



Health System Watch

Health Professionals der Zukunft

Monika Riedel, Thomas Czypionka*

Zusammenfassung:

Die Anforderungen an die Angehörigen der Gesundheitsberufe sind einem Wandel unterworfen, der sich in der Ausbildung widerspiegeln muss. Richtungsweisende Überlegungen hat unter anderem die Commission on the Education of Health Professionals for the 21st Century angestellt. Deren Erkenntnisse wollen wir zusammen mit ähnlichen Ansätzen kurz vorstellen und ihre Anwendbarkeit auf Österreich diskutieren. Es zeigt sich, dass einige Aspekte stark vom amerikanischen Gesundheits- und Ausbildungsmarkt geprägt sind. Gültigkeit auch für Österreich haben jedenfalls die im Report geforderte Schwerpunktsetzung der Ausbildung auf kritischen Wissenserwerb und Teamfähigkeit des Personals sowie die sachorientierte Zusammenarbeit zwischen Bildungsinstitutionen untereinander, aber auch mit Gesundheitsdienstleistern. Bei dieser Zusammenarbeit sollte man sich in Österreich jedoch nicht wie bisher fast ausschließlich auf Spitäler beschränken. Die Rolle von Akademisierung und monetären Leistungsanreizen sollte hingegen etwas differenzierter betrachtet werden als im Report dargestellt, die Aspekte der Weiterbildung und Patientenorientierung verdienen mehr Beachtung. Ergänzt werden sollte eine Ausbildungsreform durch Kapazitätsplanung; international angewandte Modelle hierzu werden ebenfalls kurz präsentiert.

Einleitung

In den „Humanressourcen“ liegt für viele Bereiche des Gesundheitswesens der Schlüssel für seine Funktionsfähigkeit. Nicht zuletzt die demographische Entwicklung bei Nachfragern wie Anbietern von Gesundheitsleistungen wird voraussichtlich in den nächsten Jahren eine scherenartige Auseinanderentwicklung bewirken, was zu einem erneuten Interesse an Kapazitätsplanungsmodellen geführt hat. So hat auch das österreichische Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der Österreichischen Ärztekammer bei der Gesundheit Österreich GmbH eine Studie zur Erhebung des Ärztebedarfs bis 2030 in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse jedoch noch nicht öffentlich vorliegen. Dies ist die quantitative Seite der Humanressourcen im Gesundheitswesen.

Eine ganze Reihe von Entwicklungen im Gesundheitswesen bedingt aber auch neue qualitative Anforderungen an die Gesundheitsberufe. Zum einen vervielfacht sich ständig das Wissen, sodass heute neue Formen des Erlernens und die Fähigkeit zur Aktualisierung von Wissen und Fähigkeiten erforderlich sind. Auch die Fähigkeiten im Umgang mit dem kranken Menschen werden auf andere Art gefordert. Chronische Erkrankungen erfordern das Integrieren von Behandlungsschritten in den Alltag, und Gesundheitsfachkräfte müssen in der Lage sein, den Patienten dabei zu unterstützen mit der Krankheit zu leben. Sie erfordern auch interdisziplinäres und teamorientiertes Arbeiten. Außerdem hat sich das Verhältnis der Menschen zu ihrer Gesundheit und ihrem Körper grundlegend geändert. Der Wille zur Selbst- und Mitbestimmung verlangt eine neue Art und Weise des Eingehens auf Patienten. Gesundheitskonsum, Verrechtlichung und Formalisierung der Abläufe, aber auch der zunehmende Bedarf an gesundheitsedukativen Leistungen müssen sich in der Ausbildung für Gesundheitsberufe widerspiegeln.

Diese Ausgabe des Health System Watch widmet sich somit zum einen den zukünftigen Entwicklungen im quantitativen Sinne und stellt Kapazitätsplanungsmodelle vor, zum anderen aber auch den qualitativen Anforderungen an die Health Professionals der Zukunft und der Frage, wie das Bildungswesen darauf reagieren muss.

* Alle: Institut für Höhere Studien

Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at

Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>

Bemerkung: Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht.

Zusammenfassung

Einleitung





Die Planung von Humanressourcen – Theorie und internationale Anwendung

Die wissenschaftliche Literatur zur Beschäftigung im Gesundheitswesen lässt sich in drei Phasen gliedern, die in etwa auch drei Themenschwerpunkten entsprechen:¹ Die Personalplanung machte den Schwerpunkt in den akademischen Veröffentlichungen der 1960er und 1970er Jahre aus, das ökonomische Handeln der Beschäftigten interessierte besonders in den 1980er und 1990er Jahren, und seither ist das Humankapital als notwendige Ressource in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Diese letzte Schwerpunktsetzung steht in Zusammenhang mit erneut stärker spürbaren Engpässen am Arbeitsmarkt der Gesundheitsberufe. Während diese Engpässe in reichen Ländern aber (noch) auf geographisch begrenzte Regionen beschränkt sind, leiden Entwicklungsländer unter Versorgungslücken mit weit dramatischeren Ausmaßen, die im Zusammenhang mit den Millennium Development Goals wieder mehr Aufmerksamkeit erhalten. Gesundheitsberufe bzw. -beschäftigte werden wieder als notwendige Ressource zur Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung untersucht, und entsprechend sind auch Maßnahmen zur Erhöhung des verfügbaren Angebots von größtem Interesse. Die Überblicksarbeit von Bärninghausen und Bloom thematisiert jedoch Maßnahmen zur Erhöhung des Angebots in Industrieländern lediglich für unterversorgte Gebiete und noch nicht im Zusammenhang mit den demographischen Verschiebungen.

Im Zuge des Interesses an der knappen Ressource Gesundheitspersonal haben auch Modellrechnungen über ihre zukünftige Verfügbarkeit wieder etwas mehr Konjunktur. Bestehende Prognosen oder Schätzungen für zukünftige Humanressourcen im Gesundheitswesen wenden allerdings oft noch die gleichen Modelle an, die bereits in den 1970er Jahren entwickelt wurden. Bezüglich der Abgrenzung, auf welche Art von Personal im Gesundheitswesen sich die Schätzungen beziehen, bestehen große Unterschiede: Manche Arbeiten betrachten sehr konkrete, eng gefasste Segmente der gesundheitlichen Versorgung (z. B. Psychiaterangebot in Australien bis 2025² oder Langzeitpflegekräfte in ausgewählten europäischen Ländern³), andere Schätzungen für einzelne Berufsgruppen (meist Ärzte⁴ oder Krankenpflegepersonal⁵).

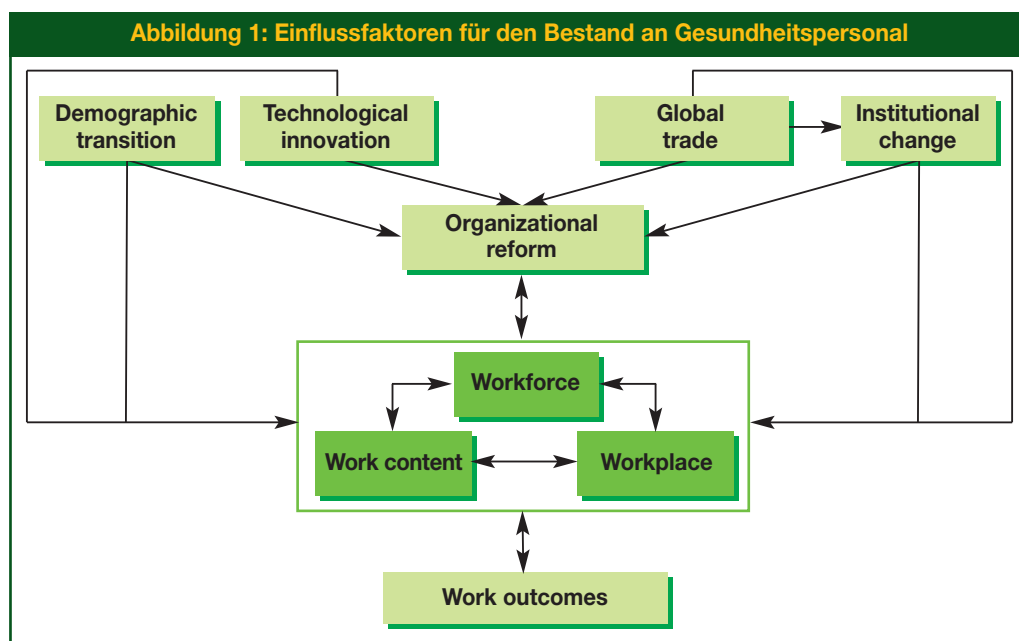
Je nachdem, wie Zukunft betrachtet bzw. methodisch behandelt wird, lassen sich Prognosen, Szenarienschätzungen und normative Ansätze identifizieren:⁶

- Prognosen liefern auf Basis der Extrapolation von ausgesuchten Daten aus der Vergangenheit, verknüpft mit quantifizierten derzeitigen und künftigen Trends, ein numerisch eindeutiges Ergebnis bei deterministischen und ein Ergebnisintervall bei stochastischen Modellierungen.
- Szenarienschätzungen verbreitern die Annahmen über Veränderungen der Variablen. Mehrere Entwicklungen von Variablen in der Zukunft können plausibel erscheinen, ohne dass aus heutiger Sicht die Richtung vorhersehbar ist. Eine Möglichkeit, dies in der Modellierung des zukünftigen Gesundheitspersonals zu berücksichtigen, ist die Formulierung von günstigen (optimistischen), ungünstigen (pessimistischen) und wahrscheinlichen Szenarien, wodurch eine größere Bandbreite (möglicher) zukünftiger Realitäten abgebildet wird.
- Normative Ansätze versuchen zukünftige Ziele im Vorhinein zu definieren und Wege und Lösungen aufzuzeigen, wie diese erreicht werden können. Diese gestalterische Perspektive auf die Zukunft kann etwa durch Benchmarking und die Orientierung an Best-Practice-Modellen erfolgen.

