

Entwicklung von Berufen im Gesundheitswesen: Bildungsinvestitionen im Spannungsfeld von Innovation und Tradition

Heidi Höppner und Beat Sottas

I. Bildungsaktivismus ... und die Gesundheitswirtschaft schaut zu?

Ausgebildet wird, was gebraucht wird. Dieses Leitmotiv hat im Gesundheitsbereich zu einem Ausbildungssystem geführt, welches örtlich und fachlich in Abhängigkeit von Versorgungseinrichtungen angesiedelt ist. Im Laufe der Zeit ist so eine sehr heterogene Ausbildungslandschaft für Gesundheitsarbeit entstanden. Die Bedingungen und die Steuerung von Ausbildung im Gesundheitsbereich sind selbst für Kennerinnen und Kenner der Szene schwer durchschaubar. Einerseits hat es in den vergangenen 100 Jahren eine große Ausdifferenzierung und Spezialisierung in den Berufen gegeben und andererseits ist ihre Entwicklungsdynamik aktuell sehr hoch. Beispiele sind die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung, die Umstellung auf Kompetenzbasierung im Medizinstudium oder hochschulische Studiengänge in Pflege, Geburtshilfe (Hebammen) und Physio-, Ergotherapie bzw. Logopädie sowie unterschiedlichste Weiterbildungs-(Studien-)Angebote.

Dieser Beitrag hat nicht den Anspruch, einen vollständigen Überblick über diese Diversität zu vermitteln. Vielmehr sollen konkrete Befunde und Fragen dazu dienen, kritisch zu beleuchten, ob die Weichen für die Ausbildung der Gesundheitsfachleute aktuell *bewusst* und vor dem Hintergrund künftiger Kompetenzanforderungen *richtig* gestellt werden. Es geht um nicht weniger als um die höchst relevante Frage, ob in der Boombranche Gesundheit die *Workforce* wirklich fit gemacht wird für die künftig im Gesundheitssystem zu leistende Arbeit. Es werden Einschätzungen dazu vorgenommen, wo aktuell Handlungsbedarf besteht. Diese werfen die Frage danach auf, wer Verantwortung übernehmen muss, um Gesundheitsfachleute von morgen bereits heute bedarfs- und nicht nur beschäftigungsadäquat zu qualifizieren. Fragen und Antworten werden mit gelegentlichen Exkursen in die deutschsprachigen Länder (D-A-CH) in den Blick genommen. Ziel des Leitkapitels über Bildung und Berufe für das Gesundheitssystem der Zukunft ist es, die nachfolgenden Beiträge des Buches unter einer größeren Perspektive zu rahmen und den Handlungsbedarf zu benennen.

Bereits jetzt ist deutlich: Wegen der Unmöglichkeit einer kohärenten übergeordneten Steuerung sind die Herausforderungen nicht nur durch strukturelle Anpassungen der Bildungsinstitutionen zu leisten. Es handelt sich vor allem auch um einen institutionellen und kulturellen Wandel, der Zeit braucht, um 1. die realen Bedarfe der künftigen Versorgung in Bildungskonzepte zu übertragen und 2., um Fachberufe auf Veränderungen im Kontext des sozialen Wandels und der gesellschaftlichen Umbrüche vorausschauend vorzubereiten.

II. Dickicht statt Masterplan: Facts & Figures zur Ausgangslage

Das Statistische Bundesamt weist 2017 5.6 Mio. Beschäftigte als Gesundheitspersonal aus, wovon drei von vier Personen (75,6 %) weiblich und 11,6 % über 59 Jahre alt sind (Statistisches Bundesamt 2019, S. 146). Insbesondere die sogenannten nicht-ärztlichen Berufe, wie sie oft im professionellen Sprachgebrauch genannt werden, sind traditionell von Frauen ausgeübte z.T. über 100 Jahre alte Berufe – welche der ärztlichen Weisung unterliegen. Die Bildungswege dieser Fachpersonen sind allerdings höchst komplex.

In einem ersten Teil soll das Dickicht der Ausbildungslandschaft für das deutsche Gesundheitswesen beleuchtet werden. Der vergleichende Blick auf die Entwicklungen in Österreich und der Schweiz in den letzten 20 Jahren verdeutlicht, dass die Ausbildung für das Gesundheitssystem auf deutsche "Sonderwege" in der Gesundheits(Bildungs)politik abstellt. Die Ausbildungslandschaft für die 24 durch Bundesgesetze reglementierten Berufe ist entsprechend von vielen verwirrenden Einzelaspekten und geprägt.

