

Innovationsstau in der Gesundheitsbildung(spolitik): Die Modellklausel in den Berufsgesetzen zur Primärqualifikation an Hochschulen

Blocked innovation in health education politics: the influence of the trial phase (Modellklausel) on the profession laws of primary academic qualification at universities

- **Autorin:** Heidi Höppner
- **Institution:** Alice Salomon Hochschule, Berlin

Zusammenfassung

Anders als in der Schweiz und Österreich führt die Verzögerung der Entscheidung über die Primärqualifikation an Hochschulen für die Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammen zu einem deutschen Sonderweg. 2016 wird der Modellstatus – wie es jetzt aussieht – für vier Jahre fortgeschrieben. Somit verschiebt man konsequente Schritte, die in der Evaluation der Modelle und in Expertenempfehlungen (Wissenschaftsrat) gefordert werden. Es fehlt an Verantwortungsübernahme und einem Masterplan für die Gesundheitsberufausbildung in Deutschland. Lt. Autorin zeigt sich somit ein Innovationsstau in der Gesundheitsbildungspolitik, dessen Auswirkungen aktuell nicht abzusehen sind.

Die „Hausaufgaben“ an Hochschulen sind gemacht: Im Sommer 2016 warteten wir, die für dieses neue Format der Qualifizierung angetreten sind, auf ein konsequentes JA der Politiker zur hochschulischen Primärqualifikation (PQ) für die Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Doch seit August 2016 ist diese Erwartung an eine konsequente politische Entscheidung und zukunftsorientierte Legitimation der Primärqualifikation an Hochschulen für 2017 und Folgejahre durch den Kabinettsbeschluss des Bundesministeriums für Gesundheit arg enttäuscht worden. Waren erst 10 Jahre benannt, wird man sich noch vor Weihnachten wohl auf die vorgeschlagenen vier Jahre im Modellstatus einigen, d.h. bis zum 31.12.2021 (Deutscher Bundestag, 30.11.2016).

Dass sich das BMG zu einer Verlängerung der Modellklausel in den Berufsgesetzen statt zu einer Verstärkung der hochschulischen Ausbildung der Therapieberufe in den Berufsgesetzen entschlossen hat, ist angesichts der Ergebnisse der Evaluation unverständlich. „Somit wird die überfällige Weiterentwicklung der Therapieberufe, die einen Baustein zur Lösung der anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsver-

Abstract

Different from Switzerland and Austria hesitation in taking a decision for primary academic qualification for physical therapy, occupational therapy, speech therapy and midwives leads to a german unique path. As it seems 2016 will be a prolongation of the model status for 4 years. That means delay of consequent steps towards academic qualification which are demanded in the evaluation of the model and by recommendations of experts (p.e. Wissenschaftsrat). There is a lack of responsibility and masterplan within policy for education of health professions in Germany. According to the author this retards innovation, the implication is not foreseen yet.

sorgung Deutschlands darstellen, weiter unnötig hinausgezögert, wenn nicht gar verhindert“ (HVG, 2016). Oder, wie in einem Positionspapier der HSG Bochum und HS Fresenius 2016 formuliert: „Mit einer reinen Verlängerung der Modellklausel wäre auf Jahre eine Chance vertan, die Studiengänge entsprechend der Ergebnisse der Evaluationen weiterzuentwickeln und die bestehenden, auch in den Evaluationen kritisch bewerteten Friktionen zwischen hochschulrechtlichen und berufsrechtlichen Vorgaben aus dem Weg zu räumen. Hochschulen, Studierende und Lehrende wären gezwungen, in einem Modellstatus zu verharren und das Studium weiterhin mit den zum Teil hinderlichen und qualitätsmindernden Einschränkungen durch die Berufsgesetze durchzuführen“. Ca. 4000 Studierende in 20 Studiengängen der Therapie und des Hebammenwesens warten also über 2017 hinaus auf die entschlossene Legitimierung von hochschulischer Ausbildung wie es im Ausland üblich ist. Der begonnene deutsche Sonderweg (Erstausbildung an unterschiedlichen Institutionen) erschwert es, die mit der Hochschulbildung avisierten Ziele zügig zu erreichen: z.B. international vergleichbare Abschlüsse und die Anschlussfähigkeit an

Der Artikel enthält Inhalte der Veröffentlichung. „Hochschulische Ausbildung in der deutschen Physiotherapie: Ein konsequentes Ja zur Primärqualifikation – jetzt!“, physioscience 2016; 12(03): 119-121. Mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlags

DOI des Beitrags (www.doi.org):
10.2443/skv-s-2016-54020160405



Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. rer. pol.
Heidi Höppner MPH
Alice Salomon Hochschule
Berlin, Studiengang
Physio-/Ergotherapie
Alice-Salomon-Platz 5 /
Raum 413
12627 Berlin
hoepfner@ash-berlin.eu

ergoscience 2016; 11(4): 165-167
© Schulz-Kirchner, Idstein
ISSN 1861-6348

ein Gesundheitssystem im Wandel zu ermöglichen oder die Forschungs- und Wissenschaftsentwicklung voranzubringen und damit den Beitrag z.B. der Ergotherapie für die Gesundheitsversorgung wissenschaftlich fundiert darzustellen.

