

Funktion statt Kompetenz – Das Ende der Gesundheitsberufe im industrialisierten Gesundheitswesen?

In: Höppner H, Kühnast P, Winkelmann C (Hg.). 2020. "Potentiale der Physiotherapie erkennen und nutzen – Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung". Heidelberg: medhochzwei Verlag. S. 71-78

Inhaltsverzeichnis

1	Therapieberufe: eine Erfolgsgeschichte ohne Happy End	72
1.1	Physiotherapie als Profession?!	72
1.2	Mehrwerte und Herausforderungen sprechen für mehr Bachelors	72
1.3	Auf dem richtigen Weg zum Patienten	73
1.4	Fehlende Anerkennung	73
2	Gesundheitswirtschaft: Krise als Motor für radikalen Umbau	74
2.1	Personalknappheit stärkt die Gesundheitswirtschaft	74
2.2	Die Industrialisierung des Gesundheitswesens schwächt die Berufe	74
2.3	Digitalisierung als Wundermittel	75
3	Strampeln – und an Weichenstellungen mitwirken	76
3.1	Deprofessionalisierung statt mehr Zeit für Patient*innen	76
3.2	Performanz: ja, gerne – Profession: wozu denn auch?	77
3.3	Weichenstellungen für die Mitgestaltung der digitalen Transformation	77
	Literatur	78

Abstract:

Lebenslanges Lernen ist bei Physiotherapeut*innen selbstverständlich, um die Fachkompetenz stetig zu erweitern, Verantwortung zu übernehmen und um Patient*innen wirksamer zu betreuen. Die Herausgeberinnen stellen allerdings fest, dass dieses Berufsethos und die Mehrwerte für die Gesellschaft – und damit auch die Profession – keine Anerkennung finden. Dies mag auch am restriktiven Sozial- und Beruferecht liegen.

Allerdings darf nicht übersehen werden, dass auf globaler Ebene Prozesse laufen, die – hart auf den Punkt gebracht – Physiotherapie als Beruf überflüssig machen. Im Beitrag wird dargelegt, weshalb zwar das zunehmende Können von Physiotherapeut*innen als Spezialisten für Rehabilitation begehrt bleibt, dass aber das industrialisierte Gesundheitswesen letztlich keine Physiotherapie braucht. Was zählt, ist der passende Funktionszuschnitt in einer arbeitsteiligen Produktions- und Wertschöpfungskette. Oder kurz: es braucht das Profil, aber nicht die Profession. Potenziale zur Mitgestaltung gibt es bei der Umsetzung der Digitalisierung.

1 Therapieberufe: eine Erfolgsgeschichte ohne Happy End

1.1 Physiotherapie als Profession?!

Wie in anderen Gesundheitsberufen drehen sich im deutschen Sprachraum auch in der Physiotherapie die Diskussionen um Fragen der Professionalisierung. Damit wird auch der Wunsch nach Emanzipation verbunden – das Wegkommen von einem „Heilhilfsberuf“ scheint durch die steigende Kompetenz beim evidenzbasierten *clinical reasoning* bei Funktionseinschränkungen, Therapien und Assessments hinreichend gerechtfertigt. Es ist deshalb nicht einsehbar, weshalb hochqualifizierte und spezialisierte Physiotherapeut*innen untergeordnet auf ärztliche Weisung arbeiten sollen.

Zu Beginn soll beleuchtet werden, ob das Einfordern einer Anerkennung als Profession zielführend sein kann. Der Begriff Profession bezieht sich auf „liberale (Männer-)Berufe“ des 19. Jahrhunderts: Anwälte, Architekten, Notare, Kaufleute, Ingenieure, Ärzte, Veterinäre. In Verbänden mit Zugangsbeschränkung wurden Voraussetzungen, Rechte und Pflichten in „Standesregeln“ gefasst. Diese Selbstregulierung hatten mehrere Funktionen: sie legte für die Mitglieder die Prinzipien guter Praxis verbindlich fest und formte eine Berufsidentität, und sie trug zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen bei. Dadurch stiegen das Ansehen und die Honorare.