Es gibt

- neben 4 Approbationsordnungen 14 zumeist in keinem Bezug zueinander stehende Berufsgesetze
- traditionelle Bildungswege an einer Vielzahl von Berufsfachschulen mit einigen Hauptberufen (insb. Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Hebamme/Entbindungspfleger, aber auch weitere wie Operationstechnische Assistenten, Medizinisch-technische Laborassistenten, Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Notfallsanitäter, u.a.m.)
- ab 2020 eine „generalistische Pflegeausbildung“ für Pflegefachpersonen
- neue hochschulische Qualifizierungsoptionen, zumeist in Form dualer, d.h. additiver, berufs- bzw. ausbildungsbegleitender oder selten als primärqualifizierende Studiengänge für Pflege, Physio-, Ergotherapie bzw. Logopädie
- zukünftig die Vollakademisierung des Hebammenberufes
- Modellklauseln in Berufsgesetzen, also Provisorien für primärqualifizierende Bachelorstudiengänge für Physio- und Ergotherapie bzw. Logopädie, die bis 2021 gelten
- in der Humanmedizin eine steigende Anzahl an Ausbildungsstandorten im Inland,
- solche Studiengänge auch außerhalb von Universitäten – z.T. mit ausländischen Kooperationen und nur fünf Studienjahren
- in der Medizin inzwischen viele, die ihre Ausbildung an Hochschulen im mittel- und osteuropäischen Ausland absolvieren
- in allen Berufen Weiterbildungen mit unterschiedlichsten Zertifikaten auf Fachschulebene (Sekundarstufe II) oder in Form von Certificates of Advanced Studies (CAS), Diploma (DAS) und Masters (MAS) an Hochschulen (Tertiärstufe) etc.

Besonders deutlich ist die Strukturvielfalt bei der Pflege, wo aktuell in Deutschland jedes Jahr rund 140'000 Auszubildende beginnen. Dafür existieren rund 1500 Pflegeschulen, wobei in der „Ausbildungsoffensive Pflege“ angestrebt wird, bis Ende 2023 neben der Zahl der Auszubildenden auch die Zahl der Einrichtungen um 10% zu erhöhen. An den 39 Medizinfakultäten sind aktuell gut 96'000 Studierende eingeschrieben und es gibt durchschnittlich je 250 Studienabschlüsse pro Jahr. Für die Therapieberufe gibt es in Deutschland ca. 450-500 Ausbildungsorte für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie (Tendenz sinkend) mit z.T. sehr kleinen Kohorten von 20-60. Hinzu kommen die diversen Studienmöglichkeiten für Gesundheit, Pflege und Therapie.

Fakt ist, dass Orte und Träger der Ausbildungen des Gesundheitspersonals nicht systematisch miteinander verzahnt sind. I.d.R. handelt es sich um **Bildungssilos** (Sottas 2013). Im internationalen Vergleich fällt auf, dass in Deutschland proportional sehr wenige Gesundheitsfachleute an Hochschulen ausgebildet werden, insbesondere im Bereich der Pflege und der sog. Heilberufe (Therapie). Diese Berufe nehmen zudem auch im deutschen System eine Sonderform ein und sind als Berufsfachschulen für Heilberufe und Schulen des Gesundheitswesens nicht im Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt. Anders dagegen wurden in der Schweiz 2002 alle Ausbildungen in eine Bildungssystematik eingefügt, die ab 2007 neben den Abschlüssen auf Sekundarstufe (Fachschule) auch die Qualifizierung auf Bachelor- und Masterstufe an Fachhochschulen etablierte. In Österreich wurde 2006 die Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Biomedizinische Analytik, Radiologietechnologie, Diätologie, Orthoptik und Hebammen) von Sekundarstufe auf die Tertiärstufe (Hochschulen) überführt, 2008 für die Gesundheits- und Pflegeausbildung an fünf Fachhochschulen (gem. Europäischem Qualifizierungsrahmen von Level 3-5 auf 6/7).

In Deutschland verstärken die unterschiedlichen Zulassungsregimes und die Ausbildungsverantwortung in Länderhoheit das Bild der Uneinheitlichkeit und Heterogenität. Beispiele sind die divergierenden Anforderungen an Lehrende für Gesundheitsberufe oder die unterschiedliche Handhabung der

Schulgeldpflicht, die in den diversen Berufen und Bundesländern nicht einheitlich sind und aktuell - zusätzlich zur Ausbildungsvergütung - die Komplexität erhöhen. Ende 2019 werden Vorschläge einer Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe vom BMG erwartet (Bund-Länder-AG). Wesentlich wird die Frage der Verantwortung für Finanzierung von Ausbildung von Gesundheitsberufen sein: während die Mediziner Ausbildung in der Regel steuerfinanziert und im Wissenschaftsressort geregelt ist, sind Kosten für Ausbildung im Bereich Pflege und Therapie divers und i.d.R. Aufgabe der Länder und in Trägerschaft oder Mitträgerschaft von Krankenhäusern. Daneben gibt es Schulgeldpflicht in Therapieausbildungen.

Die Umsetzung und Regulierung der Berufe obliegt den Ländern. Aber internationale Entwicklungen erfordern nationale Anpassungen, z.B. die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie, die Bologna-Deklaration der EU bzw. die spezifischen EU-Richtlinien zum Medizinstudium oder zur Hebammenausbildung. Zuständigkeiten für Ausbildung, ihre Überwachung bzw. Finanzierung sprengen den Rahmen des Erfassbaren: Bundesgesetzgebung steht neben Landesgesetzgebung, öffentliche neben privater Finanzierung, unterschiedliche Ressorts sind (z.T. auch für Hochschultypen) zuständig und die Krankenhausfinanzierung ist mit Bildungsaufgaben verknüpft. Statistiken sind nicht aus einem Guss, und es gibt kein einheitliches Register und damit auch kein belastbares Monitoring.