Die Modellklausel in den Berufsgesetzen von 2009 legitimiert bis Ende 2017 zurzeit die berufsqualifizierende Variante (Primärqualifikation = PQ) an deutschen Hochschulen. Alle Expertengutachten fordern vor dem Hintergrund der Herausforderungen gesundheitlicher Versorgung im 21. Jahrhundert die Neuaufstellung von Gesundheitsberufen. Häufig zitiert werden dabei die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu Hochschulischer Qualifikation für das Gesundheitswesen: 10-20% der Berufsangehörigen gilt es akademisch (primär) zu qualifizieren (WR, 2012, S. 8). „Dabei spricht sich der Wissenschaftsrat dafür aus, diese neuen Studiengänge primärqualifizierend zu gestalten (WR, 2012, S. 82). Der Wissenschaftsrat hatte sich 2010/2011 intensiv mit den Therapieberufen und -wissenschaften in Zukunft auseinandergesetzt und „behält sich vor, nach fünf Jahren den Umsetzungsstand seiner Empfehlungen im Rahmen einer systematischen Nachverfolgung zu prüfen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen anzusprechen“ (WR, 2012, S. 87).

Unter restriktiven Bedingungen¹, z.B. dem üblichen „Staatsexamen“ nach 3 Jahren, konnten erste Erfahrungen mit dem Doppelabschluss (Staatsexamen und Bachelor) gesammelt werden. Evaluationsberichte der Länder, die Modelle durchgeführt haben, liegen sowohl den Landesböden seit Mitte 2015 bzw. dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seit Jahresbeginn 2016 vor. Aktuell ist klar: Es bedarf einer künftigen Planungssicherheit und eines Nachjustierens der Rahmenbedingungen an Hochschulen, um einer Akademisierungsquote von 10-20% gerecht zu werden. Der Anteil hochschulisch Qualifizierter (aller Studienformen) wird in der Ergotherapie auf 5% geschätzt (die Quote der primärqualifizierten ist daran noch marginal). Die Entwicklungsarbeit an Hochschulen geht weiter: Neben der steten Qualitätsentwicklung an Hochschulen (siehe dazu auch die AG Berufsbildung in den Heilberufen, 2015) braucht es eine erhebliche Ausweitung von Studienplätzen (siehe z.B. die Initiative 2016 in Baden-Württemberg). Eine gestaltende Bedeutung in diesem – nur zögerlich begonnenen – Systemwechsel in der Ausbildung von Therapeuten kommt den Bundesländern und dort vor allem den unterschiedlichen Ressorts Soziales und Gesundheit bzw. Wissenschaft zu. Nordrhein-Westfalen hat mit der Evaluation der PQ-Studiengänge am stärksten für Öffentlichkeit gesorgt (Darmann-Finck, Goerres & Reuschenberg, 2015). Die Autoren der Studie beziehen sich vorwiegend auf Kompetenzmessungen (Output der Studiengänge) und die Berufseinmündungen.

„Die Fähigkeiten zu wissenschaftlichen Arbeiten, die kritische Reflexion des traditions- und regelgeleiteten Wissens in der Praxis, die Fähigkeit, die eigene Profession weiterzuentwickeln sowie die Fähigkeit zu einem fachlichen Austausch mit anderen Berufen auf Augenhöhe sind we-

sentliche Kompetenzen, die sich die Studierenden selbst zuschreiben bzw. die sie von Berufstätigen in den Praxisfeldern zugeschrieben bekommen“ (Darmann-Finck, Goerres & Reuschenberg, 2014).

Die Evaluationsrichtlinien zu den Modellstudiengängen seitens des BMG von 2009 verlangen zudem eine Bewertung des Bedarfs an akademisch geschultem Fachpersonal und des Mehrwerts eines solchen für die Versorgung von Patienten. Diese Fragen des BMG lassen sich ohne adäquate Forschungsprojekte nicht beantworten (ebd.). Hierzu gibt es weder national noch international Anhaltspunkte. Bildungsimplicationen vor dem Hintergrund der Versorgungsbedarfe zusammenzudenken ist ein Forschungsdesiderat und somit fehlt es auch an Maßnahmen effektiver Gesundheitsbildungspolitik (Sottas, Höppner, Kickbusch, Pelikan & Probst, 2013). Längst fällig ist eine Kommission oder ein Rat, der diesen Masterplan in den nächsten Jahren moderiert.

