

Neue Studiengänge im Gesundheitswesen

Zielgerichtete Entwicklung oder Experimentierfeld?

von Karl Kälble¹

ABSTRACT

Der Strukturwandel im Gesundheitswesen und auf dem Arbeitsmarkt der Gesundheitswirtschaft setzt die Gesundheitsberufe und ihre qualifikatorischen Voraussetzungen unter Veränderungsdruck. Der etwa 1990 einsetzende Auf- und Ausbau von neuen Studienmöglichkeiten erhält seit einigen Jahren durch die mit den Stichworten „Bologna-“ und „Kopenhagen-Prozess“ umschriebenen Bemühungen um eine Angleichung europäischer Standards für die wissenschaftliche und berufliche Qualifizierung sowie die angestrebte stärkere Durchlässigkeit zwischen den beiden Bildungssektoren neue Impulse. Ausgehend von Basisdaten zur Gesundheitswirtschaft werden im folgenden Beitrag Entwicklungen und hochschulpolitische Rahmenbedingungen im Studienfeld Gesundheit analysiert und mit dem Arbeitsmarkt Gesundheitswesen in Verbindung gebracht. Abschließend werden daraus resultierende Perspektiven skizziert.

Schlüsselwörter: Gesundheitsberufe, Qualifizierung, Arbeitsmarkt, Gesundheitswesen, Akkreditierung, Studiengänge

***The structural change in health care** and on the health labour market puts medical professions and their qualification requirements under pressure for change. The development and expansion of new degree courses which started around 1990 has received a new impetus by the so-called “Bologna” and “Copenhagen” processes – efforts to align European standards of scientific and professional qualifications and thus achieve a greater permeability between the two sectors of education. Starting with basic data on the health care industry, the article analyses recent developments and the policy framework of higher medical education and their implications on the health labour market. Finally, it outlines the resulting prospects for the future.*

Keywords: healthcare professions, professional qualification, labour market, healthcare system, accreditation, fields of study

1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich in einem Prozess des Wandels, der durch das komplexe Zusammenspiel von demografischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Veränderungen sowie durch den rasanten medizinisch-technischen und wissenschaftlichen Fortschritt bewirkt wird. Veränderte Versorgungsbedarfe, Sparzwänge, Effizienz- und Wettbewerbsorientierung, daraus resultierende Umstrukturierungsmaßnahmen in den Versorgungseinrichtungen, veränderte Rahmenbedingungen des Leistungsgeschehens, wachsende Ansprüche an die Qualität der beruflichen Dienstleistungen sowie Forderungen nach einer stärker evi-

denzbasierten therapeutischen Vorgehensweise sind einige der Auswirkungen, die mit diesem Wandel verbunden sind (Kälble 2008a, 38ff.; Evans und Hilbert 2006). Damit einhergehend wandelt sich zunehmend auch die gesundheitsberufliche Arbeitswelt, wobei sich die Aufgabenstellungen, die Handlungsfelder, die Tätigkeitsprofile, die Arbeitsformen und schließlich auch die Anforderungen an die Qualität der Aus- und Weiterbildung in vielschichtiger Weise verändern. Seit den 90er Jahren wird über eine Modernisierung der Gesundheitsberufe und eine zukunftsgerichtete Ausgestaltung ihrer Berufs- und Qualifikationsprofile debattiert (z.B. Kälble und v. Troschke 1997; Sachverständigenrat 2002; Bolinger et al. 2005; Pundt 2006; Matzick 2008).

¹ Dr. phil. Karl Kälble, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Abteilung für Medizinische Soziologie · Hebelstraße 29 · 79104 Freiburg
Telefon: 0761 208-53326 · Telefax: 0761 208-53316 · E-Mail: karl.kaelble@medsoz.uni-freiburg.de

Das Gesundheitswesen ist ein umsatzstarker Wirtschaftszweig und gilt als Wachstumsbranche (*Nefiodow 1996*). Mit einem Umsatz von 245 Milliarden Euro (Stand: 2006) und über 4 Millionen Beschäftigten ist die Gesundheitswirtschaft inzwischen die größte deutsche Wirtschaftsbranche. Der Umsatz ist im Vergleich zu 2005 um weitere 5,7 Milliarden Euro (2,4 Prozent) gestiegen. Damit entsprechen die Gesundheitsausgaben rund 10,6 Prozent des Bruttoinlandproduktes (Statistisches Bundesamt 2006). Rund 4,4 Millionen Menschen (und damit etwa jeder zehnte Beschäftigte) waren zum 31.12.2007 im Gesundheitssektor tätig. Der Zuwachs von rund 63.000 Arbeitsplätzen zwischen 2006 und 2007 entspricht einem Beschäftigungswachstum von rund 1,5 Prozent (*Statistisches Bundesamt 2007a, 2007b*). Ende 2007 übten rund 2,3 Millionen Beschäftigte einen durch die unmittelbare Patientenversorgung charakterisierten Gesundheitsdienstberuf aus. Arbeitsmarktpolitisch ist das Gesundheitswesen auch deshalb relevant, weil die Leistungserstellung in Form personenbezogener Dienstleistungen standortgebunden ist und die Arbeitsplätze damit auch in Zeiten der zunehmenden Globalisierung im Lande verbleiben.