III. Was bringen die nächsten 10 Jahre? Umwälzungen vs. Beharrungsvermögen

Was ist also das "richtige" Profil der im Gesundheitssystem Tätigen und wie kommen sie dort hin? Im Lancet Report zur Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen für das 21. Jahrhundert (Frenk et al. 2010) wird nachgezeichnet, dass die – je nach Land unterschiedlich zugeschnittenen – Bildungs-, Berufe- oder Gesundheitsgesetze zeigen, mit welcher verschiedenen Rollenbildern und Erwartungen die Ausbildung für Gesundheitsarbeit erfolgt. Dies ist angesichts der nächsten zehn Jahre von Bedeutung, da die Systeme aber auch die Gesundheitswirtschaft vor gewaltigen Herausforderungen stehen, die weit über die Digitalisierungsfolgen hinausgehen: die alternde Gesellschaft, das „slow motion disaster“ (WHO) der chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen, eine schwindende Workforce bei gleichzeitiger Hyper-Spezialisierung und dem Verlust generalistischer Kompetenzen, neue Therapiemethoden oder Leit- bzw. Richtlinien etc. Erschwert wird die Konzeption einer zukunftsfähigen Ausbildung der Fachleute durch eine starke Fragmentierung in den Systemen selbst (z.B. soziale bzw. medizinische Dienste; ambulante und stationäre Versorgung).

Relevante Kompetenzen bleiben außen vor: z.B. die Nutzenbewertungen und das Belegen von Outcomes, die Reflexion von Digitalisierungseffekten, die angemessene Reaktion auf veränderte Bedürfnisse und Teilhabeforderungen mündiger Betroffener, die Förderung von Gesundheitskompetenz und die Steuerung von Versorgungspfaden und -prozessen durch Zusammenarbeit. Die Berufsangehörigen müssen zudem in ihrer Möglichkeit individueller Anpassungsanforderung, z.B. der Selbstfürsorge, bestärkt werden.

Kompetenzanforderungen verändern sich vor diesem Hintergrund eklatant: aktuell sind jedoch keine Innovationssprünge oder gar disruptiven Brüche in der Bildung auszumachen. Stattdessen wird i.d.R. auf mehr Dasselben (aktuell vorwiegend quantitativ) gesetzt. Die Gemengelage von Einflussfaktoren und **Treibern** der Kompetenzentwicklung der Gesundheitsfachleute wird kaum rezipiert. Können wir es uns leisten, hier so unbewusst, zögerlich und reaktiv weiterzumachen? Beobachtet man die öffentliche Diskussion, dann scheint es, dass jene sich rechtfertigen oder Modellevaluationen vorweisen müssen, die Bildungsimplicationen konsequent verfolgen - nicht die Beharrenden. Dies gilt nicht nur, aber insbesondere für Deutschland.

IV. Erst die Inhalte - dann die Struktur

Im deutschsprachigen Raum zielt der Bildungsauftrag aller Berufe auf *solides fachliches Handwerk*, eine

jeweils *eng konzipierte berufliche Sozialisation* und vorwiegend auf eine *historisch begründete professionelle Identität*. Berufsgesetze sind deshalb primär auf unmittelbare Einsatz- und Beschäftigungsfähigkeit auf einem Arbeitsmarkt ausgerichtet, der einerseits an Personalmangel leidet, der andererseits allerdings aufgrund vorbehaltenen arztzentrierter Tätigkeiten kaum Spielräume für Innovation eröffnet.

Im deutschsprachigen Europa hat sich dabei die ärztliche Delegation an „Heilhilfsberufe“ durchgesetzt, die unbesehen ihres Könnens und ihrer Leistungsfähigkeit untergeordnet und in ihrem Handeln eng limitiert bleiben. Das wollen die Berufsgesetze so. Die darin seit 2009 enthaltenen Modellklauseln zur Erprobung von Studiengängen für die Berufe Pflege, Hebammen, Therapie oder die Schwierigkeiten bei der Schaffung interprofessioneller Lernformate oder die Umsetzung des Lernzielkatalogs Humanmedizin machen deutlich, dass das Verlassen tradiertter Denkmuster und Bildungspfade tiefes Unbehagen erzeugt. Die bevorzugten Bildungskonzepte basieren dabei auf professionellen Rollenmodellen aus der Vergangenheit, transportieren und reproduzieren oft tradierte Vorstellungen über eine vermeintlich gute Berufsausübung und zielen auf gefestigte Identitäten im Rahmen fixer Berufsbilder.

Die Bildungsstrukturen sind den mittlerweile deutlich formulierten Kompetenzzielen anzupassen. Sie müssen durch Maßnahmen der Bildungs- und Gesundheitspolitik auf Länder- bzw. Bundesebene sowie die Träger konsequent unterstützt werden, um den Anforderungen an Innovation und Anpassung an künftige Patientenversorgung zum Durchbruch zu verhelfen. Traditionelles - institutionelles - Beharrungsvermögen und staatliche Aufsicht wirken hier gegenwärtigen Reformbemühungen allerdings zuwider. Anpassungen an künftige Aufgaben sind in eigenverantwortlicher Steuerung in den Berufen selbst äußerst begrenzt.