Auch an der Alice Salomon Hochschule in Berlin kommen wir zu ähnlichen Ergebnissen (Dietsche & Höppner, 2016). Es wird – wie länderübergreifend – konstatiert, dass Ausbildungs- und Hochschullogik nicht übereinstimmen, sich zum Teil hinderlich und qualitätsmindernd auswirken: z.B. Prüfungsleistungen studienbegleitend abzunehmen bzw. die Bindung der Lehre an die Prüfungsform im Rahmen des Staatsexamens in alter Form. Hochschulen haben bisher wenig Gestaltungsraum, wie auf der Tagung „Vom Modell auf Probe zum Modell der Zukunft: Akademisierung der Gesundheitsberufe“ auf Einladung der Hochschule Fresenius am 02.11.2015 in Berlin zusammengefasst wurde. So besteht neben dem Bedarf einer klaren politischen Legitimation der verstärkten Hochschulautonomie in der Ausbildung von Therapeuten und Hebammen auch vermehrt Regelungs- und Unterstützungsbedarf (Ressourcen).

Welche Auswirkungen hat nun die Verlängerung der Modellphase?

- Die Entscheidung ist für im Bundesrat am 16.12.2016 geplant. Es gilt also ab 2017, die hinderlichen Faktoren (konkurrierende Systemlogiken im sekundären und tertiären Bildungsbereich) noch stärker ins Bewusstsein zu bringen und verstärkt darauf zu drängen, dass Empfehlungen und Evaluationen ernst genommen und die mit der Primärqualifikation intendierten Ziele auch stringent verfolgt werden.
- Die Effekte der politischen Entscheidung für die Hochschulen sind aktuell nicht einzuschätzen. Es sollte das Ziel sein, dass (öffentlich finanzierte) Hochschulen sich auch weiter für das Modell der Primärqualifizierung einsetzen.
- Die Verunsicherung im Berufsfeld und für potenzielle Studieninteressierte zieht sich in die Länge. Was ist nun zukünftig der wegweisende Weg in den Beruf? Der „Spirit“ für Veränderung ist gefährdet. Pioniere (auch Studierende und Absolventen) brauchen einen „langen Atem“. Beharrende Kräfte im Feld werden möglicherweise durch die politische Entscheidung gestärkt hervorgehen.
- Den Empfehlungen des Wissenschaftsrates ist vermehrt Rechnung zu tragen. Es gilt, die systematische Nachverfolgung der Entwicklung im Hochschulbereich, die der WR in Aussicht stellt, einzufordern. So würden wesentliche strukturelle Hindernisse bzw. Effekte und Tendenzen des „Wildwuchses“ im Versuch einer Systemveränderung an Hochschulen deutlich.

1 Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten 2009 „Abweichungen von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten sind nur zulässig, soweit sie den theoretischen und praktischen Unterricht in §1Absatz 1 sowie die Anlage1 Buchstabe A der Verordnung betreffen. Im Übrigen gilt die Verordnung unverändert mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Schule die Hochschule tritt. Durch die Erprobung darf das Erreichen des Ausbildungsziels nicht gefährdet werden“.

- Die klare und gemeinsame Forderung muss sein: (Auch) Hochschulen brauchen eine adäquate Ausstattung für Primärqualifikation (materiell und personell)!