2 Studienlandschaft Gesundheitswesen

Die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen und neue Qualifizierungsbedarfe haben zu Beginn der 90er Jahre in Deutschland eine Entwicklung ausgelöst, die durch Versuche der Reform bestehender Aus- und Weiterbildungskonzepte sowie durch die Schaffung neuer Berufsprofile und Qualifikationsmöglichkeiten gekennzeichnet ist. An den Hochschulen wurde eine bis heute anhaltende Qualifizierungsoffensive in Gang gesetzt, die zu einer Vielzahl neu eingerichteter grundständiger und weiterqualifizierender Studienprogrammen geführt hat. Als grundständig werden solche Studiengänge bezeichnet, die zu einem ersten berufsqualifizierenden Hochschulabschluss führen, also heute zum Bachelor, früher zum Diplom beziehungsweise Magister. Allein im vergangenen Jahrzehnt wurden rund 200 gesundheitsbezogene Studienprogramme eingeführt, die zu etwa 60 unterschiedlichen Abschlussbezeichnungen führen (*Kälble und v. Troschke 1998*). Neu eingerichtet wurden unter anderem etwa 50 Studiengänge der Pflege (für die Pflegelehrausbildung, für Managementfunktionen und für Pflegewissenschaften), der es damit gelungen ist, Teilbereiche ihres Handlungsfeldes zu akademisieren. Der große Bereich „Pflege am Patienten“ ist allerdings auch heute noch von der akademischen Entwicklung nahezu vollständig ausgeschlossen (*Sachverständigenrat 2007, Ziff. 82*).

Die Studienlandschaft Gesundheitswesen in den Jahren von zirka 1990 bis zirka 1999 zeichnet sich durch folgende Entwicklungen aus (*Borgetto und Kälble 2007, 143ff.*):

- einen quantitativen und qualitativen Auf- und Ausbau von grundständigen und weiterqualifizierenden Studiengängen an Universitäten und Fachhochschulen,
- eine beginnende Akademisierung der Gesundheitsfachberufe (im vergangenen Jahrzehnt betrifft dies insbesondere die Pflege),
- eine Ausdifferenzierung gesundheitsbezogener Fachrichtungen in Fächern und Disziplinen, die zuvor nicht oder kaum in das Gesundheitswesen eingebunden waren (z.B. Betriebswirtschaft, Informatik, Pädagogik),
- eine Etablierung von innovativen Ausbildungen und Fächern aufgrund von neuen Tätigkeitschancen und eines wachsenden Bedarfs (z.B. Public Health),
- einen (mit dem Bedeutungszuwachs des „lebenslangen Lernens“ verbundenen) Auf- und Ausbau eines hochschulischen Weiterbildungsmarktes für akademisch qualifizierte Berufspraktiker (postgraduale und weiterbildende Studiengänge) sowie
- eine beginnende Umstellung gesundheitsbezogener Studiengänge auf das zweistufige Studiensystem mit Bachelor- und Masterabschlüssen (BA/MA).

Mit ausschlaggebend für die Entfaltung der Studienlandschaft Gesundheitswesen in den 1990er Jahren war die durch Kostendruck und Ressourcenknappheit mit bedingte Notwendigkeit einer Modernisierung des Gesundheitssystems und die damit verbundene Einsicht, dass es hierfür auch einer entsprechenden (höheren) Qualifizierung des Gesundheitspersonals bedarf (von Akademikern wird erwartet, dass sie sich schnell und selbstständig in neue Tätigkeitsfelder einarbeiten können). Hinzu kamen ein Ungleichgewicht von Angebot und Nachfrage auf bestimmten Teilarbeitsmärkten des Gesundheitswesens (z.B. der Pflege), ein jahrzehntelanger Reformstau in den traditionellen Ausbildungen sowie der Rückgang des Ausbildungsbedarfs in bestimmten Studienfeldern, der Hochschulen dazu brachte, sich neue Bereiche der Qualifizierung zu erschließen.

2.1 Neue Rahmenbedingungen durch Studienreform und Bologna-Prozess

1999 haben die Bildungsminister von 29 europäischen Staaten in Bologna in einer gemeinsamen Erklärung beschlossen, bis zum Jahr 2010 einen einheitlichen und wettbewerbsfähigen europäischen Hochschulraum mit vergleichbaren Studienstrukturen und Abschlüssen zu schaffen, in dem das Studium praxisnäher, effizienter und schneller gestaltet wird. Der daraus resultierende Prozess der europäischen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Hochschulbildung (die Erklärung von Bologna wurde inzwischen von 46 Staaten unterzeichnet) und die 1998 mit der Novellierung des Hochschulrahmengesetzes (HRG) nahezu zeitgleich eingeleiteten nationalen Bemühungen um eine grundlegende Studienreform bewirken seit einigen Jahren umfassende Verände-

rungen in den deutschen Hochschulen und im etablierten Studiensystem. Auch die 2006 in Kraft getretene Föderalismusreform, mit der die gesetzgeberischen Zuständigkeiten von Bund und Ländern grundlegend entflochten wurden, trägt zu den gravierenden Veränderungen im Hochschulbereich bei. Die Länder können nun von den Bestimmungen des HRG abweichen beziehungsweise dieses durch eigene Regelungen ersetzen. Hinzu kommen ein verstärkter internationaler Wettbewerb im Hochschulsektor und veränderte Anforderungen an die Hochschulen, die aus der Verknappung der öffentlichen Mittel und aus veränderten Qualifikationsbedarfen auf dem Arbeitsmarkt resultieren.