Fachdiskussionen und Expertenberichte lassen deutlich erkennen, dass ein steuerndes Zusammenwirken in keinem der drei D-A-CH Länder gegeben ist. Gesundheitsbildungspolitik bedürfte jedoch einer konzertierten Aktion der verschiedenen Verantwortlichen. Der konstante Reformdruck treibt die Entwicklung der Gesundheits- und Bildungssysteme vorwärts, aber es fehlen - abgesehen von vereinzelt ermutigenden Brückenschlägen - Anpassungen an künftige Bedarfe. Es ist unbestritten, dass die neuen Herausforderungen eine kohärentere Gesundheitsbildungspolitik erfordern, die Fachpersonen ins System bringt, die agil, innovationsfreundlich, verantwortungsbewusst und mit einer neuen professionellen Haltung auf die veränderten Verhältnisse und Patienten zugeht.

V. Impulse für neue Berufsbilder und Aufgabenprofile

Ein deutsches Phänomen ist die Beharrlichkeit, mit der traditionelle Gesundheitsberufe (¾ sind Frauen) auf den Stufen 3 und 4 des Europäischen Qualifikationsrahmens gehalten werden. Dieses 2008 etablierte Benchmarking-Instrument zum Vergleich beruflicher Qualifikation in Europa mit einer Skala von 1 - 8 (Grundschule bis Doktorat) umschreibt die erworbenen Kenntnisse, die Fertigkeiten und die Kompetenzen. (<https://bit.ly/34UNKqv>)

Der *academic drift*, d.h. die hochschulische Ausbildung nichtmedizinischer Fachpersonen mit dem Erwerb erweiterter Kompetenzen wird weltweit (wie vor hundert Jahren in der Medizin) als eine der notwendigen Maßnahmen betrachtet, um die steigenden Fallzahlen, die komplexeren Bedarfe und veränderten Versorgungsaufgaben zu bewältigen.

Dass es für wirksames Lernen und wirksames Handeln einen anderen Typus von Ausbildungsstätten braucht, postulierten OECD und WHO bereits in den 1970er-Jahren. Auch rückten sie Prävention und Gesundheitsförderung in den Fokus und forderten „Health Universities“, in denen alle Fachrichtungen zu gesundheitsrelevanten Fragen unter einem Dach vereint werden. Deutlich wurde postuliert, dass es nicht reicht, Ausbildung organisatorisch in parallelen Silos fortzuführen. Notwendig sei vielmehr eine integrierende Vision. Der Wissenschaftsrat hat dieses Konzept in seinen Empfehlungen zu *hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen* als „Gesundheitscampus“ auch für die Umsetzung in Deutschland propagiert (WR 2012, S. 93). Der Wissenschaftsrat ist „...der Auffassung, dass eine Weiterentwicklung der für die Gesundheitsfachberufe üblichen Ausbildung an berufsbildenden Schulen nicht ausreicht, um die erforderlichen Fähigkeiten und Kompetenzen zu vermitteln. Für komplexe Aufgabenbereichen der Pflege,

der Therapieberufe und in der Geburtshilfe tätige Fachpersonal soll künftig primärqualifizierend an Hochschulen ausgebildet werden und für die patientenorientierte Arbeit qualifizieren. In einem ersten Schritt ist dies für 10 bis 20% eines Ausbildungsjahrgangs gedacht“ (WR 2012, S. 8). Aktuell liegt die Quote bei ca. 1% (Pflege), ca. 2,75% (Physiotherapie), ca. 5% (Ergotherapie) bis hin zu deutlich mehr hochschulisch Qualifizierten im Bereich der Hebammen und Logopädie/Klinischen Linguistinnen. Lediglich für die Hebammen und Geburtshelfer ist ab 2020 eine hochschulische Ausbildung durch die Anpassung an die EU-Richtlinie 2005/36/EG vorgesehen.

VI. Lernen unter einem Dach: der Gesundheitscampus

Unter dem Label „Gesundheitscampus“ nehmen in Deutschland aktuell disziplinen-, professions- und sektorenübergreifende Ausbildungs- und Forschungsk Kooperationen Gestalt an, z.B. in Göttingen, Osnabrück, Bochum, Calw u.v.m. Daneben gewinnt der Begriff des Gesundheitscampus auch an Beliebtheit z.B. für Kliniken oder Facharztzentren. Anders, im Sinne der OECD-Health Universities, wird der Gesundheitscampus z.B. am schwedischen Karolinska Institutet umgesetzt. Dort werden über 30 Ausbildungen zusammengeführt. Auch an angloamerikanischen und kanadischen Hochschulen sind die Schools of Nursing oder die Schools of Allied Health Professionals bzw. School of Allied Health Sciences (Physiotherapy, Occupational - oder Speech Therapy) bzw. Public Health selbstverständlich und bewusst bei den Medical Schools angesiedelt. Internationale Erfahrungen z.B. in Kanada, Skandinavien, Österreich oder der Schweiz geben wertvolle Orientierung für neue integrierte Ausbildungsformen oder Versorgungsprozesse und -strukturen, die die Kompetenz aller Gesundheitsberufe nutzen (z.B. Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung in der Primärversorgung oder Rehabilitation u.v.m.).