Die aktuellen Rahmenbedingungen erlauben allerdings eine solche soziologische Festigung einer Profession nicht mehr. Selbst wenn sich alle Physiotherapeuten zu einem einzigen bundesweiten Verband zusammenschließen würden, könnten sie ihren Handlungsspielraum nicht erweitern und ihre wirtschaftlichen Interessen nicht durchsetzen, weil das Feld ringherum verregelt und verriegelt ist. Berufsausübung kann nur mit staatlicher Genehmigung innerhalb enger Gesetze und Verordnungen stattfinden. Hinderlich sind auch die Berufegesetze. Sie zielen zum einen auf unmittelbare Beschäftigungsfähigkeit, und sie wurden zum anderen von den etablierten Verbänden mitbestimmt – und die haben kein Interesse am Erstarken weiterer Berufsgruppen. Über alles gesehen kann deshalb nicht davon gesprochen werden, dass die fortschreitende Qualifizierung der Therapieberufe – insb. die Akademisierung – diese zu Professionen wie die Medizin werden lässt. Professionalisierung und Professionalität können sich daher nur auf die Fachlichkeit und Expertise beziehen, nicht auf den sozio-professionellen Status. Dennoch wird der Anspruch, eine Profession zu werden, im Zusammenhang mit der Akademisierung intensiv diskutiert und eingefordert¹.

1.2 Mehrwerte und Bedarfe sprechen für mehr Bachelors

Auch wenn die Berufegesetze dies nicht so darstellen, müssen sich die Berufe in der Praxis auf weitreichende Veränderungen und deutlich gestiegene Anforderungen einstellen: eine alternde Gesellschaft, chronisch-degenerative Erkrankungen in allen Generationen, Reha ohne Wiederherstellungsaussicht, neue Interventionstechniken, Digitalisierung, die Erwartungen und Forderungen mündiger Bürger, Nutzen-, Outcome- und Wirtschaftlichkeitsmessungen, Anbieterwettbewerb etc. Weltweit wird deshalb die Anhebung auf hochschulische Ausbildung mit erweiterten Kompetenzen als eine der notwendigen Maßnahmen zur Bewältigung dieser Herausforderungen und der steigenden Komplexität gesehen – wie vor hundert Jahren in der Medizin.

¹ Unter anderem: Pundt et al. 2006; Walkenhorst 2011; Robert Bosch Stiftung 2013; Kaufhold et al. 2014; Pundt und Kälble 2015; Weyland und Reiber 2017, Höppner und Richter 2018.

Die VAMOS-Studie in NRW belegt erstmals für Deutschland, dass Hochschulabsolvierende effektiv Kompetenzen erwerben, um fach- und sachgerecht mit chronischen, komplexen und instabilen Krankheitsverläufen sowie Multimorbidität umzugehen. Zudem eignen sie sich für Versorgungsaufgaben an den kritischen Schnittstellen über Professions- und Systemgrenzen hinweg. Sie sind in der Lage, Aufgaben insb. im Bereich Beratung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Projektarbeit, 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 positiv abhebt von den an Berufsfachschulen ausgebildeten Kolleg*innen².

1.3 Auf dem richtigen Weg zum Patienten

Dieses Ergebnis markiert einen bemerkenswerten Wandel. Während in der Vergangenheit die Absolvent*innen nach Hochschulabschlüssen häufig in Leitungsaufgaben, in den Bildungsbereich oder in die Forschung wechselten, kommt heute die mit der Akademisierung verbundene Befähigung den Patient*innen zugute³, weil effektiv eine patientennahe Tätigkeit angestrebt wird.

Die Erfahrungen in der Praxis und die Ergebnisse der VAMOS-Studie belegen, dass die politisch, fachlich und pädagogisch vorgegebenen Ziele gut erreicht werden: die überwiegende Mehrheit der hochschulisch Ausgebildeten mit dem aktuellsten Wissen will dort einen Beitrag leisten, wo ihre Kompetenzen einen besonders großen Effekt und Nutzen erzeugen: bei älteren, multimorbiden Patient*innen und chronisch Erkrankten, Menschen in Rehabilitation und Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung, in der häuslichen Versorgung sowie beim Ermöglichen eines selbstbestimmten Lebens mit gesellschaftlicher Teilhabe. Ein wichtiges Ergebnis ist auch, dass die Arbeitsgeber*innen in der Praxis klare Mehrwerte der Akademisierung erkennen.