Additive und ausbildungsintegrierende Studiengänge (nach Abschluss der Berufsausbildung oder parallel zur Ausbildung) sind unter gegenwärtigen Bedingungen die „einfachere“ Lösung – sie verhindern unter diesen Bedingungen und aufgrund der gemischten Interessenlage längerfristig jedoch die flächendeckende Primärqualifikation. Warum? Solche additiven und ausbildungsintegrierenden Studiengänge stehen nicht wirklich für einen Systemwechsel (Berufsfachschulen behalten ihre Rolle) und sind für Hochschulen mit geringerem Ressourceneinsatz zu ermöglichen. Es empfiehlt sich, bei Expertisen (z.B. WR, 2012) auf die Begründung der empfohlenen Studienform zu achten. Primärqualifikation an Hochschulen heißt nicht nur Berufsbefähigung, sondern auch Wissenschaftlichkeit. Die additiven Modelle haben ihre Stärken (Höppner, 2016a), sie haben hinsichtlich wissenschaftlicher Karrieren und Forschung jedoch auch ihre Begrenzungen. Ziele sind, das Potenzial der hochschulisch ausgebildeten Heilmittelerbringer für die gesundheitliche Versorgung (siehe SVR, 2007) zu verdeutlichen, die Anschlussfähigkeit in Wissenschaft und Entwicklung (Ewers et al., 2012) und die Attraktivität der Berufe auf dem Bildungs- und Arbeitsmarkt (Kampe, 2015) zu sichern. Die Anforderungen an Forschung und Entwicklung für die Qualitätssicherung und Optimierung von kooperativer patientenzentrierter Arbeit sind ein wesentlicher Grund hochschulischer Qualifikation (Dietsche & Höppner 2016). Durch diese Notwendigkeit (siehe jüngst das Positionspapier des Spitzenverbandes der GKV, 2016), die geringe Halbwertszeit des medizinischen Wissens und die Notwendigkeit des Transfers neuer wissenschaftlicher Grundlagen in Therapiekonzepte u.v.m. ist eine eigene Forschung der Gesundheitsberufe mit angemessener Methodik unverzichtbar. Eine hochschulische Qualifikation zielt also nicht ausschließlich auf Berufsbefähigung: Diese ist jedoch mit der geforderten Wissenschaftlichkeit im 21. Jahrhundert und konsequenter Primärqualifikation an Hochschulen eng verbunden. Aus der Erfahrung als Lehrende an Fachhochschulen in Hildesheim, Kiel und Berlin beziehe ich mich auf eigene Erkenntnisse, erste Absolventenbefragungen (z.B. an der ASH Berlin) und Recherchen zum wissenschaftlichen Nachwuchs (Höppner, 2016 b) in den Therapiewissenschaften. Anders als bei additiven Studiengängen, die auch weiterhin ihre Berechtigung für bereits Examierte haben, bedarf es nicht eines „Umlernens“ vom Level 4 (Deutscher Qualifikationsrahmen) zu Level 6, die Kollegen sind i.d.R. jünger und ihnen stehen die Chancen wissenschaftlicher Karrierechancen offen. Ihnen fehlt es an Berufserfahrung, doch sie gehen anders an Problemlösungen heran und kritisches Denken ist für sie selbstverständlicher. Der nachwachsenden Generation an Ergotherapeuten sollte auch dieser Weg jetzt geebnet werden. Zudem trüge es zur Erhöhung der Attraktivität des Berufes bei. Die „ganze Dramatik“ des Fachkräftemangels (vgl. Junge, 2016, S. 34) ist insbesondere für die Ergotherapie eine aktuell drängende Herausforderung.

Was also in 2016 für die nächsten vier Jahre entschieden wird, hat mittel- bis längerfristige Folgen für (Nicht-)Entwicklung. Leider wurden die Modelle nicht in der Form seitens des BMG begleitet, wie es notwendig gewesen wäre. Hier sehe ich aktuell den größten Handlungsbedarf: Es braucht eine Verant-

wortung, die außerhalb der Hochschulen liegt, z.B. für die Evaluation der Innovation Primärqualifikation von Therapeuten an Hochschulen. Dafür möchte ich mit dem Beitrag sensibilisieren. Wir – die Hochschulvertreter (siehe Positionspapier, 2016) fordern nicht nur die Übernahme der hochschulischen Qualifikation in die Regelgesetzgebung für Therapeuten – sondern auch die Rahmenbedingungen, die Primärqualifikation an Hochschulen braucht. Zudem sollten Berufsverbände und kooperierende Berufsfachschulen den innerberuflichen Diskurs – Aufklärung, Auseinandersetzung, Werben für Neues oder auch Aufgreifen von Ängsten und Bedenken – konsequent voranbringen. Ihre Stimmen sind wichtig, da sie für den Gesetzgeber und die Öffentlichkeit das Berufsbild repräsentieren.

Historisch betrachtet ist das „Fenster der Möglichkeiten“ jetzt offen. Die nächsten Jahre werden entscheiden, ob wir den Anschluss an internationale Entwicklungen schaffen. Wir tragen Verantwortung für das Tun – aber auch für das Lassen. So bewerte ich persönlich den politischen Willen jetzt als „Innovationsstau“. Was eine konsequente Entscheidung für die Neustrukturierung der Ergotherapeutenausbildung zur Folge hat, zeigen die Kollegen in der Schweiz und in Österreich. Vor über 10 Jahren gab es dort zwischen Hochschulen und Berufsverbänden und somit auch den Kollegen in der Praxis keinen Zweifel – es braucht einen Schulterchluss für die Vision der Primärqualifikation an Hochschulen. Die gegenwärtige Erfahrung schärft auch bei uns noch einmal das Bewusstsein dafür, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren und weiter zu sensibilisieren sowie (politisch) Verantwortliche zum Handeln zu bewegen. Wenn nicht jetzt – wann dann?

Wir tragen eine Verantwortung – für das
Tun und das Lassen

Quellenverzeichnis

→ Das Quellenverzeichnis zu diesem Beitrag finden Sie unter www.download.schulz-kirchner.de