Selbst unter prekären Bedingungen der Fachkräftesicherung geht es um mehr als nur mehr "Hände und Füße". Wie erwähnt geht es um eine kulturelle Veränderung und Verständigung auf die Ziele von gemeinsamer professioneller Arbeit, aber auch um entsprechende institutionelle Sicherheiten für die Bildungsakteurinnen und -akteure – und auch für jene Studierende, die den Zusagen von Veränderung vertrauen und diese erwarten. Bildungsstrukturen verhindern aktuell z.B. interprofessionelle Lehr-Lernangebote. Die Erfahrungen im Programm "Operation Team" der Robert Bosch Stiftung zeigen seit 2013, dass die gemeinsame Ausbildung und Kooperation der Bildungsanbietenden gelingen kann, allerdings nur unter enormen Anstrengungen und mit starken Limitationen. Die aktuelle Öffnung der Medizinstudiengänge für interprofessionelles Lernen muss auch für die anderen Berufe ermöglicht werden. Ziel muss sein, über die Projektebene hinaus in die Verstetigung zu kommen und dafür nachhaltig Verantwortung zu übernehmen.

VII. Neue Kompetenzzuschnitte für Verstetigung und Nachhaltigkeit

Auffällig ist, dass trotz vieler neuer Ansätze und Forderungen an Gesundheitsfachleute (interprofessionelle Zusammenarbeit und die Fähigkeit zu kooperativem, patientenorientiertem Arbeiten, Stärkung von Prävention und Gesundheitskompetenz etc.) die damit einhergehenden Implikationen für die Ausbildung (und ihre Strukturen) nicht zur Sprache kommen. Vier *große Lernbereiche* zeichnen sich für die Zukunft der Gesundheitsberufe ab. Diese umfassen Kompetenzaufbau

- 1) zur Anpassung der diagnostischen, therapeutischen Interventionen mit entsprechender Kompetenz der Reflexion des Prozesses und der individuellen Situation (Fallsteuerung) sowie der theoriegeleiteten und evidenzbasierten Anwendung
- 2) für die Beratung und Empowerment von Klientinnen und Klienten mit dem Ziel der Verbesserung ihrer Lebensqualität und soziale Teilhabe
- 3) für die Bewältigung der Komplexität intersektoraler Versorgung (Systemkenntnisse, Management, Evaluation, interprofessionelles Arbeiten u.v.m.)

4.) für die Selbstfürsorge und lebenslanges Lernen.

VIII. Kompetenzen im System nutzen können

Zur Lösung des Problems von unkoordinierten Versorgungspfaden für Patientengruppen, insbesondere für jene mit hohem Versorgungsbedarf und hohen Kosten, wurden *Patientenlotsen* oder auch *Case-Manager* etabliert. Dazu ist ein breites Weiterbildungsangebot entstanden. Die Evidenz ist allerdings fraglich und zu untersuchen wären die geeigneten Profile - immer vor dem Hintergrund der zu leistenden Aufgaben.

In der Diskussion sind Fragen zu (arztentlastenden bzw. arztergänzenden) eigenverantwortlichen Tätigkeiten der Gesundheitsberufe z.B. das Wund- und Verbandsmanagement, Pflegende in der ländlichen Versorgung oder der Direktzugang zur Physiotherapie. Anders als im Ausland sind diese Ansätze mit dem Verweis auf die (nur) medizinisch gewährleistete Patientensicherheit in Deutschland umstritten. Die Idee der Substitution ärztlicher Leistungen und neuartiger Kooperation ist jedoch, Verantwortung zu übertragen und vorhandene Kompetenzen im System - zugunsten der Patientinnen und Patienten - neu zu ordnen.

Sowohl der IGES-Bericht zu Versorgungsmanagement (2018) als auch die Expertise des Deutschen Verbandes für Rehabilitation (DVfR, 2016) stellen fest, dass aktuell sozialrechtliche Regelungen (z.B. Heilmittelrichtlinie und -katalog) in Deutschland die Handlungsautonomie nicht-ärztlicher Berufe in komplexen Versorgungslagen oder aber der Rehabilitation in hohem Maße beschränken. Insbesondere auf die soziale Teilhabe zielende Maßnahmen stehen im Konflikt zur rechtlichen Sicherung von klassischer Heilmittelerbringung lt. SGB V und IX).

Erweiterte Kompetenz wird deshalb nicht zwingend genutzt und die Leistungsfähigkeit nicht anerkannt – neue Aufgaben sind nicht abgesichert und werden nicht oder ungenügend honoriert. Dies zeigt sich gem. VAMOS-Studie bei den Hochschulabsolventinnen und -absolventen der Pflege- und Therapiestudiengänge aktuell in dramatischer Weise. Ihre Expertise ist zwar sehr gefragt z.B. in Qualitätssicherung, Gestaltung neuer Versorgungspfade oder Evaluation der Leistungen, der Entwicklung neuer bedarfs- und bedürfnisorientierter Konzepte für Patientinnen und Patienten etc. - sie erfahren jedoch dafür keine Anerkennung. Die Vergütung erfolgt nach alten Tätigkeitstypen; für die hochschulisch Qualifizierten sind spezifische Tätigkeiten mit belegten Mehrwerten für die Versorgung weder vom Arbeitsrecht noch von der Gesundheitswirtschaft anerkennend gelöst. Kompetenzerweiterung findet daher gegenwärtig wenig Resonanz durch qualifikationsadäquate Vergütung.