1 Bärninghausen, T., Bloom D. E., The global health workforce, In: Glied, S., Smith, P., The Oxford Handbook of Health Economics, S. 486–519, 2011.
2 Fletcher, S. L., Schofield, D. J., The impact of generational change and retirement on psychiatry to 2025. BMC Health Services Research 7 (Art. 141), 2007
3 Geerts, J., The Long-Term Care Workforce: Description and Perspectives. ENEPRI Research Report No. 93, 2011.
4 Cooper, R. A., Getzen, T. E., McKee, H., Laud, P., Economic And Demographic Trends Signal An Impending Physician Shortage. Health Affairs, 21 (1), S. 140–154, 2002; Dill, M. J., Salsberg, E. S., The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections through 2025. Association of American Medical Colleges, Center for Workforce Studies, Washington, 2008.
5 Spetz, J., Forecasts of the Registered Nurse Workforce in California. Conducted for the California Board of Registered Nursing, University of California – San Francisco, September 29, 2009.
6 Dubois, C. A., McKnee, M., Nolte, E., Analysing trends, opportunities and challenges. In: Dubois, C. A., McKnee, M., Nolte, E. (Hrsg.): Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policy. Open University Press, Berkshire (England), S. 15–40, 2006.



Es spricht einiges für einen pluralistischen Zugang zur Untersuchung künftiger Gesundheitspersonalentwicklungen, der die Stärken der verschiedenen Perspektiven und Methoden nutzt.⁷ Das bei Dubois et al. vorgestellte Rahmenkonzept (vgl. Abbildung 1) inkludiert, ähnlich dem Lancet-Report, gesellschaftliche Makroprozesse, die Einfluss auf die Gesundheitsinstitutionen nehmen und diese verändern. Sich ändernde Anforderungen an das Gesundheitswesen aufgrund der Alterung der Bevölkerung spielen ebenso eine Rolle wie die demographische Entwicklung des Gesundheitspersonals selbst. Das steigende Durchschnittsalter von Krankenschwestern und Ärzten sowie der steigende Frauenanteil in der Ärzteschaft stellen die europäischen Gesundheitssysteme vor enorme Veränderungen. Auch die von technologischen Entwicklungen ausgehenden Impulse sind zu thematisieren. Nicht nur die Ausbildung des Gesundheitspersonals, sondern auch die Formen der Leistungserbringung durch das Gesundheitspersonal dürften sich durch eine weitere Technologisierung des Gesundheitssektors stark wandeln, beispielsweise weitet sich der Arbeitsumfang durch stetig steigende Dokumentationspflichten immer weiter aus. Die Globalisierung betrifft die Arbeitsmärkte auch im Gesundheitsbereich. Internationale Lohnunterschiede wirken von je her als Anreiz für Migrationsbewegungen. Die Migration von Fachkräften wird erleichtert, wenn Ausbildungsabschlüsse harmonisiert und vermehrt anerkannt werden. Institutioneller Wandel ist eine weitere als wichtig erachtete Variable. Strukturentwicklungen im Gesundheitssektor wie beispielsweise Dezentralisierung oder Privatisierung könnten Einfluss auf Angebot und Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen haben.



Quelle: Dubois et al. (2006)

Ein typisches Modell zur Abschätzung des zukünftigen Angebots

Der Kontext für Schätzungen des zukünftigen Angebots liegt klarerweise zumeist im Wunsch, spätere Versorgungslücken oder Überangebote abschätzen und ihnen entgegensteuern zu können. Dementsprechend werden Angebotsschätzungen oft parallel zu Abschätzungen des zukünftigen Behandlungsbedarfes durchgeführt, verwenden aber sehr unterschiedlich aufgebaute Modelltypen. Abschätzungen des zukünftigen Angebots an – beispielsweise – Ärzten basieren häufig auf einem Stock-and-Flow-Modell. Joyce et al. (2006) stellen ein typisches Beispiel dieses Ansatzes dar.⁸ Ihr

Ein typisches
Modell zur
Abschätzung des
zukünftigen
Angebots

⁷ Dubois, op. cit.

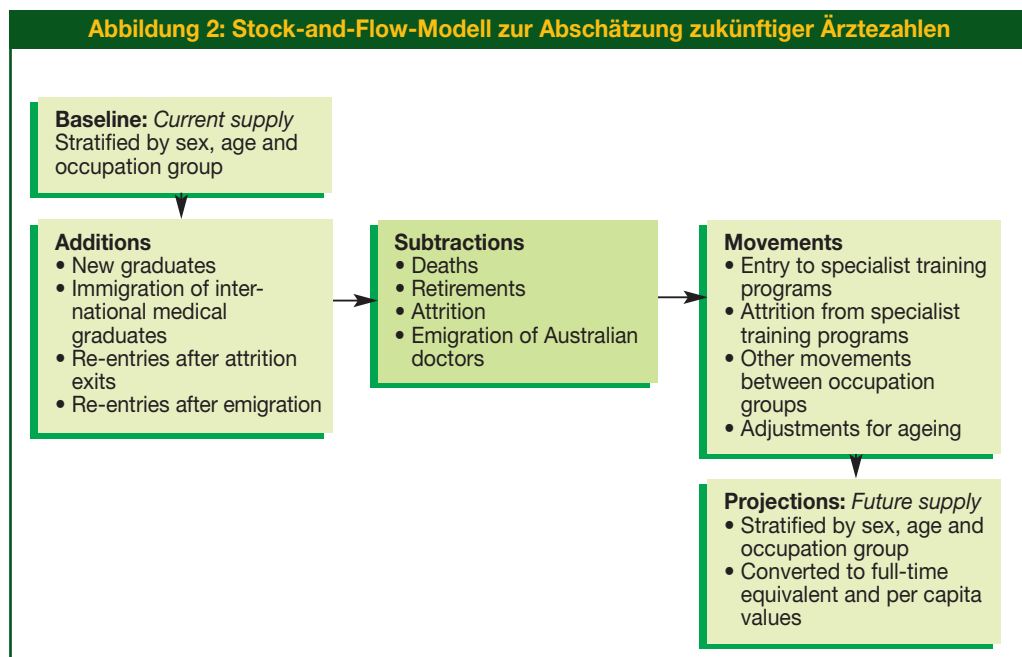
⁸ Joyce, C. M., McNeill, J. J., Stoelwinder, J. U., More doctors, but not enough: Australian medical workforce supply 2001-2012. MJA 184 (9), S. 441-446, 2006.



stochastisches Stock-and-Flow-Modell simuliert das australische Angebot an Ärzten bis zum Jahre 2012. Abbildung 2 zeigt das Modellgerüst und die verwendeten Variablen der Simulation. Der zukünftige Bestand an Ärzten im Jahr t ergibt sich in dieser Modellart aus dem Bestand an Ärzten im Jahr $t-1$ plus dem Zufluss an Ärzten im Jahr t minus dem Abfluss während Jahr t . Für die rechnerische Umsetzung des Modells sind Informationen über die Altersstruktur des Ärztebestandes, aber auch der Zu- und Abflüsse an Ärzten vonnöten, um die Verbleibsdauer der Ärzte in beruflicher Aktivität modellieren zu können. Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Verweildauer im Beruf, durchschnittlichen Wochenarbeitszeiten oder Durchschnittsproduktivitäten – was in etlichen Arbeitsbereichen durchaus realistische Annahmen sind –, so muss die Modellierung auch hierauf Rücksicht nehmen (Arbeitsproduktivität wird in diesem Zusammenhang entweder als patientenzentrierte Arbeitszeit⁹ oder als Verhältnis von Vollzeitäquivalenten zu Patientenfällen gemessen). Die Berücksichtigung der Produktivität und die Messung des ärztlichen Angebots nicht in Kopfzahlen, sondern in Vollzeitäquivalenten sind vor allem dann wichtig, wenn der Umfang an ärztlicher Versorgung einem geschätzten Ärztebedarf gegenübergestellt werden soll.

Die Modellierung der Zugänge umfasst neben der Hauptgruppe, nämlich Absolventen einer Erstausbildung, auch Zugänge über Berufswechsel, Immigration und Rückkehrer nach längeren Auslandsaufenthalten oder Berufsunterbrechungen inkl. Weiterbildungen. Die wichtigste Gruppe der Abflüsse ist jene in Richtung Ruhestand, aber auch Todesfälle, Emigration, Berufsunterbrechungen (Familie, Weiterbildung) und -wechsel sollten im Idealfall berücksichtigt werden.

Abbildung 2: Stock-and-Flow-Modell zur Abschätzung zukünftiger Ärztezahlen



Quelle: Joyce et al. (2006)

Ausgefeilte Modelle nehmen in ihrer Planung der zukünftigen Kapazitäten damit bereits Rücksicht auf abschätzbare Änderungen in den Rahmenbedingungen, wie beispielsweise eben auf geschlechts- oder altersabhängige Arbeitszeiten. Viele Änderungen im Berufsalltag können jedoch kaum in Angebotsmodelle übersetzt werden und äußern sich eher auf der Seite einer geänderten Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften. Beispielsweise könnte sich in einem Szenario „verstärkter Einsatz von Kommunikationstechnologie im Bereich mobiler Pflege“ eine geringere Nachfrage nach mobilen Pflegekräften ergeben als im Basisszenario (aufgrund geringerer Wegzeiten). Diese Pflegekräfte würden aber voraussichtlich andere Anforderungen an Aus- oder Weiterbildungen im Pflegewesen stellen. Den sich wandelnden Anforderungen an die Ausbildung für Gesundheitsberufe widmen sich die folgenden Abschnitte dieser Ausgabe des Health System Watch.





Der Lancet-Report¹⁰

Der hier besprochene Bericht zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten wurde von der Commission on the Education of Health Professionals for the 21st Century erarbeitet, einem unabhängigen Gremium unter der Führung von 20 Experten unterschiedlicher Fachrichtungen, das im Januar 2010 berufen wurde, um die Entwicklung der Gesundheitssysteme weltweit zu fördern.¹¹ Ziel der Kommission war die Erarbeitung einer Vision, wie die Ausbildung für die Gesundheitsberufe umgestaltet werden muss, um den Herausforderungen für das Gesundheitswesen im 21. Jahrhundert gerecht zu werden. Die Vision sollte arme wie reiche Länder berücksichtigen und zu praktischen und spezifischen Handlungsempfehlungen führen. Die Kommission konzentrierte die Erarbeitung ihrer Empfehlungen auf die beiden Bereiche institutionelle Reformen und Neuausrichtungen der Bildungsstrategien.

