Bezügen als Ziele hochschulischer Bildung.

Im Rahmen der Modellstudiengänge sind die Abschlusskompetenzen und anvisierten Outcomes hochschulischer Ausbildung wie auf die Berufseinmündung und -praxis bezogen:

- Befähigung zu einem reflektierten, kritisch-konstruktiven Diskurs und wissenschaftsbasiertem professionellen Handeln in Diagnostik und Intervention
- Entwicklung des hermeneutischen Fallverstehens, um bedarfs- und bedürfnisgerecht handeln zu können
- Befähigung zur Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf dem jeweils aktuellen Entwicklungsstand
- Erwerb klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau
- Befähigung zur (sektorenübergreifenden) Fallsteuerung
- Befähigung zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses
- Befähigung zur Zusammenarbeit mit anderen Professionen und zur Förderung der Kooperation
- Fähigkeit zur Förderung/Weiterentwicklung der Profession

(nach Darmann-Finck/Reuschenbach (2015) und Evers et al. (2017)).

Mit Blick auf die internationalen Entwicklungen und die komplexen Herausforderungen mit veränderten und neuen Bedarfen im Gesundheits- und Sozialbereich und müssen künftige Fachpersonen weitere und zum Teil neue Kompetenzen erwerben. Die Bildungsinhalte umfassen idealerweise drei große Lernfelder:

- 1) Kompetenzaufbau zur Bekämpfung bekannter Pathologien mit erprobten und neuen diagnostischen, therapeutischen und Rehabilitationsverfahren. Dies ist die Basis, um wirkungsvolle Interventionen bei der patientenbezogenen klinischen Berufsausübung zu ermöglichen.
- 2) Kompetenzaufbau für Beratung und *Empowerment* bei chronischen Verläufen als Folge von Beeinträchtigungen, ungesunder Lebensstile oder therapeutischer Massnahmen. Sie sollen Patienten und Klienten Zugang, Teilhabe, Mitgestaltung und Lebensqualität ermöglichen.
- 3) Kompetenzaufbau bei Themen, die sich aus der steigenden Komplexität intersektoraler Settings ergeben: Recht, Politik und Finanzierung, Unternehmensstrategien, Steuerung und Management, Kosten- und Nutzenanalysen, Algorithmen und Big Data, digitale Assistenten und kooperierende Roboter, Evaluierung und Versorgungsforschung.

Mit Blick auf die Megatrends rücken als Grundlage für die Professionsentwicklung, Teilhabe und den Erhalt von Gestaltungsspielräumen der Absolvent*innen und Fachpersonen weitere spezifische Kompetenzfelder auf die Agenda:

- Im Kontext der Personalknappheit und selektiven Nachfrage:
Befähigung zu innovativer Organisations- und Prozessentwicklung über die tradierten Rollenbilder hinaus sowie Befähigung zum Dialog mit den Entscheidern.
- Im Kontext des permanenten Wettbewerb und der Transparenzforderungen:
Befähigung zum Umgang mit neuen Management-Methoden und Haltungsänderung beim Thema, dass Therapeut*innen kostbare Zeit mit Hilfsarbeiten vergeuden statt diese der Patientenbetreuung widmen zu können.
- Im Kontext der Digitalisierung:
Befähigung zum Umgang mit Effekten der künstlichen Intelligenz auf das professionelle Handeln, die zwischenmenschliche Interaktion, auf Teilhabe, Selbst- und Fremdbestimmung, Patientenorientierung, therapeutische Gestaltungsmöglichkeiten und Adhärenz.

Im deutschsprachigen Raum zielt der Bildungsauftrag aller Berufe auf solides Handwerk, eng konzipierte berufliche Sozialisation und professionelle Identität. Berufsgesetze sind deshalb primär auf das erste und teilweise das zweite der oben genannten Lernfelder ausgerichtet, beim dritten Lernfeld und den spezifischen Aspekten werden bestenfalls kursorische Schnupperkurse im Wahlprogramm angeboten. Die Debatten zur Modellklausel für die Berufe der Gesundheitsversorgung aber auch der Lernzielkatalog Humanmedizin machen deutlich, dass das Verlassen tradierter Denkmuster und Bildungspfade tiefes Unbehagen erzeugt.

Verpuffte Bildungsinvestition?

Nach diesem Exkurs sollen die Ergebnisse der Verbleibstudie im Spannungsfeld divergierender Dynamiken reflektiert werden.