Die von Sachverständigenrat⁴ und Wissenschaftsrat⁵ postulierte Erweiterung des Kompetenzspektrums scheint damit eingelöst zu werden, und die Absolvent*innen sind fit die Berufsausübung in komplexer werdenden, interprofessionell kooperierenden Versorgungsmodellen, die über die traditionellen Professionssettings und Versorgungssektoren hinwegreichen.

1.4 Fehlende Anerkennung

Die positiven Ergebnisse zu steigender fachlicher Expertise kontrastieren allerdings mit dem sinkenden Zufriedenheitsgrad, ja einer sich breit machenden Frustration. Die Ergebnisse der VAMOS-Studie zeigen zwar insgesamt eine Zufriedenheit mit dem Beruf und der Tätigkeit. Aber: Zwei Drittel sind unzufrieden mit der Situation, dass die Höherqualifikation und die zusätzlichen Kompetenzen nicht zu Anerkennung bzw. einer höheren Entlohnung führen. Kritisiert werden zwei für die Berufsausübung zentrale Aspekte: Auf der Handlungsebene nehme der Arbeitsmarkt viel zu selten die Vorschläge der Professionals für qualifikationsadäquate klinische Tätigkeitsprofile auf und es gebe nur eingeschränkte Aufstiegsmöglichkeiten. Auf der Vergütungsebene steht die rigide Eingruppierung in der Kritik, die zwar alle gleich (schlecht) behandelt, aber – anders als in Nachbarländern – *pay for performance* nicht fördert. Für die Befragten sind das Gründe, die zum Berufsausstieg führen.

² Dieterich et al.: Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) 2019: XIII; S. 185ff.

³ Dieterich et al.: Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) 2019: S. 4, 144, 150.

⁴ SVR: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. 2007; SVR: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. 2010.

⁵ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Hochschulischer Qualifikationen für das Gesundheitswesen. 2012.

Höppner und Beck⁶ sprechen in ihrer Analyse von 629 „Therapeuten am Limit“-Brandbriefen von „beruflichen Gratifikationskrisen“ und verbreiteter Verunsicherung, weil die Berufsarbeit nicht zur Bestreitung des Lebensunterhalts reicht und Selbstausschöpfung unausweichlich ist. Dies differiert mit internationalen Quervergleichen, die zeigen, dass in anderen Ländern hochschulische Qualifikation honoriert wird.

2 Gesundheitswirtschaft: Krise als Motor für radikalen Umbau

2.1 Personalknappheit stärkt die Gesundheitswirtschaft

Unzählige Berichte über Therapeutenmangel und lange Wartezeiten weisen auf eine Versorgungskrise hin. Diese hat mit ungenügender Finanzierung zu tun, sie ist allerdings auch ein Symptom einer viel grundlegenden Mangelsituation. Fehlende Arbeitskräfte sind für die Gesundheitswirtschaft ein Risiko, aber auch eine Chance. Im Folgenden wird dargelegt, was aktuell abläuft und wie das die Gesundheitsberufe schwächt.

Während den Jahrzehnten haben sich Personallücken nach dem „System Durchlauferhitzer“ immer wieder füllen lassen, weil Frischdiplomierte nachrückten. Das funktioniert nun aus verschiedenen Gründen nicht mehr. Weil...