Im Fokus einer solchen Analyse stehen - neben den wenig ermutigenden Arbeitsbedingungen - sogenannte Vorbehaltstätigkeiten. In der Geburtshilfe ist z.B. geregelt, dass eine normale Geburt durch eine Hebamme/resp. einen Geburtshelfer begleitet wird. Für die Pflege sind eigenverantwortlich zu tätige Aufgaben noch nicht geklärt. In der Physiotherapie wird 2020 die *Blankoverordnung* eingeführt. Hier nehmen Ärztinnen und Ärzte die Indikationsstellung vor und verordnen ein Heilmittel - die Auswahl der konkreten Leistung, Behandlungsfrequenz und -dauer obliegt den Therapeutinnen und Therapeuten. Daneben steht eine sektorale Heilpraktikerprüfung, die bereits jetzt zu mehr Handlungsspielraum der (nicht-ärztlichen) Gesundheitsfachleute berechtigt - allerdings i.d.R. nur im Bereich der Privat- bzw. Selbstzahlenden. Die Eignung dazu wird z.T. qua Akten oder mit einer einmaligen Prüfung bei der zuständigen Behörde sichergestellt. Welche Kompetenzen für neue Tätigkeiten benötigt werden, darüber gibt es aktuell wenig Einigkeit: wird es möglicherweise zu weiteren, i.d.R. kostenpflichtigen Weiterbildungen kommen oder rechtfertigt künftig ein Hochschulstudium - rechtlich abgesichert - neue patientenorientierte Aufgaben?

IX. Tun wir das Richtige bzw. tun wir richtig, was wir tun?

In der Regel scheitern drängende Bildungsreformen an Partikularinteressen, mangelnder Reformbereitschaft und auch restriktiver bzw. konservierender Regulierung. In den Diskussionen zur

Gesundheitsbildungspolitik als Reaktion auf den erwähnten Lancet-Report (2010) wurde deutlich, dass es sich zwischen den Systemen Versorgung und Bildung weder um ein Auftragsverhältnis noch um ein Dienstleistungsverhältnis handelt. Ein "Bestellzettel" des Gesundheitssystems an das Bildungssystem mag zwar als Metapher taugen; aber es ist eine triviale Vereinfachung. Bedarfsfeststellungen erfordern vielmehr Dialoge und Aushandlungsprozesse zwischen den Beteiligten und Betroffenen, den Berufsgruppen und Vertretenden in Politik und Verwaltung, mit den Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitswirtschaft bzw. auch mit den Betroffenen selbst, sprich den Patientinnen und Patienten mit ihren Angehörigen.

Große Fragen tun sich auf: wer bildet wen mit welchem Ziel aus? Woran orientieren sich die Verantwortlichen? Wer kann/muss wann an *Stellschrauben* von Entwicklungen in der Bildung drehen? Wer kann konkret Bildungsstätten in Richtung Bedarfsorientierung oder aber in Richtung Gesundheitscampus bzw. Case Management lenken? Wer sitzt an welchen *Weichen* und setzt zielführende *Anreize*?

Da die Trends, Herausforderungen und Risiken in den anderen europäischen Ländern im Quervergleich gleich sind, ist augenfällig, dass die Positionierung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland langfristig eine deutlich *unterdurchschnittlich qualifizierte Workforce* erzeugt.

Trotz zahlreicher Hinweise von renommierten Expertengruppen und entgegen aller Evidenz wird in der politischen Arena vertreten, dass „Heilhilfsberufe“ ausreichen, um die komplexeren Versorgungsbedarfe sicherzustellen. Dies meint die Befähigung zu Aus- und Mitgestaltung von individualisierten Behandlungspfaden, zur Qualitätssicherung von Leistungen, zur Weiterentwicklung von Konzepten, zur kritischen Reflexion von Maßnahmen durch Evidenzbasierung, zu umsichtiger Outcome-Messung etc. bei therapeutisch-pflegerischen Leistungen. Oder auch die koproduktive Arbeit zur Steigerung der Adhärenz, zur Steigerung der Lebensqualität durch Teilhabe, Mitgestaltung und Selbstmanagement von Patientinnen und -patienten.

Die Anschlussfähigkeit an internationale Workforce-Modelle klappt angesichts des Reformstaus in Deutschland und der Komplexität der Steuerung von Ausbildung auseinander. Die Frage nach einem richtigen Skill mix und einer Workforce für das 21. Jahrhundert - wer ist der/die Geeignete für Massnahmen oder Prozesse und kann diese richtig (gut)? – ist in Deutschland nicht thematisiert und schon gar nicht ausgehandelt.