Die Ausbildung auf Hochschulstufe wird mit der Erwartung verknüpft, dass Fachpersonen mit einer erweiterten fachlichen Expertise, reflexiverer Berufsausübung sowie gesteigerter Effektivität und Effizienz tätig werden. Erwartet wird auch, dass sie an den intra- und interprofessionellen Schnittstellen wirkungsvoller agieren, in der sektorenübergreifenden Versorgung mehr Leadership zeigen und an Professions- und Systementwicklungen gestaltend mitwirken können.

Die Ergebnisse geben Hinweise, dass effektiv Kompetenzen erworben werden, um in einer Gesellschaft des langen Lebens und der ungesunden Lebensstile fach- und sachgerecht mit chronischen und instabilen Krankheitsverläufen sowie Multimorbidität umzugehen sowie um an den kritischen Schnittstellen über Professions- und Systemgrenzen hinweg wirksam zu arbeiten.

Die Chancen und Opportunitäten werden von den Hochschulen, den Studierenden und den Arbeitgeber*innen wahrgenommen. Auch wenn aktuell die politisch definierten Ziele bei den Therapieberufen in hohem bzw. bei der Pflege in akzeptablem Mass erreicht werden, lohnt sich die hochschulische Ausbildung – aber u.E. ist der Nutzen ungleich verteilt.

Die Mehrwerte fallen in erster Linie bei den Absolvent*innen an, zum einen für ihre Persönlichkeitsbildung, zum andern erhalten sie Werkzeuge für das lebenslange Lernen, den Umgang mit Komplexität und die im Hintergrund laufenden Transformationen. In den Worten des Lancet Reports (Frenk et al. 2010) werden sie befähigt, selbst zum „Transformator“ bei der Bewältigung des Wandels zu werden. Die Absolvent*innen erhalten einen wettbewerbsfähigen Bildungsrucksack und können – falls der Gesundheitssektor keinen qualifikationsadäquaten, fachlich spannenden und pekuniär ansprechenden Job bietet – problemlos in andere Beschäftigungsfelder wechseln oder im Ausland Arbeit finden.

Mehrwerte fallen auch bei den Arbeitgeber*innen an. Sie werden aber durch die Anstellung von Absolvent*innen in eine paradoxe Situation manövriert; ihre Potenziale werden zwar erkannt und gerne genutzt, aber je nach Berufsgruppe gibt es erhebliche Hürden. In der Pflege wurden zwar die Vergütungsaspekte angegangen, aber die Ablauforganisation ist vielerorts nicht qualifikationsadäquat, was die Nutzung der Mehrwerte einschränkt, sozioprofessioneller Distinktion und „Stammesdenken“ mit Territorialansprüchen und Kämpfen um Zuständigkeiten Vorschub leistet (Lancet-Report). Bei den Therapieberufen werden die Kompetenzen genutzt und vielerorts professionsadäquate Prozesse und Zuständigkeiten implementiert, aber die Tarife lassen nur ausnahmsweise eine Kompensation der Mehrwerte zu.

Mehrwerte fallen auch in den Fachhochschulen an: insb. durch Positionierung in der Bildungs- und Forschungslandschaft sowie durch die Absolvent*innen, die als Botschafter unterwegs sind. Bezogen auf die „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2015“ bleibt aber der Eindruck, dass zwar viel daran gesetzt wird, um die Berufseinmündung gelingen zu lassen und arbeitsmarktadäquat auszubilden, dass aber „veraltete Berufsgesetze zu einem Innovationsstau in den Ausbildungen führen, der nur mit hohem Engagement der Bildungseinrichtungen kompensiert werden kann“ und der der kompetitiven Weiterentwicklung nicht dienlich ist.

Der im internationalen Vergleich zögerliche Aufbruch in eine Akademisierung mit Vorbehalten, ungenügender Anerkennung und instabilen Rahmenbedingungen wirft daher eine Reihe von Grundsatzfragen auf:

- Wie lange wird das Beharren auf überholten Berufsbildern und Beschäftigungsmodellen von den informierten und international vernetzten Absolvent*innen (*Digital Natives*) akzeptiert und ertragen?