Analyserahmen

Die Kommission definierte ihren Untersuchungsgegenstand als Ausbildung von Gesundheitsfachkräften auf der Tertiärstufe (Universitäten, Hochschulen), die zu einem formalen akademischen Grad führt. Die Betrachtung richtet sich hauptsächlich auf die Bereiche Medizin, Pflege inkl. Hebammenwesen und öffentliche Gesundheit. Aufgrund der Schlüsselfunktion, die gerade diese höher ausgebildeten Fachkräfte für das gesamte Gesundheitswesen und natürlich die dazugehörigen Ausbildungssysteme haben, leitet die Kommission daraus Analysen und Empfehlungen ab, die sie als für alle Gesundheitsberufe gültig ansieht.

Allerdings stellt die Kommission die derzeit bestehende (und national durchaus divergierende) Abgrenzung zwischen den Berufen in Frage: Die gegenwärtige Arbeitsteilung ist auf komplexe historische Prozesse hinsichtlich wissenschaftlichen Fortschritts, technischer Entwicklungen, Wirtschaftsbeziehungen, politischer Interessen und kultureller Werte und Überzeugungen zurückzuführen. Auch berufsgruppenspezifische Interessen haben die nationalen Abgrenzungen zwischen Berufen maßgeblich mitgestaltet. Die Arbeitsteilung zwischen Gesundheitsberufen und ihre Verschiebungen über die Zeit werden stärker durch derartige und andere soziale Kräfte definiert als durch irgendein immanentes Merkmal gesundheitsbezogener Tätigkeiten.

Die Lancet-Kommission sieht eine grundlegende Verbindung zwischen der berufsqualifizierenden Ausbildung einerseits und den Verhältnissen im Gesundheitswesen andererseits, da die Gesundheitsberufe jedenfalls von den zuvor durchlaufenen Bildungsprozessen, dem Wissen, den Werten und Fertigkeiten abhängen, die in der Ausbildung vermittelt werden. Die Kommission geht in ihrem Verständnis der Interaktionen zwischen dem Bildungs- und dem Gesundheitssystem daher von einem strukturellen Rahmen wie in Abbildung 3 aus.

Dieses Modell sieht die Bevölkerung als Fundament und treibende Kraft beider Systeme an, Gesundheits- wie Bildungssystem. In beiden Bereichen entwickeln die Menschen Bedürfnisse, die sich in weiterer Folge als Nachfrage nach Bildungs- und Gesundheitsleistungen artikulieren (können). Die Aufgabe der Bildungssysteme ist es, für qualifizierte Nachwuchskräfte zu sorgen, um den Personalbedarf im Gesundheitswesen zu decken. Gleichzeitig mit ihrer Rolle als Leistungsempfänger von diesen Systemen gestalten die Menschen als Koproduzenten auch ihre (Aus-)Bildung und Gesundheit aktiv mit.

Dieses Modell stellt Gesundheits- und Bildungssektor in eine gegenseitige Abhängigkeit. Das Gleich-

Der Lancet-Report

Analyserahmen

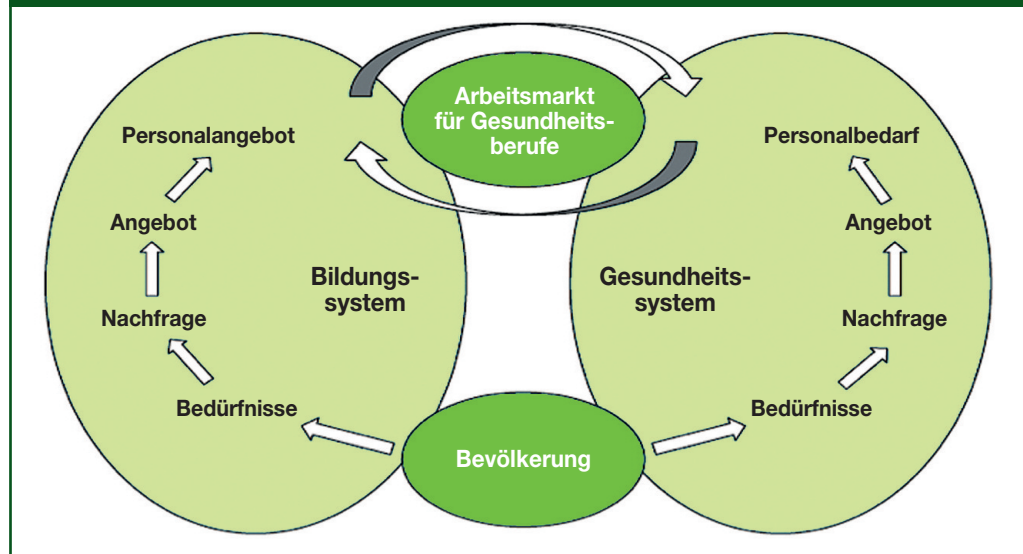
10 Der Lancet-Report liegt sowohl im englischsprachigen Original (Frenk, J., Chen, L., Bhutta, A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., Zurayk, H., Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, published online November 29, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61854-5) als auch in deutscher Übersetzung vor (siehe: http://www.stiftung-careum.ch/web/guest/-/akt_fokus_lancet). Obwohl sich der Report explizit mit Reformnotwendigkeiten in den Ausbildungssystemen sowohl reicher als auch armer Länder beschäftigt, beschränken wir uns in diesem Aufsatz jedoch nicht zuletzt aus Platzgründen auf Befunde und Argumentationen, die wir für Österreich als relevant ansehen.

11 <http://www.healthprofessionals21.org>. Sponsoren der Initiative sind die Bill & Melinda Gates Foundation, die Rockefeller Foundation und die Chinesische Ärztevereinigung. Die Beurteilung, inwieweit die Einbindung der Gates Foundation in Zusammenhang mit dem Befund über Art und große Rolle der IT in der zukünftigen Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte steht, bleibt den Lesern selbst überlassen.





Abbildung 3: Strukturelles Analysemodell des Lancet-Reports



Quelle: Lancet-Report

gewicht beider Systeme ist entscheidend für Effizienz, Effektivität und Gerechtigkeit und hängt wesentlich von zwei Punkten ab: Der erste ist der Arbeitsmarkt, der das mehr oder weniger ausgewogene Verhältnis von Angebot und Nachfrage bei Gesundheitsfachleuten bestimmt. Der zweite betrifft die Frage, inwieweit die Bevölkerung ihre Bedürfnisse in den Bereichen Gesundheit und Bildung effektiv in eine Nachfrage nach entsprechenden Leistungen umsetzen kann. Im Idealfall besteht ein Gleichgewicht zwischen den Bedürfnissen der Bevölkerung, dem davon abgeleiteten Bedarf des Gesundheitssystems an Fachkräften und dem Berufsnachwuchs, der aus dem Bildungssystem strömt. Im Modell bestimmen die Bildungsinstitutionen selbst die Zahl der Auszubildenden und schlussendlich jene der Absolventen der einzelnen Berufe. Idealerweise tun sie das als Reaktion auf die von den Gesundheitseinrichtungen kommenden Signale, die wiederum auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abstellen sollten.¹² In der Realität funktioniert diese Abstimmung jedoch (nicht nur im Bereich der Gesundheitsberufe) oft nur mangelhaft, und es entstehen Ungleichgewichte wie Unterversorgung mit medizinischen oder pflegerischen Leistungen oder Arbeitslosigkeit. Auch quantitative (geringere als Vollzeitbeschäftigung) oder qualitative (suboptimaler Einsatz von Kompetenzen) Unterbeschäftigung kann davon resultieren. Um solche Ungleichgewichte zu vermeiden, sollte das Bildungssystem auf Anforderungen des Gesundheitssystems reagieren, und zwar durchaus auch auf proaktive Weise, indem die Bildungseinrichtungen Veränderungen im Gesundheitssystem mittragen, fördern oder initiieren. Aufgrund ihrer Forschungstätigkeit und Vorbildfunktion sind Hochschulen in der Lage, Mängel im Gesundheitssystem zu erkennen und mögliche Lösungen zu erarbeiten. Werden ihren Absolventen diese Lösungsstrategien bereits in der Ausbildung vermittelt, bildet dies die Grundlage, um im Rahmen ihrer späteren Tätigkeit diese Veränderungen zu fördern und mitzugestalten.

Das Bildungssystem für Gesundheitsfachleute kann als Teilbereich beider Systeme angesehen werden, Bildungs- und Gesundheitssystem. Aufgrund seiner Position an der Schnittstelle zweier so wesentlicher sozialer Systeme verfügt es über eine eigene Dynamik, ungeachtet dessen, ob es im Zuständigkeitsbereich von Gesundheits- oder Bildungsministerium liegt. Beides kommt in verschiedenen Ländern vor, erfolgt die Ausbildung künftiger Gesundheitsfachleute doch zumindest zum Teil im realen Berufsumfeld.