Kernelement der durch den Bologna-Prozess mit ausgelösten Studienreform ist die Einführung eines gestuften Systems aus Bachelor- und Master-Studiengängen, mit dem die internationale Mobilität gefördert und die internationale Anerkennung der Abschlüsse erleichtert werden soll. Im Jahr 2002 wurden die neuen Studiengänge in das Regelangebot der Hochschulen überführt. Weitere mit dem gestuften System verbundene Neuerungen sind die Modularisierung des Studiums (Module sind Lehreinheiten, die sich aus bestimmten Lehrveranstaltungen zusammensetzen), die Einführung eines Leistungspunktesystems in Anlehnung an das „European Credit Transfer System“ (ein quantitatives Maß, das die erwartete studentische Arbeitsbelastung widerspiegelt), das „Diploma Supplement“ (es enthält eine Beschreibung des Hochschulabschlusses und den damit verbundenen Qualifikationen) sowie die angestrebte Arbeitsmarktorientierung des Studiums beziehungsweise die höhere Beschäftigungsfähigkeit der

Absolventen (durch die Vermittlung von „Schlüsselqualifikationen“ und die Integration berufsfeldorientierter Praktika).

Zur länder- und hochschulübergreifenden Sicherung der Qualität der Hochschulbildung wurde 1998 ein nationales Akkreditierungssystem eingerichtet und 2002 dauerhaft etabliert. Dieses umfasst zum einen mehrere untereinander im Wettbewerb stehende Agenturen, welche die Akkreditierung der neuen Studiengänge durchführen, zum anderen eine zentrale Akkreditierungseinrichtung (Akkreditierungsrat), die die Qualitätssicherung in Lehre und Studium garantiert sowie die Akkreditierungsagenturen begutachtet und akkreditiert.

Die Einführung des zweistufigen Studiensystems hat die deutsche Hochschulbildung schneller und tiefgreifender verändert als jede andere Reformmaßnahme der letzten Jahrzehnte. Der damit eröffnete hochschulische Bildungsmarkt, auf dem Hochschulen mit hochgradig differenzierten Studienangeboten gegeneinander und mit internationalen Angeboten in Wettbewerb treten, wird dabei sowohl für Adressaten als auch für Arbeitgeber zunehmend unübersichtlicher (Tabelle 1).

2.2 Das Studienfeld Gesundheitswesen im Bologna-Prozess

Mittlerweile bietet der hochschulische Bildungsmarkt ein breites Spektrum an grundständigen und weiterqualifizierenden Studiengängen an. Das Spektrum reicht von den klassischen Studiengängen der Medizin, Zahnmedizin und

TABELLE 1

Studiengangsstatistik (Stand: März 2009)

Hochschulen insgesamt: 357	
Studiengänge insgesamt: 13.487	<ul style="list-style-type: none"> • Grundständige Studiengänge: 8.880 • Weiterqualifizierende Studiengänge: 4.607
Bachelor- und Master-Studiengänge insgesamt: 9.459	<ul style="list-style-type: none"> • Bachelor (BA): 5.336 • Master (MA): 4.123
Akkreditierte Studiengänge insgesamt: 4.112	<ul style="list-style-type: none"> • Akkreditierte BA-Studiengänge: 2.206 • Akkreditierte MA-Studiengänge: 1.906
Studiengänge der Fächergruppe „Medizin/Gesundheitswissenschaften“ insgesamt: 738	<ul style="list-style-type: none"> • BA-/MA-Studiengänge in der Fächergruppe „Medizin/Gesundheitswissenschaften“: 525 • BA-Studiengänge in der Fächergruppe „Medizin/Gesundheitswissenschaften“: 291 • MA-Studiengänge in der Fächergruppe „Medizin/Gesundheitswissenschaften“: 234 • Studierende in der Fächergruppe „Medizin/Gesundheitswissenschaften“: 110.415

Quellen: Hochschulkompass 2009; Hochschulrektorenkonferenz 2008; Statistik Bundesamt 2008

Pharmazie über Public Health, Gesundheitsmanagement und -ökonomie, Pflege, Gesundheits- und Heilpädagogik, Ergo- und Physiotherapie, Logopädie bis hin zu Studiengängen der Medizintechnik, der Dentaltechnologie, des Gesundheits- und Rehabilitationssports, der Gesundheitspsychologie, der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Medizininformatik. Hinzu kommen speziell auf das Gesundheitswesen zielende Studiengänge im Bereich der sozialen Arbeit (z.B. Klinische Sozialarbeit), der Ernährungswissenschaft sowie der Kunst- und Musiktherapie. Die Frage, wie sich die Nachfrage in den neuen Studiengängen entwickeln wird, lässt sich derzeit mangels aussagekräftiger hochschulübergreifender empirischer Untersuchungen ebensowenig beantworten wie die Frage, ob es für die Absolventen der jeweiligen Studiengänge eine genügend große Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt gibt.