- Wie viele *Millenials* werden nach erfolgreicher Berufseinmündung wie lange im Job bleiben?
- Ist der Bachelor eventuell nur ein Durchlauferhitzer? Gerade in der Pflege, wo die größten Anstrengungen mit einem durchgezogenen Zufriedenheitsgrad kontrastieren?
- Deutet der verbreitete Wunsch nach Weiterbildung und Höherqualifizierung an, dass sich die Absolvent*innen perspektivisch aus den klinischen Tätigkeiten oder den vorgefundenen Verhältnissen wegbewegen wollen?
- Erscheint in diesem Licht eine Hochschulbildung für patientenbezogene Tätigkeiten im Gesundheitsbereich für viele junge Menschen gar nicht mehr erstrebenswert?
- Sind die an sich positiv stimmenden Ergebnisse der Verbleibstudie am Ende gar trügerisch? Repräsentieren die Absolvent*innen eine enttäuschte Generation, weil das mit der Vorreiterrolle implizit abgegebene Versprechen nicht eingelöst wird?
- Könnte es sein, dass sich das Opportunitätsfenster wieder schliesst und die beachtlichen Bildungsinvestitionen verpuffen?
- Schafft dieses Akademisierungsvorhaben gar ein unethisches Dilemma, wenn Hunderte junger Menschen, die eindringlich motiviert werden, 30 oder 40 Jahre dem Gesundheitswesen zu dienen, insbesondere in den Therapieberufen in eine nicht existenzsichernde Beschäftigung hineingeführt werden, welche die Lebensgestaltung kompromittiert und an deren Ende Altersarmut droht?

Solche Fragen werden aktuell noch nicht adressiert. Die Analyse galt der Untersuchung und Dokumentation eines unmittelbaren Verwertungszusammenhangs von Bildungsinput und Personaloutput während der Initialisierungsphase der Studiengänge an den Hochschulen. Im Interesse der nachhaltigen Sicherung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung und der Sicherung der Bildungsinvestitionen ist es allerdings angezeigt, auch solche soziologischen Fragen im Allgemeinen oder z.B. die Wertschöpfung in den Unternehmen im Speziellen im Blick zu behalten.

Referenzen

- Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Adrian, C., Bomball, J. & Reuschenbach, B. (2014). Abschlussbericht Dezember 2014 – Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Zugriff am 06.04.2018. Verfügbar unter https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_abschlussbericht_26_05_2015.pdf
- Darmann-Finck, I., Muths, S., Görres, S., Beckmann, H., Adrian, C., Stöver, M., Bomball, J. & Reuschenbach, B. (2013). Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Erster Zwischenbericht vom 15. Februar 2013. Bremen/München: Unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans T. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 2010. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)

- Ewers M, Grewe T, Höppner H et al. Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Dtsch MedWochenschrift 2012; 137: 37–73
- Höppner H, Beck E. (2019). Analyse der Arbeitsbedingungen von Therapeut_innen in Deutschland. Eine qualitative Untersuchung von Brandbriefen der Heilmittelerbringenden.. <https://www.ash-berlin.eu/hochschule/presse-und-newsroom/news/news/diagnose-krise-ergebnisse-der-studie-zu-arbeitsbedingungen-von-therapeut-innen-vorgestellt/> (Stand 8.5.2019)
- Horx, M. (2010). Trenddefinitionen, erstellt für das Zukunftsinstitut GmbH, verfügbar unter Horx <http://www.horx.com/zukunftsforschung/Docs/02-M-03-Trend-Definitionen.pdf>
- Merçay, C., Burla, L., Widmer, M. (2016). Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030 (Obsan Bericht 71). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- OECD. 1977. Health, Higher Education and the Community. Towards a Regional Health University. Paris.
- Porter, M.E., Lee, T.H. (2013). The Strategy that Will Fix Health Care. Harvard Business Review.
- Robert-Bosch-Stiftung 1992, 1993. Pflege braucht Eliten: Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Bleicher, Stuttgart.
- Sottas B, Brügger S, Meyer P. 2013. Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice. Mit regionaler Versorgung und interprofessioneller Bildung zu bedarfsgerechten Gesundheitsfachleuten. ZHAW, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Winterthur.
- WHO (2013). Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training. Geneva.
- Wolter A. 2015. Hochschulbildung vor neuen gesellschaftlichen Herausforderungen. In: Hillmer M. & Al-Shamery K. (Hg.) Die Bedeutung der Bildung in einer Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft. Welchen Auftrag hat die Universität? Nova Acta Leopoldiana, 407: 25-31