Noch nicht in der graphischen Darstellung des Analysemodells verankert sind eine Reihe von Faktoren, die für praktische Handlungsempfehlungen jedenfalls mitbedacht werden müssen. So sollte man sich angesichts der Verbindung zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem auch mit den Modellen

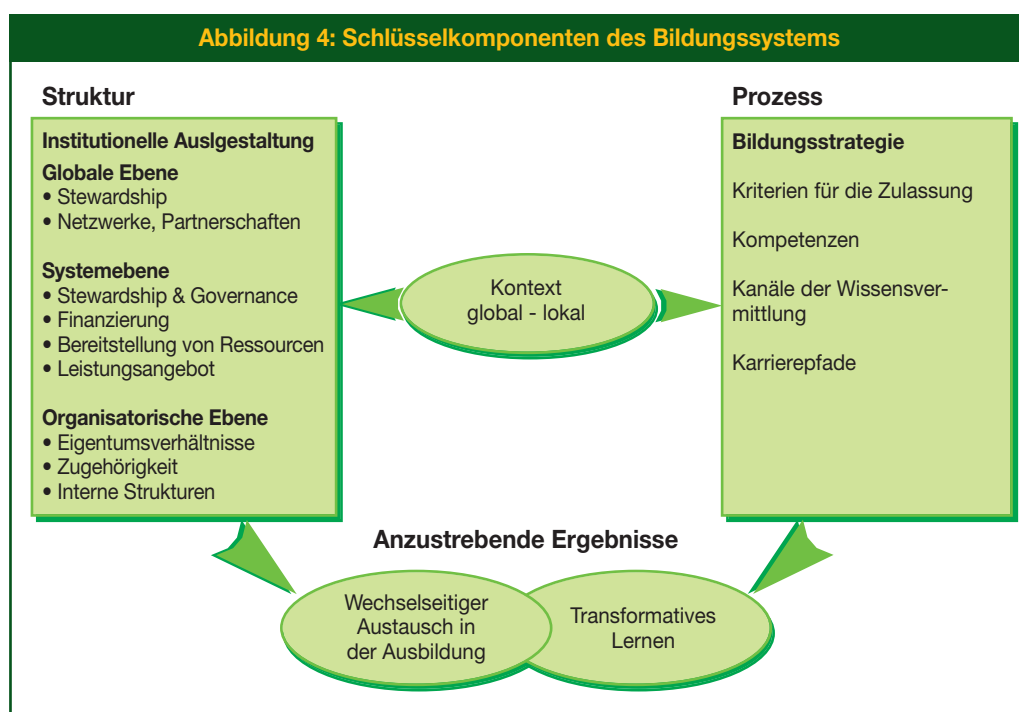
¹² Die Diskrepanzen zwischen diesem Modell und der österreichischen Realität diskutiert ein eigener Abschnitt im Anschluss an die Zusammenfassung des Lancet-Reports.



der Berufsausübung beschäftigen, die die Kompetenzverteilung und den Umfang der Aufgabenver-schiebung zwischen Berufen bestimmen. Zudem gibt es eine starke (insbesondere standes-)politi-sche Dimension, da das Gesundheitspersonal nicht isoliert, sondern in der Regel im Rahmen von Interessengruppen agiert. Überdies nehmen Regierungen häufig Einfluss auf das Angebot von Ge-sundheitsfachleuten, reagieren allerdings eher auf die politische Situation als auf den tatsächlichen Bedarf des Marktes oder die epidemiologische Realität. Und schließlich finden Gesundheitsfachleu-te nicht nur einen nationalen, sondern auch einen weltweiten Arbeitsmarkt vor. Bei Gesundheits-fachleuten mit international anerkannten Qualifikationen ist grenzüberschreitende Mobilität ein wach-sendes Phänomen.

Der Lancet-Report konzentriert sich auf den Teilbereich des Ausbildungssystems für Gesundheits-berufe und identifiziert hierfür drei Schlüsseldimensionen, nämlich die institutionelle Verankerung (Struktur und Funktionen des Bildungssystems), die Ausgestaltung der Lehre (Prozesse) und Bil-dungsergebnisse (siehe Abbildung 4). Damit wird eine Gliederung herangezogen, die sich auch in an-derem Zusammenhang (Qualität) bereits bewährt hat.

Die Strukturdimension gliedert sich in drei Bereiche. Die Systemebene kann nach derselben Logik analysiert werden, wie sie im Jahre 2000 die WHO zur Analyse der Performance der Gesundheits-systeme eingeführt hat, und wird hier aus Platzgründen nicht diskutiert.¹³ Auf organisatorischer Ebe-ne können die einzelnen Organisationen hinsichtlich Kriterien wie den Eigentumsverhältnissen (staat-lich, privat-gemeinnützig oder privat-gewinnorientiert), der Zugehörigkeit (selbständig, Teil einer Hochschule oder einer anderen Organisation) oder der inneren Struktur analysiert werden. Der Be-griff der Institutionen ist im Vergleich zu früheren Analysen heute offener zu verstehen; Institutionen sind heute nicht mehr notwendigerweise Einzelorganisationen, sondern können auch Teil eines Ver-bundes von Organisationen sein, die die Bildungsaufgabe gemeinsam wahrnehmen. Neue Informa-tions- und Kommunikationstechnologien eröffnen hier neue Organisationsstrukturen, einschließlich der Zusammenarbeit und gemeinsamen Ressourcennutzung von quer über den Globus verstreuten Partnern.



Quelle: leicht adaptiert nach Lancet-Report

¹³ Murray, C., Frenk, J., A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Bull World Health Organ 2000, 78: 717–31. Eine deutschsprachige Vorstellung dieses Konzepts findet sich u. a. in Hofmarcher, M., Riedel, M., Strobl, J., Schwerpunktthema: Qualität im Medizinbetrieb und im Gesundheitswesen, Health System Watch IV/2000.



Transformatives Lernen

Der Bildungsprozess und damit die Ausrichtung der Bildungsstrategie umfasst die sogenannten vier K:

- 1. Zulassungskriterien** zur Ausbildung, wozu Leistungsnachweise und Bildungsqualifikationen, aber mitunter auch besondere Merkmale wie soziale oder ethnische Herkunft, Geschlecht, Rasse und Nationalität zählen,
- 2. Kompetenzen** entsprechend den bei der Curriculumerstellung erarbeiteten Definitionen,
- 3. Kanäle** der Wissensvermittlung, worunter didaktische Methoden, Unterrichtstechniken und Kommunikationsmedien zusammengefasst werden, und
- 4. Karrierepfade**, die den Absolventen nach Abschluss ihrer Ausbildung offenstehen.

Unterschiedlich gestaltete Institutionen und Bildungsstrategien ergeben unterschiedliche Ausbildungsergebnisse. Die klare und eindeutige Beschreibung der gewünschten Ergebnisse ist ein wesentliches Element der Leistungsbewertung eines jeden Systems. Die Lancet-Kommission formulierte mit transformativem Lernen und wechselseitigem Austausch in der Ausbildung zwei Zielvorgaben, die als sehr bedeutsam für die zukünftige Bildungslandschaft angesehen werden. Transformatives Lernen ist hierbei das angestrebte Ergebnis von Verbesserungen in der Bildungsstrategie, während sich wechselseitiger Austausch in der Ausbildung aus institutionellen Reformen ergeben sollte.

Transformatives Lernen

Im Report wird unter transformativem Lernen die höchste von drei aufeinander aufbauenden Stufen des Lernprozesses verstanden, nämlich informativem, formativem und eben transformativem Lernen. Informatives Lernen ist die Aneignung von Wissen und Fertigkeiten und dient dem Erreichen von fachlicher, professionsspezifischer Expertise. Formatives Lernen schließt bereits die Sozialisierung der Lernenden bezüglich bestimmter Werte ein und kann in dieser Hinsicht verantwortlich handelnde Professionsangehörige hervorbringen. Transformatives Lernen schließlich ermöglicht die Entwicklung von Führungseigenschaften und sollte zu aufgeklärten und veränderungswilligen Akteuren führen. Transformatives Lernen hebt drei Ergebnisbereiche der Ausbildung auf eine höhere Ebene: Statt Faktenwissen zu vermitteln, wird auf kritische Meinungsbildung abgezielt, was voraussetzt, Informationen zu recherchieren, zu analysieren, zu bewerten und zu synthetisieren, um so eine Entscheidungsgrundlage zu schaffen. Weiters wird der Erwerb fachlicher Qualifikationen durch die Aneignung von Kernkompetenzen ersetzt. Damit wird mehr Wert auf das Erlernen von kontextspezifischen und praxisorientierten Problemlösungsstrategien gelegt, die auch besser auf die Vielschichtigkeit des Berufsalltags vorbereiten. Schlussendlich soll die Verschiebung von der unkritischen Übernahme von Bildungsmodellen hin zur kreativen Anpassung der Ressourcen zur Lösung vorrangiger Probleme erreicht werden.

Zu hinterfragen ist, ob diese Forderung des Lancet-Reports, wenn auf breiter Ebene umgesetzt, nicht etwas über das Ziel hinausschießt: Eine Ausbildung, die eine kritische, selbstreflektierte Anpassungsfähigkeit an neue Situationen vermittelt, ist ohne Zweifel zu begrüßen. Die Forderung, dass alle z. B. diplomierten Pflegekräfte Führungseigenschaften vermittelt bekommen und dann auch wahrnehmen sollen und wollen, führt jedoch zur Frage, wen oder was alle diese Führungskräfte dann führen. Selbst wenn in einem zukünftigen, stärker ausdifferenzierten System von Gesundheitsberufen dann z. B. Pflege öfter in Teams bzw. in größeren Teams geleistet wird, ergibt sich die sinnvolle Zahl der Führungskräfte nicht automatisch aus den Mitgliedern der hier besprochenen Berufsgruppen, da den Teams dann ja oft auch mehrere solcher Führungspersönlichkeiten angehören würden.

Wechselseitiger Austausch

Gegenseitige Abhängigkeit und wechselseitiger Austausch zeigen, dass in Systemen verschiedene Komponenten interagieren, ohne dass diese gleichwertig sein müssen. Wechselseitiger Austausch schlägt sich auf drei Ebenen nieder: der Umorientierung von isolierten zu harmonisierten Bildungs- und Gesundheitssystemen, von Einzelinstitutionen zu Netzwerken, Partnerschaften und Interessensverbänden und von der institutionellen Selbstgenügsamkeit hin zum globalen Austausch von Bildungsinhalten, Lehrmitteln und Innovationen.

Wechselseitiger Austausch





Drei Bildungsreformen für Gesundheitsberufe

Der Lancet-Report identifiziert drei Generationen von Bildungsreformen im Bereich der Gesundheitsberufe: Die erste Reformgeneration entstand zu Beginn des 20. Jahrhunderts und setzte auf naturwissenschaftlich ausgerichtete Studienpläne. Wichtige Studien, die für den medizinischen, den pflegerischen und den Public-Health-Bereich vor allem in und für die USA erstellt wurden, hatten auch maßgeblichen Einfluss auf die Ausbildungsgänge in anderen Ländern (Flexner-Report, Goldmark-Bericht, Welch-Rose-Bericht¹⁴). Flexner ersetzte das Lehrlingsmodell der medizinischen Ausbildung durch das akademische Modell; sein Bericht gilt auch als Grundlage für die Einführung medizinischer Hochschulen und für die Gliederung der medizinischen Ausbildung in eine universitäre Grundausbildung in biomedizinischen Wissenschaften und eine klinische Ausbildung an Universitätskliniken oder Lehrkrankenhäusern. Der Welch-Rose-Bericht stellte zwei unterschiedliche Modelle für die Ausbildung in Public Health vor, wovon das angelsächsisch geprägte Modell stärker praxisorientiert und das an deutschen Hygieneinstituten orientierte Modell stärker forschungs- und hochschulorientiert ist. Der Goldmark-Bericht schließlich verankerte etwas später auch die Pflegeausbildung in den USA im Hochschulbereich.