2.2.1 Umstellung der Studiengänge auf das zweistufige Studiensystem

Die Einführung des zweistufigen Studiensystems stellt die Hochschulen vor die Herausforderung, die bestehenden Studiengänge und damit auch die Studiengänge des Gesundheitswesens (mit Ausnahme der Medizin und Zahnmedizin) im Rahmen des laufenden Lehrbetriebs auf die BA- und MA-Struktur umzustellen. Dabei müssen unter anderem das Verhältnis von BA und MA sowie von theoretischen und praktischen Anteilen in dem jeweiligen Studiengang, das Profil der MA-Studiengänge („stärker anwendungsorientiert“ oder „stärker forschungsorientiert“), die Studiendauer, die Modulhalte, die Gewichtung der Module, die Einbindung von Schlüsselqualifikationen, die Qualifizierungsziele und Fragen der Arbeitsmarktrelevanz und Beschäftigungsfähigkeit der Absolventen geklärt beziehungsweise neu bestimmt werden. Die genannten Aspekte werden in den Studiengängen der jeweiligen Fächer, aber auch in fachlich vergleichbaren Studiengängen sehr unterschiedlich gelöst. Darüber hinaus müssen sich alle Studiengänge dem qualitätssichernden Verfahren der Akkreditierung und Reakkreditierung unterziehen (Kälble 2006, 227).

2.2.2 Akademisierung der Gesundheitsfachberufe

Begründet mit erhöhten Anforderungen an die Berufsausübung, der Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Fundierung der beruflichen Tätigkeit und der Akademisierung entsprechender Ausbildungen im Ausland fordern zunehmend mehr Gesundheitsfachberufe eine Hochschulqualifizierung. Die Debatte um die Akademisierung und das Ausbildungsniveau der Gesundheitsfachberufe erhält aber nicht nur durch den Bologna-Prozess, sondern auch durch den „Kopenhagen-Prozess“ neue Impulse. In diesem Prozess geht es um die Angleichung europäischer Standards für die berufliche Qualifizierung sowie eine bildungspolitisch angestrebte stärkere Verzahnung zwischen dem wissenschaftlichen und dem beruflichen Bildungssektor. Die aktuell auf europäischer

Ebene debattierte Entwicklung eines Leistungspunktesystems für die formalen Bildungsgänge der beruflichen Bildung (ECVET – European Credit System for Vocational Education and Training) und seine mögliche Einbeziehung in einen einheitlichen Europäischen Qualifikationsrahmen (EQF – European Qualifications Framework) werden die Diskussion weiter befördern. Eine zunehmende Rolle spielt auch der politische Druck, die Hochschulen für beruflich qualifizierte zu öffnen, um so die im OECD-Vergleich geringe Akademikerquote in Deutschland zu steigern. Diese Entwicklungen und Chancen werden im Gesundheitsbereich derzeit besonders von den therapeutischen Fachberufen wie Ergo-, Physiotherapie und Logopädie sowie zunehmend auch von der Pflege genutzt.

Im Bereich der Therapieberufe wurden ab der Jahrtausendwende vorwiegend berufsspezifische BA- und unterschiedliche Schwerpunkte setzende MA-Studiengänge eingerichtet. Die derzeit etwa 30 Studiengänge (überwiegend noch auf BA-Niveau), die fast ausschließlich an Fachhochschulen angesiedelt sind, zeigen keine einheitliche Kontur: Sie unterscheiden sich hinsichtlich der vermittelten Inhalte, der Studienstruktur, der Dauer, der Qualifikationsziele. Es gibt ausbildungsintegrierende (duale) BA-Studiengänge, bei denen eine Fachhochschule mit ausgewählten Fachschulen kooperiert und einen Teil der parallelen Berufsausbildung auf das BA-Studium anrechnet. Innerhalb von vier bis fünf Jahren werden dabei die staatliche Anerkennung zur Berufsausübung und ein erster akademischer Grad vergeben. An Bedeutung gewinnen zudem Modelle, in denen Anteile einer abgeschlossenen Berufsausbildung pauschal oder auf Basis einer Gleichwertigkeitsprüfung auf ein BA-Studium angerechnet werden. Außerhalb von Hochschulen erworbene Kompetenzen ersetzen derzeit zumeist ein Drittel eines Studiums.

Inzwischen ermöglicht eine in die Berufsgesetze der Pflege eingefügte Modellversuchsklausel zeitlich befristet Ausbildungsformen zu erproben, die von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung abweichen. Damit ist einerseits die Chance verbunden, innovative Ausbildungskonzepte zu testen, andererseits aber auch die Gefahr einer Zersplitterung durch länderspezifische Ausbildungslösungen (vgl. SVR 2007, Ziff. 77).

2.2.3 Neue Ausbildungsmöglichkeiten und Berufschancen aufgrund neuer Bedarfe

Aufgrund neuer Berufschancen und Arbeitsmarktbedarfe sind im Kontext des Bologna-Prozesses vielfältige neue grundständige und weiterqualifizierende Studiengänge entwickelt und eingerichtet worden. Eine Vielzahl weiterer Studiengänge ist in Planung: zum Beispiel Studiengänge für den Bereich „Hebammenwesen“ oder Studiengänge für das auch unter Kostengesichtspunkten neu entwickelte Berufsbild des „Arztassistenten“ („Physician Assistant“, zum Beispiel in der operativen Medizin).