- die Baby-Boomer-Jahrgänge in Rente gehen, gibt es eine Pensionierungswelle;
- die „Pillenknick“-Generation weniger Kinder und Enkel haben, nimmt die Zahl der Schulabgänger ab – die Pensionierungen können mengenmäßig gar nicht kompensiert werden;
- die Feminisierung des Gesundheitswesens mehr Teilzeitarbeit mit sich bringt und die Workforce dadurch abnimmt;
- die Gesundheitsversorgung stark ausdifferenziert ist, wächst der Personalbedarf doppelt so stark wie in den anderen Wirtschaftszweigen: pro Patient sind oft 20 Personen in präventive, beratende, edukative, diagnostische, therapeutische, pflegerische, rehabilitative und palliative Leistungen involviert, unterstützt durch technischen und logistischen Support, betriebswirtschaftliche und organisatorische Funktionen, aber auch durch Qualitätssicherung und Outcome-Evaluation;
- Professionals über ihren Job und die Verhältnisse klagen, setzt eine Negativspirale mit Attraktivitätsverlust und Reputationsschaden ein. Diplomierte, die schon gar nicht erst in den Beruf einsteigen wollen, und eine kurze Berufsverweildauer sind Folgen davon.

Diese Gemengelage führt dazu, dass sowohl ältere als auch jüngere Arbeitskräfte zunehmend knapp werden. Diese demographischen Effekte haben weitreichende Folgen – Personalknappheit wird inzwischen in vielen Industrieländern als systemrelevante Bedrohung für das Gesundheitssystem eingestuft.

2.2 Die Industrialisierung des Gesundheitswesens schwächt die Berufe

Wenn in der Boombranche Gesundheit die Betriebe mit viel weniger Personal auskommen müssen, gibt es zwangsläufig einen Um- und Rückbau von Strukturen und Prozessen mit weitreichenden Verwerfungen und Transformationen. Das Management, das den Betrieb sicherstellen muss, hat keine andere Wahl, als Mittel zur Substitution von Personal und zur Effizienzsteigerung zu entwickeln. Der

⁶ Höppner/Beck. Analyse der Arbeitsbedingungen von Therapeut_innen in Deutschland. 2019.

hohe Druck führt zu „disruptiven Innovationen“, also Ansätzen, die konventionelle Wege verlassen und grundsätzlich Neues probieren. Zum einen lassen sich Verfahren aus der Industrie übertragen, zum anderen verspricht die Digitalisierung Lösungen.

Im Beitrag „Industrialisierung der Medizin?“ zeichnete Kühn⁷ nach, wie dies in den USA in den 1990er Jahren beim Wechsel von der humanistischen Krankenversorgung zur kommerziellen Medizin abgelaufen ist. Ähnlich wie bei McDonalds wurden Abläufe, Produkte und Dienstleistungen, aber auch Einkauf und Marketing vereinheitlicht und dann in identisch konzipierten Einrichtungen in der Fläche ausgerollt. Das Management, das nicht aus dem Gesundheitssektor stammte, konnte durch Ressourcenzuteilung, gezielte Anreize und spezifische Hürden bestimmte Prozess- und Zeitvorgaben, Behandlungsrichtlinien oder kosteneffektive Interventionsoptionen durchsetzen. Eine solche Industrialisierung ermöglichte eine hohe Rentabilität und führte zu mächtigen Medizinkonzernen.

Im deutschen Sprachraum läuft ein ähnlicher Prozess. Die Manager der Gesundheitswirtschaft folgen der gleichen Rationalität von Kostensenkung und Konzentration. Und: weil die Versorgung gewährleistet werden muss, können Manager die im Selbstverständnis der Gesundheitsfachpersonen tief verankerte Selbstbestimmung zumeist ignorieren (genau das beklagen ja die Hochschulabsolvent*innen!).

2.3 Digitalisierung als Wundermittel

Ein weiterer Bruch mit Traditionen und Erreichtem entsteht im Zuge der digitalen Transformation. Diese ist in vollem Gange – auch wenn wir selbst nicht mitmachen, kommen in den verschiedenen Lebens- und Arbeitsfeldern laufend mehr Computergestützte Verfahren zum Einsatz.