Etwa um die Mitte des vorigen Jahrhunderts wurden im Zuge einer zweiten Reformgeneration neuartige, problemorientierte Lehr- und Lernmethoden und interdisziplinäre Curricula eingeführt sowie die Praxisorientierung verstärkt. Diese Entwicklung ging vom englischen Sprachraum und parallel von mehreren Zentren aus, wie McMaster University (Kanada), Newcastle (UK) und Case Western Reserve (USA). Diese neuen Unterrichtsformen wurden freilich nicht flächendeckend eingeführt bzw. erfassten bei weitem nicht alle relevanten Bildungsinstitutionen: Auch in Österreich herrschten in weiten Bereichen weit länger – und herrschen zum Teil auch heute noch – die naturwissenschaftliche Ausrichtung und herkömmliche Unterrichtsformen vor.

In den letzten Jahren wurde eine Reihe von weiteren Berichten veröffentlicht, deren Ergebnisse und Empfehlungen sich zu einer dritten, erst zur Verwirklichung anstehenden Reformgeneration verdichten.¹⁵ Patienten- und Populationszentriertheit, ein kompetenzorientiertes Curriculum, berufsübergreifende und teamorientierte Ausbildung, IT-unterstütztes Lernen sowie strategische und verwaltungstechnische Führungskompetenzen stehen nun im Mittelpunkt und werden als wesentliche Merkmale der zukünftig notwendigen Ausbildung angesehen. Diese übergreifenden Berichte konzentrieren sich in der Regel auf die Ausbildung von einfachem Gesundheitspersonal, schenken also den Gesundheitsfachleuten weniger Aufmerksamkeit. Gleichzeitig lenken alle diese Berichte die Aufmerksamkeit auf die globale Knappheit an Fachkräften im Gesundheitsbereich sowie die bestehenden Fehlverteilungsprobleme. Arbeitsteilung und Aufgabenübertragung vom höher zum niedriger qualifizierten Personal rücken nicht zuletzt wegen der kostspieligen Ausbildung der Fachleute in den Fokus. Alle Berichte sprechen sich für erhöhte Investitionen, gemeinsame Ressourcennutzung und Partnerschaften innerhalb von Ländern und über nationale Grenzen hinweg aus.

In eine ähnliche Richtung stoßen Berichte vor, die sich einzelnen Berufsgruppen bzw. deren Ausbildungssystemen widmen. Ein Bericht der Carnegie Foundation über die **Pflegeausbildung** in den USA¹⁶ findet nach wie vor Defizite, etwa bei der wissenschaftlichen Ausbildung, der Zusammenführung theoretischer und klinischer Ausbildung, aber auch der Vorbereitung auf den späteren alltäglichen Umgang mit bürokratischen, ethischen und zwischenmenschlichen Anforderungen. Aktuell sind Personen, die in die Aus- und Weiterbildung eingebunden sind, oft nicht optimal auf diese Rolle vorbereitet und rutschen zunehmend – aufgrund von Personalengpässen oft nahezu unvermeidlich – unge-

Drei Bildungsreformen für Gesundheitsberufe

14 Flexner, A., Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910; Welch, W. H., Rose, W.; Institute of Hygiene: a report to the General Education Board of Rockefeller Foundation. New York: The Rockefeller Foundation, 1915. The Committee for the Study of Nursing Education. Nursing and nursing education in the United States. New York: The Rockefeller Foundation, 1923.

15 Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge: Harvard University Press, 2004; WHO, The world health report: working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006. Global Health Workforce Alliance. Scaling up, saving lives. Geneva: World Health Organization, 2008.

16 Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L., Educating Nurses: A Call for Radical Transformation. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 2010.





Akademische Ausbildungs- einrichtungen



plant in die Rolle des Ausbildners hinein. Weiters hebt der Bericht die gestiegenen und weiter steigenden Anforderungen für die Ausbilder hervor, unter anderem durch die altersbedingt anstehende Pensionierungswelle bei Lehrkräften. Der Bericht fordert die Weiterbildung und Unterstützung des Lehrpersonals, z. B. in neuen klinischen Erkenntnissen, als Coach, als Lehrer in effizienter Gesprächsführung. Als eine Antwort auf die absehbare Ausbilderknappheit fordert der Bericht beispielsweise, dass Master- und Doktoratsprogramme verpflichtend auch auf diese Rolle vorbereiten sollen. Der Carnegie-Bericht problematisiert aber auch die unzureichende finanzielle Attraktivität der (Vollzeit-)Lehrtätigkeit im Vergleich zu den Verdienstmöglichkeiten bei Verbleib im angestammten Tätigkeitsbereich.

Ein britischer Bericht erarbeitete die notwendigen Kernkompetenzen, Fähigkeiten und Assistenzsysteme für die Pflege und empfahl dem britischen nationalen Gesundheitsdienst, die Pflege in die Planung, Entwicklung und Umsetzung der landesweiten Gesundheitsleistungen einzubinden.¹⁷

Mehrere umfassende Berichte widmen sich der **ärztlichen Ausbildung**.¹⁸ Auch hier wird mangelhafte Vorbereitung auf die kommenden Herausforderungen konstatiert, die sich aus alternder und multiethnischer Bevölkerung, chronischen Krankheiten, geänderten Erwartungen und Nachfrageverhalten ergeben (werden). Die Berichte fordern den Erwerb von Kernkompetenzen, die über die Beherrschung von Wissen und Fakten hinausgehen. Die Schlagworte sind bekannt: patientenzentrierte Versorgung, Arbeit in interdisziplinären Teams, evidenzbasierte Praxis, kontinuierliche Qualitätsverbesserung, verstärkte Berücksichtigung von Public-Health-Erkenntnissen, mehr Kompetenzen in Politik, Recht und Management. Die Möglichkeiten neuer Informationstechnologien ändern nicht nur Verhalten und Erwartungen vieler Patienten, sondern ermöglichen auch andere Formen effizienter Behandlung, Ausbildung und Forschung. Das Studium sollte Absolventen auf lebenslanges Lernen vorbereiten, stärker ergebnisorientiert sein, und es sollten neue Bewertungsformen erwogen werden. Die Fähigkeit, Wissen und Erfahrungen zu integrieren, soll ebenso gefördert werden, wie eine flexible, individuelle Anpassung des Lernprozesses unter Berücksichtigung der von Studierenden frei gewählten Komponenten und eine Kultur des kritischen Hinterfragens.

Nach den Recherchen des Lancet-Reports findet man in den meisten Ländern und Institutionen eine Kombination der drei genannten Reformen vor. In manchen Ländern verharren Bildungsinstitutionen in der ersten Generation, halten sich an traditionelle Lehrmethoden und waren bzw. sind unfähig oder nicht willens, sich und ihre Lehrpläne zu verändern. In keinem Land scheinen sämtliche Bildungsinstitutionen die Reformen der dritten Generation bereits vollständig übernommen zu haben. Der Lancet-Report findet nur einige wenige Länder, deren Ausbildungssysteme bereits auf die dritte Generation zusteuern, während mehr Länder bereits Reformen der zweiten Generation übernommen haben. Im Folgenden gehen wir kurz auf die Rolle der akademischen Ausbildungseinrichtungen ein, um dann die von der Lancet-Kommission empfohlenen bildungsstrategischen und institutionellen Reformen vorzustellen.

Akademische Ausbildungseinrichtungen

Etliche Länder beziehen für die Vermittlung praktischer Fähigkeiten nicht mehr ausschließlich Universitätsspitäler, sondern etwa auch Gesundheitszentren mit ein. Dies ist nicht nur hinsichtlich des Spektrums der vermittelten Fähigkeiten von Belang, sondern kann auch zu anderen Rollenvorbildern führen als jenen, die im Klinik- und Forschungsgeschehen dominieren, wo die Lehre im Vergleich auch weniger prestige- und einkommensträchtig und weniger prioritär ist als die Forschung. Aus Systemsicht ist es wünschenswert, dass neben Universitätsspitalen auch Netzwerke von Primär- und Sekundärversorgern sowie regionalen Gesundheitsdiensten in die Ausbildung einbezogen werden. Die professionelle Ausbildung ist maßgeblich durch die Umgebung beeinflusst, in der sie stattfindet.

17 The Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England. Front line care: the future of nursing and midwifery in England, London, 2010.

18 Josiah Macy Jr. Foundation, Revisiting the medical school educational mission at a time of expansion. Charleston, 2008; UK General Medical Council, Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. London: General Medical Council, 2009; Cooke, M., Irby, D. M., O'Brien, B. C., Shulman, L. S., Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 2010; The Association of Faculties of Medicine of Canada. The future of medical education in Canada (FMEC): a collective vision for MD education. Ottawa: The Association of Faculties of Medicine of Canada, 2010.



Daher wird eine ausschließlich im Universitätsspital stattfindende Ausbildung den Praxisstil der Jungmediziner mit einem anderen „Drall“ versehen als eine Ausbildung, die Einblick in ein breiteres Spektrum von Arbeitsumgebungen und -bedingungen vermittelt, zum Beispiel in Landpraxen und regionale Gesundheitszentren in ärmeren oder reicheren Gegenden. Eine auf akademische Zentren (und damit zumeist städtische Umgebung) zentrierte Ausbildung vermittelt einen Praxisstil, der eben auch auf die Verfügbarkeit der in städtischer Umgebung üblichen Ressourcen abstellt.