Die eingangs geschilderte Fragmentierung zeigt, wie schwer es ist, eine verantwortliche Stelle für einen *Masterplan* auszumachen und Instanzen in die Pflicht zu nehmen, die eine kohärente Bildungssteuerung für qualitativ hoch stehende Outcomes gewährleisten können. Bemerkenswert ist daher die Feststellung von NRW-Gesundheitsminister Laumann anlässlich der Präsentation der Ergebnisse der Verbleibstudie der Absolvierenden von Hochschulstudiengängen (VAMOS) in NRW am 4. Nov. 2019:

„Die Unternehmen müssen diese neuen Qualifikationen auch wollen und sich auch intern darauf einstellen. Sie müssen ihre Betriebe so aufstellen, dass diese Kompetenzen abgerufen werden können.“
(<https://bit.ly/2NIGesO>)

Gerade weil die Gesundheitswirtschaft zunehmend auf hoch qualifizierte Mitarbeitende angewiesen ist, drängt sich unweigerlich die Frage auf, ob und vor allem wann die Unternehmen deutliche Forderungen an den Bildungssektor stellen, um nebst höherer Effizienz bessere Effektivität und Wettbewerbsfähigkeit zu erreichen.

X. Digitalisierung: Diskurse in Parallelwelten

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) weist den Weg: die Gesundheitswirtschaft entwickelt digitale Patientenpfade, kommunizierende Devices, Informationssysteme und Apps, und Chatbots für erste Diagnosen und Verschreibungen in telemedizinischen Dienstleistungszentren sind absehbar. Bei den Apps sind digitale Coaches wie MAX für Kinder mit Asthma oder Alex der digitale Physiotherapeut zugänglich.

Diese Neuerungen sind in der (Gesundheits)Bildungswelt quasi nicht abgebildet (siehe z.B. Wissenschaftsrat und das Medizinstudium 2018, Sottas 2019). Empfehlungen zielen lediglich auf notwendige Skills zur Nutzung von Daten und digitalen Instrumenten. Online-basierte oder spezialisierte E-

Health Studienangebote und E-Learning gehören zwar inzwischen zum Repertoire hochschulischer Bildung. Davon ist das Gros der Gesundheitsfachberufe ausgeschlossen.

Zwar werden digitale Assistenten und Roboter in hybriden Ansätzen mehr und mehr zu Arbeitspartnern. Die Bedeutung dieser Umwälzung für das Lernen und Arbeiten ist in der Ausbildung jedoch kaum Thema, z.B. wie Maschinen mit Menschen kommunizieren, welche Werte, Identitäten und Haltungen tangiert sind, dass professionelle Entscheide von künstlicher Intelligenz übersteuert werden könnten oder dass permanente Outcome-Messung und Wettbewerb nun zur Regel werden etc.

Digitalisierung bedeutet eine weitere Eskalation: nach dem Wechsel von traditioneller Arbeit zu Evidenz folgt nun der Übergang von *evidence-based* zu *algorithm-based practice*. Das Gelingen erfordert Akzeptanz und Empowerment in der Bildungswelt, aber auch das Engagement der Gesundheitswirtschaft beim Zugang zu Infrastruktur und Hardware.

XI. Verpuffte Bildungsinvestitionen?

Die gewaltigen Bildungsinvestitionen für das Gesundheitspersonal werden mit der Erwartung verknüpft, dass genügend Fachkräfte und eine hohe Versorgungsqualität gesichert werden können. Während bei der fachschulischen Ausbildung Defizite moniert werden, zeigen die Ergebnisse der VAMOS-Studie, 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, z.B. als Patientenlotsen, wirksam zu arbeiten.

Die im europäischen Vergleich tiefe Qualifizierung des sog. nicht-ärztlichen Gesundheitspersonals und die Vorbehalte gegen die Akademisierung sowie die unvorteilhaften finanziellen Rahmenbedingungen werfen eine Reihe von Grundsatzfragen auf:

- Bringen die aktuellen Bildungsinvestitionen einen angemessenen Gegenwert?
- Wie lange wird das Beharren auf überholten Berufsbildern und Beschäftigungsmodellen von den informierten und international vernetzten *Digital Natives* akzeptiert?
- Sind die neuen Pflegeschulen und die Bachelor-Studiengänge eventuell nur Durchlauferhitzer? Gerade in der Pflege, wo die größten Anstrengungen mit einer sehr hohen Fluktuation und Unzufriedenheit kontrastieren?
- Wie viele *Millennials*, die geplant 30 oder 40 Jahre im Gesundheitssektor arbeiten sollten, werden nach erfolgreicher Berufseinmündung wie lange einer patientenorientierten Arbeit bleiben?
- Deutet der verbreitete Wunsch nach Weiterbildung und Höherqualifizierung an, dass sich die Absolvierenden perspektivisch aus den patientenbezogenen Tätigkeiten oder den herrschenden Verhältnissen wegbewegen wollen?
- Werden die Bestqualifizierten – falls der Gesundheitssektor keinen qualifikationsadäquaten, fachlich spannenden und pekuniär ansprechenden Job bietet – in andere Beschäftigungsfelder wechseln oder im Ausland Arbeit suchen?
- Repräsentieren die Absolvierenden von Modellevaluationen gegenwärtig eine enttäuschte Generation, weil das, mit der Vorreiterrolle implizit abgegebene Versprechen, nicht eingelöst wird?
- Schaffen die Ausbildungsoffensive Pflege und auch die Akademisierungsvorhaben gar ein unethisches Dilemma, wenn Zehntausende junger Menschen, insbesondere in den Therapieberufen in eine nicht existenzsichernde Beschäftigung hineingeführt werden, welche die Lebensgestaltung kompromittiert und an deren Ende Altersarmut droht?
- Könnte es also sein, dass die in Bildungsvorhaben investierten Millionen Euro rasch verpuffen?