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens boomen derzeit die für Hochschulen finanziell lukrativen weiterbildenden MA-Studiengänge, die Führungskräften auf den unterschiedlichen Entscheidungsebenen (zum Beispiel Ärzten) ökonomische und betriebswirtschaftliche Kenntnisse sowie Management-Know-how vermitteln (Kälble 2004; Pundt und Matzick 2008), beispielsweise „Medical Process Management“, „Consumer Health Care“, „Health Care Management“ oder „Medizincontrolling“. Auch im grundständigen Studienbereich wurden und werden neue ökonomie- und managementorientierte Studiengänge geschaffen, zum Beispiel „Management im Gesundheitswesen“, „Medizin-Ökonomie“, „Controlling und Informationstechnologie in der Gesundheitswirtschaft“.

Neue Bedarfe werden auch in den Bereichen Gesundheitsberatung, Case Management und Marketing gesehen (Pundt und Matzick 2008), für die erste Studiengänge eingerichtet wurden, zum Beispiel „Health Communication“ und „Public Health Care and Case Management“. Absehbar ist auch, dass zumindest einige Medizinische Fakultäten die Empfehlung des Sachverständigenrates, die „Verantwortung für die kooperationsfördernde und professionsübergreifende Lehre und Forschung im Bereich aller Gesundheitsberufe zu übernehmen“ (SVR 2007, Ziff. 268), aufgreifen und in Form von Studienangeboten für Gesundheitsfachberufe umsetzen.

2.2.4 Durchlässigkeit zwischen beruflichem und hochschulischem Bildungssektor

Die Bestrebungen von Bund und Ländern, im Rahmen des Bologna-Prozesses eine stärkere Verknüpfung von beruflicher Bildung und Studium sowie eine deutlich breitere Öffnung des Hochschulzugangs für beruflich Qualifizierte zu erreichen, gelten auch für das Studienfeld Gesundheitswesen (Kälble 2006, 229). Eine Verzahnung von Berufsausbildung und Hochschulstudium findet derzeit insbesondere in den die Ausbildung integrierenden (dualen) BA-Studiengängen statt, die den Erwerb eines Berufsabschlusses und eines ersten Hochschulgrads ermöglichen. Auch die zunehmenden Chancen, beruflich erworbene Qualifikationen auf das Studium anrechnen lassen zu können, sind Ausdruck einer verbesserten Durchlässigkeit zwischen den beiden Bildungssektoren. Mit diesen BA-Studiengängen kann zwar ein Beitrag zur Hebung der Akademikerquote geleistet werden, ob sich damit aber der gleichzeitig formulierte Anspruch an Wissenschaftlichkeit und Reflexivität der Absolventen wird einlösen lassen, ist ungewiss. Darüber hinaus bieten die Anrechnungsmodelle zwar die Chance einer Aufwertung der schulischen Ausbildung, beinhalten aber auch die Gefahr einer möglichen Verflachung des hochschulischen Anspruchs- und Wissenschaftsniveaus (Kälble 2008b).

Auch die Öffnung des Hochschulzugangs für beruflich Qualifizierte ohne schulisch erworbene Hochschulzugangsberech-

tigung (Fachhochschulreife, fachgebundene oder allgemeine Hochschulreife) wird derzeit politisch forciert. Entsprechende landesrechtliche Regelungen gibt es inzwischen in allen Bundesländern. Für grundständige Studiengänge erforderlich ist dabei zumeist ein mittlerer Bildungsabschluss, eine abgeschlossene Berufsausbildung und zum Teil eine mehrjährige Berufspraxis. Die Hochschulzulassung steht dabei in der Regel in Zusammenhang mit der beruflichen Qualifikation und wird nur für einen bestimmten Studiengang gewährt. In einigen Bundesländern werden zusätzlich eine Zugangsprüfung, ein Eignungsgespräch oder ein Probestudium verlangt. Diese Entwicklung kann kontrovers diskutiert und gewertet werden. Die für den Hochschulzugang geltenden formalen Anforderungen werden damit jedoch deutlich gesenkt (Kälble 2008b).

Seit einigen Jahren ist in Deutschland darüber hinaus eine zunehmende Neugründung von privaten (Fach-)Hochschulen zu beobachten, die sich ausschließlich oder unter anderem dem (wohl auch für die Träger dieser Hochschulen wirtschaftlich attraktiven) Studienfeld Gesundheit widmen. Einen nicht unerheblichen Teil dieser Hochschulen haben Unternehmen (Bildungskonzerne) gegründet, die unternehmerisch in der Bildung, vor allem in der beruflichen Aus- und Weiterbildung tätig sind und sich zunehmend den für sie wohl auch lukrativen Geschäftsbereich hochschulische Bildung erschließen. Sie bieten vor allem Studiengänge für Gesundheitsfachberufe (zum Beispiel Pflege, Physio- und Ergotherapie) oder gesundheitsnahe neue Berufe an. Häufig ist dabei eine enge Kooperation mit den zu diesen Trägern gehörenden Fachschulen gegeben (Kälble 2008b).