Die Herausforderung für die akademischen Ausbildungseinrichtungen (vor allem in der Primärversorgung) wird es sein, sich stärker auf die lokalen aktuellen und kommenden gesundheitlichen Bedürfnisse einzulassen. Stärkere Zusammenarbeit könnte wesentliche Beiträge bei der Verbesserung der Ausbildungsqualität und -effizienz leisten, wobei diese Zusammenarbeit im akademischen Bereich verschiedene Formen annehmen kann, etwa gemeinsame Curricula, Austausch von Studenten und Lehrpersonal, gemeinsame Forschungsprojekte. Auch wenn die Zusammenarbeit letztlich den Willen zur Zusammenarbeit von Einzelpersonen benötigt, kann sie durch entsprechende Programme zur Finanzierung und Durchführung oder den Abbau bürokratischer Hürden maßgeblich und nachhaltig unterstützt werden. Insgesamt muss die Diffusion des sich rasch umwälzenden Wissens von universitären Zentren in die „Peripherie“ weiter verbessert werden. Nicht nur die Zusammenarbeit von Ausbildungseinrichtungen kann förderlich sein, sondern in anderer Form auch die Zusammenarbeit von Ausbildungs- mit anderen Einrichtungen aus Landesverwaltung, Wirtschaft oder Medien. Da jede Form der Zusammenarbeit neben ihren Vorteilen auch Zeit und Geld kostet, ist auch hier auf die richtige Balance zwischen Vor- und Nachteilen zu achten.

Der wichtigste Bestandteil der Ausbildungseinrichtungen sind die Ausbilder. Es scheint ein weit verbreitetes Problem zu sein, dass Prestige, Ansehen, aber auch Einkommensmöglichkeiten des Lehrenden weit unter jenen des Forschers oder Praktikers liegen, wodurch die Besten im Fach nur schwer (in größerem Umfang) für diese Rolle gewonnen werden können: Wissensgenerierung wird gesellschaftlich oft mehr honoriert als Wissensvermittlung. Zudem zeichnet sich der Bereich der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften durch eine schlechte Informationslage und eine unzureichende Evaluations- und Monitoringkultur aus, insbesondere bezüglich Daten, die über jene Informationen hinausgehen, die zur nationalen Akkreditierung oder Lizenzierung nötig sind.

Vorschläge der Lancet-Kommission für die Neuausrichtung der Ausbildungssysteme

Bildungsstrategische Reformen sollten den gesamten Bildungsverlauf von der Aufnahme bis zum Abschluss umfassen; Weiterbildungen oder Rezertifizierungen werden im Bericht nicht thematisiert, worauf noch weiter unten eingegangen wird. Laut den Empfehlungen soll ein kompetenzorientiertes Curriculum auf die Vielfalt der Talente der Studierenden eingehen und sie fördern. Statt die einzelnen Berufsfelder voneinander abzuschotten, sollte eine inter- und transprofessionelle Ausbildung die Teamfähigkeit verbessern. Neben spezifischen fachlichen Kompetenzen sollten verstärkt auch übergreifende generische Kompetenzen vermittelt werden, wie analytische Fähigkeiten (für den wirkungsvollen Einsatz von evidenzbasierten Wissen und ethischen Erwägungen bei der Entscheidungsfindung), Führungs- und Managementkompetenzen (für den effizienten Einsatz knapper Ressourcen unter unsicheren Bedingungen) und Kommunikationsfähigkeit.

Im Lernprozess sollen die Studierenden durch kreative Nutzung der Informationstechnologie (IT) unterstützt und auf die Realitäten der Teamarbeit vorbereitet werden. Dies erfordert auch von den Hochschulen entsprechende Anpassungen. Sie müssen traditionelle Formen der Wissensvermittlung hinter sich lassen und stattdessen Kompetenzen vermitteln, die die Lernenden befähigen, auf große Informationsmengen zuzugreifen, sie kritisch zu analysieren und bei der Suche nach Lösungen zu nutzen. Gleichzeitig sollten die Bildungseinrichtungen, auch im Sinne ihrer Ressourcenschonung, die Möglichkeiten der intra- und internationalen Zusammenarbeit besser nutzen.

Der Lancet-Report empfiehlt, die einschränkenden Rahmenbedingungen von Einzelinstitutionen zu überwinden und Wissens- und Informationsressourcen für die Erfüllung gemeinsamer Aufgaben solidarisch zu erweitern. Im Sinne eines Ausbaus zu Hochschulsystemen sollte auch externe Zusammenarbeit stärker genutzt werden, z. B. durch das Einbeziehen von Gemeinden und Gesund-

Vorschläge der Lancet-Kommission für die Neuausrichtung der Ausbildungssysteme





heitsdiensten. Die Aus- und Weiterbildung von Lehrkräften erfordert besondere Aufmerksamkeit. Es muss verstärkt in die Ausbildung des Lehrpersonals, in stabile und lohnende Karrierepfade und in konstruktive Bewertungen in Verbindung mit Anreizen für gute Leistungen investiert werden. Auch hier ist ein lohnender Einsatzbereich für IT-Lösungen, da diese die Nutzung von Ressourcen auf globaler Ebene bei Anpassung an lokale Gegebenheiten erleichtern können.

Jedes Land sollte laut Lancet-Report gemeinsame Planungsmechanismen einrichten, um die wesentlichen Interessenvertreter, insbesondere Bildungs- und Gesundheitsministerien, Berufsverbände und die Hochschulwelt einzubeziehen und so die Fragmentierung zu überwinden. Die Berücksichtigung nationaler Verhältnisse und Prioritäten in der Angebotsplanung sowie gezielten Rekrutierung sollte auch Geschlechtszugehörigkeit und geographische Herkunft mit beachten. Versorgern in Randregionen können finanzielle und berufliche Anreize geboten werden. Zudem verringert der Einsatz leistungsfähiger IT die Gefahr einer beruflichen Isolierung. Angesichts einer steigenden Anzahl von Frauen unter den Gesundheitsfachleuten muss Chancengleichheit herrschen, z. B. durch flexiblere Arbeitsmodelle und berufliche Laufbahnen, die Auszeiten ermöglichen, durch die Unterstützung anderer sozialer Rollen wie etwa Kinder- oder Angehörigenbetreuung sowie durch aktive Maßnahmen gegen jegliche sexuelle Diskriminierung oder Unterordnung.

Die Kultur des kritischen Hinterfragens soll als zentrale Funktion von Universitäten und Hochschulen forciert werden. Sie ist von entscheidender Bedeutung für den Einsatz wissenschaftlicher Erkenntnisse, für ethische Entscheidungen sowie für öffentliche Debatten und Positionsbezüge, um sachorientierte soziale Veränderungen herbeizuführen.

Um die unvermeidlichen Hindernisse bei der Durchführung der genannten Reformen überwinden zu können, werden vier Begleitmaßnahmen empfohlen: Mobilisierung von Führungswillen auf der lokalen bis zur globalen Ebene, verstärkte Investitionen in den Ausbildungsbereich, Angleichung von Akkreditierungssystemen und Stärkung des globalen Lernens einschließlich der Evaluation von und Forschung über die Bildung im Gesundheitswesen.

Kritische Würdigung des Lancet-Reports aus österreichischer Sicht

Der Lancet-Report thematisiert wesentliche Entwicklungen bei Angebot und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und stellt die berechnete Frage, welche Änderungen im Bildungssystem für Gesundheitsberufe am besten darauf vorbereiten. Etliche der Erkenntnisse des Reports halten wir auch im österreichischen Kontext für relevant. In seiner Analyse geht der Report jedoch von einem Modell aus (vgl. Abbildung 3), das für einige europäische Länder einschließlich Österreich nur unzureichend gültig ist. Ein Arbeitsmarkt in einem nahezu neoklassischen Sinn, auf dem das Zusammenspiel von (potentiellen) Arbeitgebern und Arbeitnehmern direkt zur Lohnhöhe führt und so direkte Anreize für den Erwerb von Ausbildungen setzen kann, ist durch die starke Regulierung am Arbeitsmarkt im Allgemeinen und im (öffentlich dominierten österreichischen) Gesundheitswesen im Speziellen eine wenig zutreffende Darstellung. Die vielschichtige Rolle der öffentlichen Hand wird im Report weitgehend ausgespart, obwohl sie an mehreren Stellen wesentlich in das Funktionieren von Arbeitsmarkt und Bildungssystem für Gesundheitsberufe eingreift.

Zu kritisieren ist, dass die Bevölkerung mit ihren Bedürfnissen als direkte und einzige Determinante der Nachfrage dargestellt wird, ohne die modifizierende Funktion der Krankenkassen (oder je nach Land Gesundheitsbehörden) zu berücksichtigen, die die Bedürfnisse der Bevölkerung ja nur indirekt in Nachfrage übersetzen. Die Präferenzen der Berufsvertretungen werden in der Realität vergleichsweise direkter von ihren Standesvertretungen transportiert. Dieses reale Ungleichgewicht bei der Berücksichtigung unterschiedlicher Präferenzgruppen wird im Report zwar erwähnt, aber im Modell nur unzureichend abgebildet, ebenso wie in der weiteren Analyse. Damit ist die im Lancet-Report vertretene Sicht des Gesundheitswesens bzw. des dazugehörigen idealen Ausbildungssystems – ganz unzeitgemäß – nur wenig patientenorientiert, im Gegensatz zu Abbildung 3, die der Bevölkerung eine zentrale Stellung einräumt.

Des Weiteren gibt es in der Realität in weiten Bereichen des Gesundheits- und Bildungswesens keine „Marktlöhne“, sondern regulierte Gehalts- bzw. Tarifsysteme. Dies hat durchaus Vorteile, da Ar-





beitgeber, die die Lohnhöhe als wesentlichstes Anreizkriterium einsetzen, auch damit rechnen müssen, primär monetär und weniger altruistisch orientierte Beschäftigte zu gewinnen. Unter diesem Aspekt ist auch die Forderung nach besserer Bezahlung für Auszubildende differenzierter zu sehen: Bessere Arbeitsbedingungen schließen die Verdiensthöhe mit ein, aber eben auch vieles mehr. In Ländern mit weniger leistungsorientierter Tradition als den USA ziehen höhere Lehrergehälter nicht zwangsläufig bessere Lehrer an, aber relativ sicher Lehrer, die stärker finanziell motiviert sind.