Im Gesundheitswesen verspricht die Digitalisierung Lösungen für aktuelle Probleme und Herausforderungen: Personalmangel, ungenügende Effizienz, Redundanzen, verstreute Daten, Kosten – aber auch für positiv konnotierte Anliegen wie Teilhabe, Transparenz, Mitgestaltung, Patientensicherheit, Nutzerfreundlichkeit etc. Aus gesundheitswirtschaftlicher Sicht ermöglicht Digitalisierung in erster Linie ein Re-Engineering der Wertschöpfungskette. Wenn Personal knapp und eh rund 70 % der Kosten Personalaufwände sind, liegt der Griff zu Substitutionslösungen nahe – im Streben nach Effizienz werden Cure und Care immer mehr nach der Logik industrieller Produktionsprozesse organisiert; in großen Häusern erleben viele Therapeuten diesen Umbau unmittelbar. Dabei eröffnen künstliche Intelligenz und letztlich auch menschenförmige Roboter vielversprechende Optionen.

Klar ist heute, dass alle vorhersehbaren Tätigkeiten – also Arbeiten, die sich in einem Prozess beschreiben und in Ablaufschritten formalisieren lassen – von der Digitalisierung erfasst werden können. Die digitale Transformation kann daher in alle Dienstleistungs- und Wissensbranchen dringen, also Hand- und Kopfarbeit (auch von Therapeut*innen) umfassen und diese auch ersetzen. Die Entwicklung wird als dreistufiger Prozess gesehen.

- In einer ersten Phase geht es um Ergänzung der Sinne und Erweiterung der menschlichen Intelligenz durch Assistenzsysteme, die uns das Leben und die Arbeit erleichtern – das kennen wir vom Autofahren, von Staubsaugern oder Rasenmähern, von Fehlermeldungen oder von ausgeklügelter Sensorik und Logistik im Klinikalltag.
- Die zweite Stufe besteht aus intelligenter Automatisierung. Bei diesem *machine learning* können Computer bestimmte Muster interpretieren und Abläufe selbst optimieren, z. B. bei Schachpartien, Aktienkursen oder Finanzdaten, Fahrplanauskünften, Dokumentenanalysen, Übersetzungen, Laborwerten, Evidenzvergleichen, oder auch bei Gesichtserkennung und Routineoperationen etc.

⁷ Kühn: Industrialisierung der Medizin? Zum politischökonomischen Kontext der Standardisierungstendenzen. 1998, S. 41 ff.

Im Arbeitsalltag von Gesundheitsfachpersonen werden hier die größten Veränderungen eintreten. Dabei kommt es zu einem für Fachpersonen schmerzhaften Übergang von evidenzbasierten (aber individuell gestaltbaren) Therapien zu algorithmusbasierten Therapien – die sich selbst optimierende „allwissende“ Maschine überprüft und korrigiert ggf. das, was Menschen machen.

- Die dritte Stufe wird oft als adaptive Intelligenz beschrieben. Dabei eignen sich Maschinen autonom Fähigkeiten an, um komplexe Aufgaben selbstständig zu lösen und Denkräume weiterzuentwickeln.

Auffallend an der Debatte über die digitale Transformation im Gesundheitswesen ist, dass die Risiken seltener thematisiert werden als die Chancen und Opportunitäten. Künstliche Intelligenz wird meist als ökonomische Notwendigkeit oder als technologischer Vorteil dargestellt. Einerseits wird ins Feld geführt, dass neue Anwendungen, neue Geräte, neue IT-Applikationen, neue Algorithmen etc. die Produktions- und Personalkosten senken, Daten wirkungsvoller verknüpfen sowie Sicherheit und Nutzen verbessern. Andererseits wird als Chance verkündet, dass Health-Professionals dann wieder mehr Zeit haben werden für die Patienten.

3 Strampeln – und an Weichenstellungen mitwirken

3.1 Deprofessionalisierung statt mehr Zeit für Patient*innen

In ihrem Buch *The Future of Professions* haben Susskind & Susskind⁸ dargestellt, wie zwiespältig die digitale Transformation ist. Einerseits schafft sie uns viele Annehmlichkeiten und Vereinfachungen und macht uns leistungsfähiger, was maßgeblich zu ihrer Akzeptanz beiträgt. Die Kehrseite davon ist, dass dieser Gewöhnungsprozess mit einem langsamen Ersetzen von Fachpersonen durch intelligente Maschinen in einen radikalen Umbau unserer Lebenswelt mündet, bei dem wir viele Rollen, Abläufe und Arbeitsstile des 20. Jahrhunderts gar nicht mehr brauchen oder wollen.