2.2.5 Die Debatte um die Einführung des zweistufigen Studiensystems in der Medizin

Die Medizin hat sich (unterstützt durch ein Gutachten des Wissenschaftsrats aus dem Jahr 2002) bisher erfolgreich gegen eine flächendeckende Umstellung auf die BA- und MA-Studiengänge behauptet (dies gilt übrigens auch für die Juristen und Lehrer). Seit etwa 2004 wird in Deutschland jedoch intensiver und sehr kontrovers über die Einbeziehung der Medizin in den Bologna-Prozess und die damit verbundene Neustrukturierung der akademischen Ausbildung debattiert. Auch gibt es an einigen Universitäten inzwischen Überlegungen, im Rahmen der Experimentierklausel für Modellstudiengänge in der ärztlichen Approbationsordnung einen zweistufigen Abschluss einzuführen.

Bei der Ärzteschaft hat die Einführung einer gestuften Struktur in der Medizin bislang nur wenige Anhänger gefunden. Insbesondere der „Deutsche Ärztetag“, der „Medizinische Fakultätentag“, die „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ und die „Ärztikammer“ vertreten eine ablehnende oder zumindest sehr skeptische Position (v. Troschke 2008). Sie bezweifeln, dass die bisherige Einheit von Studium und staatlich regulierter Ausbildung

in die gestufte Struktur passe. Auch wird darauf verwiesen, dass mit der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung 2003 bereits eine umfassende Reform des Medizinstudiums durchgeführt worden sei. Aus Sicht der Gegner und Skeptiker ist zudem unklar, für was genau ein BA der Medizin qualifizieren soll und welche Berufsmöglichkeiten es mit diesem Abschluss geben könnte. Die Befürworter hingegen sehen im BA eine „Exit-Option“ und verweisen dabei auf die hohen Abbrecherquoten sowie auf einen hohen Prozentsatz an Absolventen, die nicht den Beruf des Arztes ergreifen.

Wie eine Bestandsaufnahme der „Association for Medical Education in Europe“ (AMEE) aus dem Jahr 2007 zeigt, haben bislang nur wenige der Länder, die sich dem Bologna-Prozess angeschlossen haben, eine zweistufige Struktur in der Medizin eingeführt (Tabelle 2). Sieben Länder haben eine Umstellung verbindlich vorgeschrieben, 19 Länder haben ihren Universitäten die Umsetzung explizit untersagt und 11 Länder, darunter auch Deutschland, haben noch keine abschließende Entscheidung getroffen (*Patricio et al. 2008; Hibbeler und Richter-Kuhlmann 2008*). Ob sich die deutsche Bildungspolitik für oder gegen eine zweistufige Gliederung des Medizinstudiums entscheidet, bleibt abzu-

warten. Bei der Entscheidungsfindung sollten die Erfahrungen aus Ländern berücksichtigt werden, die ihre Medizin auf das zweistufige System umgestellt haben.

3 Fazit und Ausblick

Durch die veränderten Versorgungsanforderungen und den Trend zu immer höheren Qualifikationsanforderungen ist ein bildungs- und berufsstruktureller Wandel bei den Gesundheitsberufen in Gang gekommen, der noch keineswegs abgeschlossen ist. Er wird sich in den nächsten Jahren im Zuge der Harmonisierung der europäischen Berufsbildungs- und Studiensysteme ebenso fortsetzen wie das Drängen der Gesundheitsfachberufe aus den Fachschulen an die Hochschulen. Das Studium an einer Hochschule wird allerdings – allein schon aus Kapazitäts- und Ressourcengründen – die Ausbildung an Fachschulen nicht ersetzen können.

Für viele der neu entstandenen Studiengänge gilt, dass weder die Berufsbilder und Berufsfelder klar begrenzt und konzeptuell abgesichert sind, noch Bildungs- und Arbeits-

TABELLE 2

Implementierung des zweistufigen Bologna-Prozesses im Medizinstudium: 46 Länder im Vergleich

Bachelor-/Master-Struktur im Medizinstudium im Kontext von Bologna	Länder
verbindlich vorgeschrieben	<ul style="list-style-type: none"> • Armenien • Belgien • Dänemark • Holland • Island • Portugal • Schweiz
Ablehnung	<ul style="list-style-type: none"> • Albanien • Bulgarien • Estland • Georgien • Italien • Kroatien • Litauen • Malta • Montenegro • Norwegen • Österreich • Polen • Rumänien • Russland • Serbien • Slowakai • Spanien • Ukraine • Ungarn
noch keine Entscheidung getroffen	<ul style="list-style-type: none"> • Azerbaijan • Deutschland • Frankreich • Griechenland • Großbritannien • Irland • Lettland • Moldavien • Mazedonien • Slovenien • Türkei
Entscheidung bleibt den Medizinischen Fakultäten überlassen	<ul style="list-style-type: none"> • Bosnien-Herzegovina • Finnland • Schweden • Tschechien
Länder ohne Mediziner Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Andorra • Liechtenstein • Luxemburg • Vatikan • Zypern