Der Lancet-Report beschäftigt sich im Wesentlichen mit Ausbildung auf der tertiären Stufe. Wenig thematisiert werden hierbei die Eigeninteressen und Abhängigkeiten der Bildungseinrichtungen: Kann man diese überhaupt mit den Zielen des Gesundheitswesens kompatibel machen? Der Bericht verweist zwar im Zusammenhang mit der Forderung, praktische Ausbildung auch krankenhausextern durchzuführen, auf diesen Konflikt, thematisiert aber nicht das in den Spitälern und Universitäten weiterbestehende Problem von (mangelnden) Anreizen für gute Lehre. In beiden Bereichen ist Lehre nachrangig, was etwa bei Kriterien für diverse Rankings sehr offensichtlich wird: Was zählt, sind in der Regel Publikationen, angeworbene Drittmittel, prestigeträchtige Behandlungsmethoden und -geräte, eventuell noch Studentenzahlen, aber kaum kostengünstige oder präventiv wirksame Behandlung bzw. ein effizienter und effektiver Unterricht zur Vermittlung einer solchen Behandlung. Eine verpflichtende tertiäre Ausbildung für zunehmende Teile des Gesundheitspersonals könnte also entgegen den Absichten zu abnehmender Praxisnähe und damit geringerer Versorgungsqualität führen, wenn derartige Zielkonflikte nicht entgegengesteuert wird.

In Österreich äußert sich der internationale Trend zu verstärkter Tertiärisierung in der Ausbildung für Gesundheitsberufe u. a. darin, dass die Ausbildung für einige medizinisch-technische Berufe verpflichtend auf die Fachhochschul-Ebene verlegt wird (Physiotherapeuten, biomedizinische Analytiker, Radiologietechnologen, Diätologen, Ergotherapeuten, Logopäden, Orthoptisten).¹⁹ Die entsprechende Regelung hält fest, dass im Rahmen der dreijährigen Ausbildung sowohl theoretisches als auch praktisches Wissen und Fähigkeiten zu vermitteln sind.²⁰ Welches Ausmaß der berufspraktische Unterricht zu umfassen hat, bleibt jedoch großteils unspezifiziert und kann ebenso wie die Auswahl der verwendeten Lehrmethoden von den einzelnen Fachhochschulen unterschiedlich gestaltet werden. Somit erscheint es notwendig, auch in Österreich darauf zu achten, dass zunehmende Tertiärisierung nicht in abnehmender Praxisnähe resultiert, da diesem Aspekt strukturell nicht explizit oder standardisiert entgegengewirkt wird. Erwähnenswert in Zusammenhang mit der im Report geforderten Aufwertung der Lehre für Gesundheitsberufe ist, dass sich in Österreich nunmehr zumindest einer der ca. 15 Fachhochschul-Masterlehrgänge auf die Hochschuldidaktik im Bereich der Gesundheitsberufe konzentriert.²¹

Das Lancet-Modell beinhaltet einen weiteren Zielkonflikt, und zwar auf der Mikro-Ebene, bei der Forderung nach gleichermaßen wissenschaftlich wie praktisch ausgebildeten Gesundheitsfachkräften: In einem Ausbildungsgang beide Aspekte hinreichend zu vereinen ist schwierig; es ist fraglich, ob ein effizientes System es sich leisten kann, bei allen Auszubildenden diese Art der Doppelqualifikation anzustreben. Modularer Aufbau, auch in der Weiterbildung, und abgestimmte Zertifikate könnten hier beim Matching von Anforderungen und Ausbildungsaufwand helfen. Während in Österreich bereits oft versucht wird, der Aufforderung nach modularen Ausbildungsgängen nachzukommen, besteht hingegen durchaus die Problematik der doppelten Zielsetzung zu praktischer wie auch wissenschaftlicher Berufsbefähigung, und zwar sowohl in der angesprochenen Fachhochschulverordnung für medizinisch-technische Dienste als auch in den Regelungen zur Fachhochschulausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege: Die entsprechende Verordnung fordert, dass die dreijährige Ausbildung unter anderem dazu befähigt, relevante wissenschaftliche Forschungsmethoden auszuwählen und anzuwenden sowie die erhobenen Daten für die Beantwortung der Fragestellungen aufzubereiten und wissenschaftliche Erkenntnisse und Phänomene für die berufliche und wissenschaftliche

¹⁹ Weiss, Susanne, Gesundheitsberufe in Österreich, Bundesministerium für Gesundheit, September 2011.

²⁰ Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge für die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (FH-MTD-Ausbildungsverordnung – FH-MTD-AV), BGBl. II Nr. 2/2006.

²¹ <http://www.fh-gesundheitsberufe.at/index.php?id=265>





Weiterentwicklung nutzbar zu machen. Diese Forderung schießt unseres Erachtens über das Ziel hinaus, da eine sinnvolle Vermittlung dieser Fähigkeiten zu viele Ressourcen von der Grundausbildung abziehen würde; den passenden Platz zur Vermittlung aktiver wissenschaftlicher Kompetenzen sehen wir erst in Master- oder Doktoratsprogrammen. Die ebenfalls geforderten Fähigkeiten für Absolventen von Bachelor-Programmen, wissenschaftliche Erkenntnisse zu recherchieren und in die Berufspraxis zu integrieren, halten wir hingegen im Kontext von Lifelong Learning für sinnvoll.

Ein Manko des Lancet-Reports ist die Fokussierung auf die Erstausbildung unter weitgehender Ausparung der Weiterbildung. Selbst wenn wir davon ausgehen, dass die kommenden Generationen von Berufsanfängern aufgrund einer im Sinne des Lancet-Reports verbesserten Erstausbildung wenig Bedarf an formaler Weiterbildung haben werden, sollten in der Zwischenzeit die schon heute aktiven Gesundheitsfachkräfte an diesen Qualifikations- und Kompetenzstand herangeführt werden. Die Dauer zwischen Ausbildungsbeginn und versorgungswirksamer Tätigkeit eines Berufsanfängers beträgt schließlich beispielsweise bei einem Facharzt gut eine Dekade. Damit dauert es noch weit länger, bis die Masse des Gesundheitspersonals nach neuen Kriterien ausgebildet ist. Die Notwendigkeit für effektive Weiterbildung gewinnt weiter an Bedeutung, da der Übertritt in den Ruhestand angesichts der demographischen Entwicklungen durch entsprechende sozialpolitische Neuregelungen in vielen Industrieländern auf ein höheres Alter verschoben wird – was ja auch die Berufskarrieren des Gesundheitspersonals verlängern wird.

Vernachlässigt wird ebenfalls der Themenkomplex von Gesundheitsförderung und Public Health sowie Gesundheitserziehung der Patienten; es wird lediglich angemerkt, dass die Ausgaben für Public Health angehoben werden sollten, ohne diese Ausgabenerhöhung in einen Zusammenhang mit spezifischen Aufgaben zu stellen.

Eine Forderung, die zwar im Haupttext des Dokumentes mehrfach anklingt, findet sich in der reformorientierten Zusammenfassung leider nicht mehr, nämlich der Appell, bei zukünftigen Reformbestrebungen standespolitische Interessen durch aufgabenorientierte Sachkompetenz zu ersetzen. Diese Nebenbedingung für effizienzfördernde Reformen scheint in vielen Ländern eine ernsthafte Hürde darzustellen. Gerade dieses ausgeprägte standespolitische Denken weckt damit Bedenken, wie zielführend der Ansatz der Lancet-Kommission ist, nämlich dass gerade die Gesundheitsfachkräfte selbst die treibende Kraft der nötigen Reformen sein sollen.

Eine systematische Neuordnung der Bildungslandschaft für Gesundheitsberufe steht auch in Österreich an. Die Tertiärisierung der nichtärztlichen Berufe im Gesundheitswesen ist ein relativ junges Phänomen (Ausnahme Apotheker); so ist beispielsweise die Ausbildung für medizinisch-technischen Dienst und Hebammen erst seit 2006 im Fachhochschulbereich verankert. Die Zahl der Gesundheitsberufe oder -qualifikationen ist jedoch enorm gestiegen, von 25 Berufen in den 1950er Jahren²² auf 113 aktuell. Diese höhere Zahl von Fachleuten erfordert auch weit mehr Koordination der Patientenversorgung, und für eine effiziente Nutzung von Kooperationsmöglichkeiten ist Kenntnis über die Fähigkeiten und Kompetenzen des jeweils anderen nötig. Ob diese übergreifenden Kenntnisse in den derzeitigen berufsspezifischen Ausbildungen ausreichend vermittelt werden, ist zu hinterfragen. Eine Ausrichtung der Ausbildung auf problem- und teamorientiertes Arbeiten unter Ausnutzung der individuellen Kompetenzen, wie im Lancet-Bericht gefordert, kann vor diesem Hintergrund nur von Vorteil sein. Einzelne der relevanten Keywords finden sich zwar durchaus in den Ausbildungsvorschriften wieder, beispielsweise nimmt die Beschreibung der vermittelten Fähigkeiten zentralen Raum ein und erwähnt auch jene zur Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams. Allerdings bleibt den Ausbildungseinrichtungen oft noch breiter Interpretationsspielraum, wie und in welcher Intensität diese Fähigkeiten zu vermitteln sind.

Österreich dürfte zu jenen Ländern gehören, in denen die zweite Ausbildungsreform erst relativ spät Platz greift. Im Grunde fanden problemorientiertes, integratives und teamorientiertes Lernen erst Anfang dieses Jahrtausends ihren Weg in die Studienpläne. Während bei der Mediziner Ausbildung die Praxisnähe ausgeweitet wurde, erhielt die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und

²² Aistleithner R, Reform der (Aus-)Bildung von Gesundheitsberufen für das 21. Jhdt. – Lancet-Bericht, Vortrag anlässlich des Careum Dialogs 2012, 3.2.2012.