Viele Fachpersonen im Gesundheitswesen erleben den digitalen Wandel mehr oder weniger passiv als Gefahr für die therapeutische Beziehung und die Versorgungsqualität. Sie sehen, dass neue Vorgaben zur Ablaufgestaltung, Dokumentation, Qualitätssicherung oder Abrechnung den Alltag umorganisieren und die Aufmerksamkeit von der Kernaufgabe weglenken – kostbare Therapiezeit geht zugunsten von Hilfsarbeiten für das Management verloren. Die zunehmende Industrialisierung der Gesundheitsversorgung wird durch diese persönliche Betroffenheit erlebbar. Mehr und mehr ist es nicht immer der Mensch, der frei entscheidet. Immer öfter ist es ein wenig greifbares Zusammenwirken von Menschen und intelligenten Systemen, welches in der arbeitsteiligen Produktions- und Wertschöpfungskette unser Handeln bestimmt und z. B. Aufgaben individuell nach Eignung und erwartetem Mehrwert zuschneidet – oder auch ineffiziente oder ineffektive Professionals aussortiert.

Die gefühlte Ohnmacht ruft bei Therapeut*innen nach Widerspruch. Tief verankert ist die Vorstellung, dass die Versorgung von (kranken) Menschen nicht substituierbar ist, weil dies Empathie, Beziehungsarbeit, Dialog und Reflexion erfordert. Zwar kann die Digitalisierung auch in der Physiotherapie repetitive Arbeiten ersetzen, aber sie wird nicht das Zuhören, Fragenstellen, Abwägen, Beraten und Entscheiden in Ungewissheit abnehmen. Das Kreative und das Soziale bleiben daher noch lange menschliche Fähigkeiten.

⁸ Susskind & Susskind: *The Future of the Professions. How Technology will transform the Work of Human Experts*. 2015.

Dennoch: Die fortschreitende Industrialisierung und Digitalisierung erfüllt durch Effizienzsteigerung primär die Erwartungen der Gesundheitswirtschaft. Für die Erwartungen der Therapeuten nach mehr Autonomie und Selbstbestimmung bleibt sehr wenig Spielraum. Das Versprechen des Zeitgewinns für die Patienten könnte sich als Scheinargument und Köder erweisen. Es wäre naiv zu glauben, dass sich in gestrafften Prozessen Komfortzonen und Puffer mit Zeitreserven etablieren können. Die Arbeitgeber und Prozessverantwortlichen werden genau hinschauen, wofür die teuren Menschen eingesetzt werden. Wenn dereinst Maschinen alles Repetitive übernehmen, Algorithmen unsere Entscheidungen sowie die Qualität unserer Leistungen prüfen und uns menschenförmige Roboter umgeben (oder sich um uns kümmern), gibt es freie Valenzen bei den Menschen und den Therapeut*innen – deren Zeit kann dann für individuelle Zuwendung hinzugekauft werden.

3.2 Performanz: ja, gerne – Profession: wozu denn auch?

Die fehlende Anerkennung führt dazu, dass das Reservoir an qualifizierten, aber günstigen Assistenz-Arbeitskräften vergrößert wird. Da entstehen Parallelwelten – zwar sind Gesundheitswirtschaft und Therapeuten voneinander abhängig, aber die strukturelle Personalknappheit schafft eine Asymmetrie, welche die Gesundheitswirtschaft stärkt und die Gesundheitsberufe schwächt.