Quelle: Patricio et al. 2008

markt aufeinander abgestimmt sind. Perspektivisch ist davon auszugehen, dass sich die Ansprüche der Hochschulen an gesundheitsbezogene Studiengänge in den nächsten Jahren bezogen auf die Breite und Tiefe der vermittelten Bildung weiter ausdifferenzieren werden (zum Beispiel hin zu einer stärkeren Praxis- oder aber Wissenschaftsorientierung). Auch zeichnet sich ab, dass mit der Expansion der tertiären Bildung ein wachsender Anteil von Absolventen berufliche Positionen „unterhalb“ von klassischen Akademiker-Positionen übernimmt. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass in bestimmten Handlungsfeldern die Konkurrenz um Zuständigkeiten zwischen den Absolventen unterschiedlicher Studiengänge zunimmt (z.B. im Bereich Management, für das unterschiedliche Fächer qualifizieren).

Empirische Studien, die zeigen könnten, in welchen Fachgebieten wie viele Hochschulabsolventen für die verschiedenen Gesundheitsberufe gebraucht werden, fehlen. Die durchgeführten Verbleibstudien, die in der Regel hochschul- beziehungsweise studiengangsspezifisch ausgerichtet sind und daher mit nur kleinen Grundgesamtheiten laufen, bieten bislang nur begrenzte Möglichkeiten zur Verallgemeinerung der getroffenen (positiven) Aussagen. Weitgehend unbestritten bleibt aber, dass die Gesundheitswirtschaft insgesamt eine Branche mit guten Berufsaussichten ist.

Zu erwarten ist, dass der Bologna-Prozess in Deutschland zumindest partiell auch das Medizinstudium erfassen wird, auch wenn die Einführung einer BA- und MA-Struktur in der Medizin bislang auf erbitterte Widerstände innerhalb der Ärzteschaft und ihren Standesorganisationen stößt. Derzeit überlegen zumindest einige deutsche Universitäten, im Rahmen der Experimentierklausel für Modellstudiengänge in der ärztlichen Approbationsordnung einen zweistufigen Abschluss einzuführen.

Web-Quellen

(letzter Zugriff im März 2009)

- Hochschulkompass (2009):** www.hochschulkompass.de
- Kultusministerkonferenz (2008):** www.akkreditierungsrat.de → Dokumente → unter „Dokumente: KMK Texte“ scrollen bis „Anrechnung von außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium II (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.09.2008)“
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007):** www.svr-gesundheit.de → Gutachten → Gutachten 2007 „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“
- Statistisches Bundesamt (2006):** www.destatis.de → Themen, weitere Themen → Gesundheit → Gesundheitsausgaben → Gesundheitsausgaben 2006 nach Ausgabenträgern

Statistisches Bundesamt (2007a): www.destatis.de → Themen, weitere Themen → Gesundheit → Gesundheitspersonal

Statistisches Bundesamt (2007b): www.destatis.de → Themen, weitere Themen → Gesundheit → Gesundheitspersonal → Tabellen, nach Berufen in 1.000

Statistisches Bundesamt (2008): www.destatis.de → Themen, weitere Themen → Bildung, Forschung, Kultur → Hochschulen → Tabellen → Studierende, insgesamt nach Fächergruppen

Literatur

- Bollinger H, Gerlach A, Pfadenhauer M (Hrsg.) (2005):** Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Frankfurt: Mabuse
- Borgetto B, Kälble K (2007):** Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim, München: Juventa
- Evans M, Hilbert J (2006):** Die Gestaltung von Arbeit und Qualifizierung: Schlüsselherausforderung und Achillesferse für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft. In: Pundt J (Hrsg.). Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Hans Huber, 193–212
- Hibbeler B, Richter-Kuhlmann E (2008):** Bologna-Prozess in der Medizin. Warten auf den großen Wurf. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 46, A2440–A2442
- Kälble K (2004):** Strukturen der (postgradualen) Weiterbildung an deutschen Hochschulen. Ein Überblick über Qualifikationsmöglichkeiten im Bereich Management und Ökonomie. In: Burk R, Hellmann W (Hrsg.). Krankenhausmanagement für Ärztinnen und Ärzte (Loseblattwerk: 6. Ergänzungslieferung). Landsberg: ecomed
- Kälble K (2006):** Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In: Pundt J (Hrsg.). Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Hans Huber, 213–233
- Kälble K (2008a):** Die Gesundheitsfachberufe der Pflege und Therapie im Akademisierungsprozess – eine Analyse der Entwicklungen und Perspektiven in Deutschland. In: Rásky Ě (Hrsg.). Gesundheitsprofi(l) für die Pflege. Pflegewissenschaft in den Berufsalltag: Möglichkeiten auf dem Gesundheitsmarkt. Wien: Facultas, 36–61
- Kälble K (2008b):** Die Gesundheitsberufe im Akademisierungsprozess: Aktuelle Entwicklungen und Problemfelder ihrer Höherqualifizierung. In: Matzick S (Hrsg.). Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim, München: Juventa, 195–212
- Kälble K, Troschke J v (Hrsg.) (1997):** Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften / Public Health. Band 8 der Schriftenreihe der „Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg. Freiburg: DKGW
- Kälble K, Troschke J v (1998):** Studienführer Gesundheitswissenschaften. Band 9 der Schriftenreihe der „Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg. Freiburg: DKGW