Krankenpflege eine stärker akademische Ausrichtung. Fraglich ist, ob insbesondere bei den Medizinerinnen die Auswahlkriterien zu Beginn der Ausbildung sowie die Art der Wissensüberprüfung (Stichwort Multiple Choice-Tests) bereits das gleiche Niveau erreicht haben wie die inzwischen angestrebten Formen der Wissensvermittlung. Auch im Bereich der Beurteilung hat man inzwischen ja Formen entwickelt, die größeren Praxisbezug aufweisen als traditionelle Tests.

Der Lancet-Report weist u. a. darauf hin, dass das Versorgungssetting, in dem der praktische Teil der medizinischen Ausbildung absolviert wird, den späteren Behandlungsstil mitbestimmt sowie Rollenvorbilder liefert. Im österreichischen Zusammenhang fällt hierzu auf, dass die Fachhochschulverordnung für den gehobenen medizinisch-technischen Dienst für alle erfassten Berufe vorschreibt, dass die „überwiegende“ Anzahl von Praktikumsstellen in Krankenhäusern vorzusehen ist. Zu hinterfragen ist, ob diese Forderung für alle der 7 erfassten Arbeitsbereiche wirklich notwendig und im Spannungsfeld der Spitalslastigkeit der österreichischen Gesundheitsversorgung und der im Report diskutierten Anreize und Rollen(vor)bilder sinnvoll ist.

Die analoge Überlegung gilt im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung. Dass in Österreich Lehrpraxen traditionell keine quantitativ bedeutsame Rolle in der Ausbildung der Jungmediziner spielen, erklärt somit die Tatsache der spitalslastigen Versorgungsstruktur in Österreich mit und ist ein Hemmschuh bei der Rückführung von „nicht spitalsreifen“ Behandlungen in den extramuralen Bereich. Zudem könnten bei kluger Regulierung Lehrpraxen abseits der Städte, wo z. T. bereits Probleme bei der Nachbesetzung von Stellen bestehen, weitere Vorteile mit sich bringen: neben der Praxisnähe der Ausbildung an sich auch ein Zusatzeinkommen für die ausbildenden Praxisinhaber (was die aktuelle Attraktivität von Landpraxen steigert) und Rollenvorbilder für Jungärzte, die somit besser an ländliche Rahmenbedingungen herangeführt würden (höhere zukünftige Attraktivität von Landpraxen).

Für den Bereich der Pflegeberufe hat die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Gesundheitsministeriums mögliche Reformansätze erarbeitet und auf einer Konferenz im September 2011 mit rund 300 Personen aus den unmittelbar betroffenen, aber auch aus angrenzenden Berufsfeldern diskutiert.²³ Der aktuellen Pflegeausbildung in Österreich fehlt die Einbettung in ein stimmiges und zukunftsorientiertes Gesamtkonzept, was zu vielen der bestehenden Schwachstellen beiträgt. Das Diskussionspapier zur Konferenz listet eine Reihe dieser Schwachstellen auf: ein Missverhältnis zwischen Befugnissen, Kompetenzen und Qualifikationen einzelner Berufe, nicht an den vorhandenen Qualifikationen des Personals angelehnter Personaleinsatz, fehlende vertikale Durchlässigkeit des Systems, unsystematische Regulierung von Spezialisierungen und Weiterbildungen.

Im Hochschulbereich ist eine Reihe von Bildungsangeboten im Pflegebereich entstanden, die sich teils an bereits ausgebildete Pflegekräfte und teils an Maturanten ohne pflegerische Grundausbildung richten. Es gibt zum einen die Möglichkeit, im Rahmen eines Bachelorstudienganges an der Fachhochschule die gleiche Berufsberechtigung zur Gesundheits- und Krankenpflege zu erreichen wie im herkömmlichen Bildungsgang an Krankenpflegeschulen. Zum anderen bestehen im Hochschulbereich einige pflegebezogene Spezialisierungen wie Management, Lehre oder Pflegewissenschaft, die nicht immer eine Grundausbildung in Pflege voraussetzen.

Das von der GÖG vorgeschlagene Aus- und Weiterbildungskonzept sieht vier bzw. fünf Qualifikationsstufen vor, deren Absolventen jeweils in allen Settings der Gesundheits- und Krankenpflege eingesetzt werden können; Sozialbetreuungsberufe sollen erst in weiterer Folge in das Gesamtkonzept eingebettet werden.

Das Konzept sieht die Nutzung der gesamten bestehenden Bildungslandschaft vor, im Zentrum steht der tertiär und generalistisch ausgebildete gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Unterstützungskräfte sind explizit in das Konzept aufgenommen, um eine Entlastung des gehobenen Dienstes zugunsten seiner Kernaufgaben zu unterstützen. Kompetenzerweiternde Spezialisierung bedeutet eine Rollenerweiterung und führt zu einer fachlichen Hierarchie; sie ist an anerkannte Bil-

²³ Rappold, E., Rottenhofer, I., Aistleithner, R., Reformansätze für die Bildungslandschaft der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich. Diskussionsgrundlage für die Konferenz „Wende in der Pflegeausbildung“ am 26.9.2011. ÖBIG; Benner et al. (2010), op. cit.



dungsabschlüsse zu koppeln. Beispiele für Kompetenzerweiterungen wären die Funktion als Lehrer, Manager, Gutachter (z. B. Pflegegeldeinstufung), die Übernahme von Kernaufgaben anderer Berufe (z. B. Medikamente verschreiben) oder die Fokusverschiebung von Einzelpersonen auf das System oder auf Bevölkerungsgruppen (z. B. Familiengesundheitspflege, Community Nursing, Public Health Nursing). Die Erreichung des gesamten Qualifikationsprofils ist aber nicht zwingend vorgesehen. Dies steht im Widerspruch zu internationalen Empfehlungen, wie sie im Carnegie-Report ausgesprochen wurden. Dort wird verlangt, dass zukünftig jede Pflegefachkraft (Registered Nurse) innerhalb von 10 Jahren ab Zulassung ein Masterprogramm abschließt. Der Verzicht auf eine derartige Forderung erscheint uns im Sinne einer Ökonomie der Ausbildung zielführend: Weder strebt jede Pflegefachkraft dieses Maß an Weiterbildung an, noch können wir davon ausgehen, dass der Berufsalltag von allen Pflegefachkräften derartige Anforderungen verlangt, und last but not least, darf bezweifelt werden, dass die hierfür nötigen (monetären und personellen) Ressourcen überhaupt zur Verfügung stünden. Das GÖG-Reformkonzept zur Pflege greift einige im Lancet-Report geforderte Aspekte auf, so orientiert es sich etwa an kompetenzorientierten Ausbildungsmodellen. Es beschränkt sich aber größtenteils auf den Pflegebereich, ohne die Schnittstelle zu anderen Gesundheitsberufen zu thematisieren (die Teamfähigkeit des gehobenen Dienstes scheint im Kompetenzprofil allerdings schon auf). Es versucht Aspekte wie Durchlässigkeit oder Attraktivität des Berufes zu verbessern, bleibt aber größtenteils bei der Verortung der Ausbildung haften. Konkretisierung und Implementierung waren nicht Bestandteil des Arbeitsauftrages und wurden nicht behandelt.

Wie der Lancet-Report bricht auch das GÖG-Papier eine Lanze für eine stärkere Rolle der tertiären Ausbildung in der Pflege. Hier wird diese Akademisierung allerdings in einen Kontext gestellt, in dem die bisherigen diplomierten Pflegekräfte zwar durch das neue Modell der Pflegekräfte mit akademischem Abschluss ersetzt werden, diese neue und aufgewertete Rolle wird aber ergänzt durch 2 Abstufungen von Pflegehilfskräften mit niedrigerer Qualifikation. Zudem ist für die akademisch gebildete Pflege durch die Differenzierung von Generalisten und Spezialisten ebenfalls eine Abstufung vorgesehen. Eine Abstufung nach Qualifikations- bzw. Kompetenzniveaus ist in mehrfacher Hinsicht zu begrüßen, nämlich als eine Voraussetzung für bedarfsadäquate Versorgung, leistungsgerechte Bezahlung und damit effizienteren Personaleinsatz, aber – bei dem angestrebten modularen Aufbau und durchlässigen Design – auch unter dem Aspekt der Karriere- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten, was sich auch auf die Attraktivität des Berufs (insbesondere die Verbleibsdauer) gerade für motivierte und engagierte Pflegepersonen positiv auswirken sollte.

Fazit

Der Lancet-Report stellt viele berechnete Forderungen, muss aus europäischer Sicht aber kritisch betrachtet werden. Idealvorstellungen treffen hier auf die Realität. Eine zentrale Frage, die zu wenig beleuchtet wird, ist diejenige der Aus- und Weiterbildung. Aus praktischer Sicht können die Patienten, aber auch das Gesundheitswesen an sich nicht darauf warten, dass Universitäten und andere Ausbildungseinrichtungen entlang der formulierten Ideale ausgestaltet werden und schließlich die nächste oder übernächste Generation von Gesundheitsfachkräften einmal jene Kompetenzen besitzen wird, die wir eigentlich schon heute brauchen. Die bereits im Berufsleben stehenden Health Professionals benötigen ebenfalls Unterstützung, um ihre Fähigkeiten zu erweitern und an die sich wandelnden Anforderungen anzupassen. Die heute bereits aktiven Health Professionals werden länger im Berufsleben stehen als ihre Vorgänger und daher müssen auch hier Perspektiven geboten werden. Eines ist gerade aus gesundheitsökonomischer Sicht aber entscheidend: Die Health Professionals sind ein Schlüssel für das Gelingen von Gesundheitsreformen, und als Grundvoraussetzung für jedwede nachhaltige Kostendämpfung wird man auch in diesem Bereich Maßnahmen setzen. So muss ein primärversorgungsorientiertes Gesundheitswesen eben mehr in seine Allgemeinmediziner investieren, nur so können Spitäler wiederum entlastet werden. Gleiches gilt für die sinnvolle Nutzung von interdisziplinären Gruppenpraxen, möglicherweise unter Einschluss weiterer Gesundheitsberufe: Die Kompetenzen für Teamwork, die Kenntnisse über das Können des jeweils anderen, das nahtlose Zusammenarbeiten müssen schon in der Ausbildung angelegt werden oder sollten nacherworben werden können.

Fazit