Dieser Überblicksartikel greift die Fragen nach den heute notwendigen politischen und institutionellen Weichenstellungen auf, damit auf Anforderungen des Gesundheitssystems vorbereitet werden kann. Den Leitperspektiven künftiger Arbeit (Arbeit 4.0) folgend hieße es kurz, für eine Bildung 2.0 Sorge zu tragen.

Zentral dabei ist, ob ein Kompetenzerwerb für ein Gesundheitssystem von morgen bereits heute von den Beteiligten als *sinnvoll* und *zukunftsfähig* erlebt wird. Gibt es Anreize für die Institutionen, sich im bestehenden System auf Veränderungsprozesse einzulassen? Darf eine zukunftsfähigere Passung der Bildungs- und Kompetenzprofile der Gesundheitsfachleute wirklich nicht gewagt werden? Werden die Auszubildenden als künftige Fachkräfte und Mitarbeitende angehört und am Entwicklungsprozess beteiligt?

In den letzten Jahren sind in der Bildung für Gesundheitsfachpersonen enorme finanzielle Anstrengungen unternommen worden, um im Interesse des Patientenwohls und der Versorgungsqualität den hoch gesteckten Erwartungen und Standards gerecht zu werden. Die Grundsatzfrage, ob die Ausbildungen den genannten vielschichtigen Umbrüchen und veränderten Bedingungen gerecht werden, wird hingegen selten gestellt. Innovation – so wird angenommen – folgt der technologischen Entwicklung, und für gute Ergebnisse müssen die Fachpersonen einfach richtige Instruktionen erhalten. Doch, reicht das aus? Wer hergebrachte Verhältnisse bewahren will, müsste sich erklären müssen.

Innovation dagegen gilt es systematisch zu fördern. Beispiele wären Initiativen wie eine sektorenübergreifenden Enquetekommission Bildung für Versorgung bzw. die Förderung von Berufsbildungsforschung oder Modellvorhaben mit klaren Zielen und Effekten. Ein *Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheits- (und Bildungs)wesen* wäre zu fordern sowie weiterführende Arbeiten des Wissenschaftsrates.

Der Überblick möge verdeutlichen, dass es sowohl auf einer Makroebene (gesetzliche Rahmung, klare politische Zielsetzung und Vision der Zukunftsversorgung etc.), als auch auf einer Mesoebene (Betriebe, Versorgungs- und Bildungseinrichtungen) eine Neukonfiguration des Bildungsauftrags und der Bildungslandschaft braucht. Im europäischen Vergleich zeigt sich, was möglich wird, wenn eine Verständigung auf Neuerungen im Gesundheits- und Bildungssystem gelingt.

Quellen

Frenk, J, Chen, L, Bhutta, Z A, Cohen, J, Crisp, N, Evans, T, Fineberg, H, Garcia, P, Ke, Y, Kelley, P, Kistnasamy, B, Meleis, A, Naylor, D, Pablos-Mendez, A, Reddy, S, Scrimshaw, S, Sepulveda, J & Serwadda, D, 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, 376(9756), 1923-1958.

Sottas B, Höppner H, Kickbusch I, Pelikan J, Probst J, 2013. Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik Working Paper 7, Zürich: Careum Stiftung.

Sottas, B. 2019. Blindflug in die eHealth-Welt? Bildungsdefizite machen Professionalisierungsbemühungen der Gesundheitsberufe zunichte. In: International Journal of Health Professions IJHP, Vol. 3, Issue 1: 8-15

Statistisches Bundesamt, 2019: Statistisches Jahrbuch Kapitel 4 Gesundheit. Gesundheitspersonal nach Alter, Berufen und Geschlecht. Abgerufen unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/jb-gesundheit.pdf> am 5.11.2019.

Wissenschaftsrat, 2012: Empfehlungen zu Hochschulischer Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln.

Wissenschaftsrat, 2018: Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020. Köln. Abgerufen unter <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf> am 14.11.2019

Zu den Autoren

Prof. Dr. Heidi Höppner M.P.H. arbeitet an der Alice Salomon Hochschule Berlin im Studiengang Physio-/Ergotherapie. Seit 2002 lehrt sie in verschiedenen Formaten der Studiengänge Physio- und Ergotherapie. Schwerpunkt ist die Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe im Kontext gesellschaftlicher Herausforderungen.

Dr. Beat Sottas kommt aus dem Bildungswesen und hat in Sozialwissenschaften promoviert. Er arbeitete u.a. als Abteilungsleiter Bereich Bildung & Forschung des schweizerischen Bundesamts für Gesundheit. Seit 2008 unterstützt er als selbstständiger Berater und Versorgungsforscher öffentliche Verwaltungen, Bildungsinstitutionen, Verbände und Unternehmen der Privatwirtschaft.