Matzick S (Hrsg.) (2008): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim, München: Juventa

Mayntz R, Rosewitz B (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des Deutschen Gesundheitssystems. In: Mayntz R, Rosewitz B, Schimank U, Stichweh R (Hrsg.). Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt am Main: Campus, 117–180

Nefiodow LA (1996): Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Sankt Augustin: Rhein-Sieg Verlag

Patricio M, den Engelsen C, Tseng D, ten Cate O (2008): Implementation of the Bologna two-cycle system in medical education: Where do we stand in 2007? – Results of the AMEE-MEDINE survey. Medical Teacher, Band 30, Heft 6, 597–605

Pundt J (Hrsg.) (2006): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Hans Huber

Pundt J, Matzick S (2008): Qualifizierungsbedarf – Notwendige Herausforderungen für Gesundheitsberufe. Public Health Forum, Band 16, Heft 58, 6–8

Troschke J v (2008): Der Arztberuf im Bologna-Prozess. Public Health Forum, Band 16, Heft 58, 16–17

DER AUTOR



Dr. phil. Karl Kälble, M.A., Jahrgang 1957, Studium der Soziologie, Politik- und Erziehungswissenschaft an der Universität Freiburg, 1996 Promotion. Langjähriger wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung für Medizinische Soziologie an der Universität Freiburg. Seit 2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Akkreditierungsagentur für

Studiengänge im Bereich Gesundheit und Soziales „AHPGS“. Arbeitsschwerpunkte: Berufs-, professions- und bildungssoziologische Fragen des Gesundheitswesens, Hochschulentwicklung, Akkreditierung und Qualitätssicherung von Studium und Lehre, Medizinsoziologie, Public Health, interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen.

Foto: privat

LESERBRIEF

Vorurteilige Schlussfolgerungen schießen über das Ziel hinaus

In Heft 1/09 der GGW beschäftigt sich *Monika Lelgemann* mit der Bewertung von Innovationen. Ausführlich geht sie hierbei auf das „Fallbeispiel Rimonabant“ ein (Seite 17). Sie verweist in diesem Zusammenhang auf ein Abstract „Aidelsburger und Wasem (2006)“. Da liegt schon die erste Unrichtigkeit: Das Abstract wurde bei der GMDS-Jahrestagung eingereicht (und angenommen), allerdings unter Nennung von acht Autoren. Die Vermutung, dass mit der selektiven Wahrnehmung einzelner Autoren ein tendenziöser Zweck beabsichtigt ist, ist zumindest nicht auszuschließen.

In dem Artikel wird dann behauptet: „Unter anderem aufgrund der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Berechnungen wurde ein Kooperationsvertrag zwischen der Deutschen BKK und dem Hersteller geschlossen...“ Da ist der Wunsch, einen Pappkameraden aufzubauen, auf den man sich

dann einschließen kann, offenbar übermächtig geworden. Es gibt nämlich keine Ergebnisse gesundheitsökonomischer Berechnungen, auf denen ein Kooperationsvertrag hätte aufbauen können. Der Abstract beschreibt eine Methode der Datengenerierung und der beabsichtigten Modellentwicklung, jedoch keine Ergebnisse. Zum Zeitpunkt des Abstracts gab es keine Ergebnisse zur Gesundheitsökonomie seitens der Autoren und es hat sie auch im Nachgang nie gegeben. Das gesundheitsökonomische Modell ist (u.a. weil Rimonabant gescheitert ist) nicht fertiggestellt worden, es hat keine Ergebnisse geliefert, mit denen irgend jemand hätte rechnen oder gar Kooperationsverträge abschließen können.

Jürgen Wasem und Pamela Aidelsburger

Kontakt: Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem, Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg Essen, Telefon: 0201 183-4072, E-Mail: juergen.wasem@medman.uni-due.de

Replik der Autorin

Jürgen Wasem und Pamela Aidelsburger sei gedankt für den Hinweis auf die im Artikel verwandte falsche Zitierweise. Ebenfalls für die Klarstellung, dass die im genannten Abstract beschriebenen geplanten Modellierungen nicht durchgeführt wurden, da Rimonabant bereits vorher vom Markt genommen wurde und daher der Vertrag der Deutschen BKK von diesem Vorhaben unbeeinflusst war. Ungeachtet dessen bleibt die Tatsache, dass hier Modellierungen geplant waren und durch Verträge die Einnahme des Arzneimittels gefördert werden sollte, obwohl die Ergebnisse der zugrunde liegenden klinischen Stu-

dien sowohl hinsichtlich der erwünschten als auch der unerwünschten Wirkungen mit großer Unsicherheit behaftet waren und von daher gegenüber einem Einsatz der Substanz größte Vorsicht geboten war. Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund des Wissens um die Ein- und Ausschlusskriterien der Rimonabant-Studien sowie die seitens der Zulassungsbehörden geäußerten Sicherheitsbedenken.

Monika Lelgemann

Kontakt: Dr. med. Monika Lelgemann, MSc, HTA-Zentrum in der Universität Bremen, c/o Institut für Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Bremen, Telefon: 0421 218-3784, E-Mail: lelgemann@uni-bremen.de