Diese unvollendete Professionalisierung schafft für die Therapieberufe eine doppelte Hypothek: in der gesundheitspolitischen Arena gelingt es nicht, einen maßgeblichen Statusgewinn gegenüber den etablierten Health Professionals – insbesondere der Medizin – zu realisieren. Auf dem gesundheitswirtschaftlichen Parkett führt die „strukturelle Minderwertigkeit“ zu ungenügender Gestaltungsmacht. Die Entwicklungsdynamik macht Physiotherapie vulnerabel – zwar individuell geschätzt für die Kompetenz bei Rehabilitation und Teilhabeermöglichung, aber als Profession entbehrlich wie andere Berufe auch. Dies führt zu grundsätzlichen Fragen: Braucht es in dieser industrialisierten Routineversorgung, die nur noch spezialisiertes Knowhow für bestimmte Funktionen benötigt, noch Professionen mit starren Berufsbildern und mehrjährigen Ausbildungen?

3.3 Weichenstellungen für die Mitgestaltung der digitalen Transformation

Aus der pessimistischen Perspektive lassen sich weitere notwendige Reformschritte ableiten. Diese umfassen deutlich mehr als aktivistisches Kümmern um Fachkompetenz und professionellen Status – sie setzen beim realisierten Zugewinn an Kompetenz an und erweitern diese auf der Ebene des Gesundheitssystems, um dieses aus einer Position der Angebotsmacht mitzugestalten.

Weil die Industrialisierung läuft und sich aus den genannten Gründen nicht aufhalten lässt, muss das Interesse der Digitalisierung gelten. Da öffnen sich aktuell Opportunitätsfenster, in denen die Asymmetrien verringert und die Parallelwelten angenähert werden können. Weil der Arbeitsmarkt abhängig von guten Therapeuten ist, kann der Übergang von evidenzbasierten Therapien zu algorithmusbasierten Therapien mitgestaltet werden – vorausgesetzt Therapeut*innen sind auch fähig, mit der Gesundheitswirtschaft einen Dialog auf Augenhöhe zu führen. Gestalter*innen können dazu mit Zahlen und Daten die komparativen Kosten und den Nutzen konventioneller und digitalisierter Methoden darlegen, in der Organisationsentwicklung proaktiv Digitalisierungstechnologien einbringen und Vor- und Nachteile mit robuster Versorgungsforschung evaluieren.

Literatur

Dieterich, S. u. a. (Hrsg.): Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) – Abschlussbericht. Bochum 2019.

Höppner, H./Beck, E.: Analyse der Arbeitsbedingungen von Therapeut_innen in Deutschland. Eine qualitative Untersuchung von Brandbriefen der Heilmittelerbringenden. Online: <https://www.ash-berlin.eu/hochschule/presse-und-newsroom/news/news/diagnose-krise-ergebnisse-der-studie-zu-arbeitsbedingungen-von-therapeut-innen-vorgestellt/> [abgerufen am 8.5.2019].

Höppner, H./Richter, R. (Hrsg.): Theorie und Modelle der Physiotherapie. Hogrefe. Bern 2018.

Kaufhold, M./Knigge-Demal, B./Makowsky, K. (Hrsg.): Akademisierung und Professionalisierung in den Gesundheitsberufen: Einblicke in die Diskussion. INBVG FH Bielefeld. Bielefeld 2014.

Kühn, H.: Industrialisierung der Medizin? Zum politischökonomischen Kontext der Standardisierungstendenzen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Bd. 29 – Standardisierungen in der Medizin. Argument, S. 34–52. Hamburg 1998.

Pundt, J./Kälble, K.: Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Apollon University Press. Bremen 2015.

Pundt, J. u. a.: Professionalisierung im Gesundheitswesen: Positionen - Potenziale - Perspektiven. Apollon University Press. Bremen 2006.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Stuttgart 2013.

Susskind, R./Susskind D: The Future of the Professions. How Technology will transform the Work of Human Experts. Oxford University Press. Oxford 2015.

SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Nomos. Baden-Baden 2007.

SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Bonn 2010.

Walkenhorst, U. Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe – Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang. bwp@Spezial 5:1–12. Online: <https://www.bwpat.de/content/ht2011/index.html>. Hamburg 2011.

Weyland, U./Reiber, K (Hrsg.): Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen - aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder. Bertelsmann. Bielefeld 2017.

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