

KFH

Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz
Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses
Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Professionali Svizzere
Rectors' Conference of the Swiss Universities of Applied Sciences

Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe

Abschlussbericht

Cécile Ledergerber, Jacques Mondoux, Beat Sottas

Von der Steuerungsgruppe einstimmig genehmigt am 25.6.2009

Management Summary

Mit der 2005 erfolgten Überführung der Fachhochschul-Ausbildungen im Bereich Gesundheit in die Regelungskompetenz des Bundes ist das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) verantwortlich, dass für die Anbieter solcher Studiengänge gesamtschweizerisch einheitliche und verbindliche Anforderungen gelten. Die Kompetenzen sollen sicherstellen, dass ein breites Spektrum an Zielen erreicht wird: wissenschaftlich fundiertes und wirtschaftliches Handeln, Nicht-Schädigung und Patientensicherheit, Wirksamkeit und Qualität. Einheitliche Kompetenzen sind auch wichtig, damit Gewissheit besteht, dass die Absolventen zur Berufsausübung befähigt sind und die Freizügigkeit national und international gewährleistet ist.

Zwischen Februar 2008 und Februar 2009 wurden im vorliegenden Projekt für die FH-Studiengänge Ergotherapie, Ernährung und Diätetik, Hebamme, medizinisch-technische Radiologie, Pflege und Physiotherapie die für die reglementierte Berufsausübung erforderlichen allgemeinen und berufsspezifischen Abschlusskompetenzen auf Bachelor- und Masterstufe festgelegt. In zwei Teilprojekten wurden im Mai-Juni 2009 die Studiengänge in Pflege und Medizinisch-technischer Radiologie der Höheren Fachschulen und des Bachelor verglichen, um die Differenzen zu ermitteln.

Es wurden vier Kategorien von allgemeinen Kompetenzen erarbeitet: Gesundheitspolitisches Orientierungswissen; Berufsspezifische Expertise und Methodenkompetenz; Professionalität und Verantwortungsbewusstsein; Kommunikation, Interaktion, Dokumentation als unabdingbare Voraussetzung für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

Die berufsspezifischen Kompetenzen sind in sieben Rollen gefasst, welche die Berufsausübung fokussieren: Experte in..., Kommunikator, Teamworker, Manager, Health Advocate, Lernender/Lehrender, Professionsangehöriger. Diese Kompetenzen definieren im Wesentlichen den Umfang des professionellen Handelns in Form von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnissen, die bei Studienabschluss auf Bachelor- und Masterstufe erworben sein müssen.

Die Teilprojekte zum Unterschied zwischen den Bildungsgängen der Höheren Fachschulen und der Bachelor-Studiengänge in der Pflege und in der Medizinisch-technischen Radiologie haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

Pflege: Für die patientenbezogene Arbeit im Alltag erwerben die AbsolventInnen der HF- und BSc-Studiengänge weitgehend vergleichbare Kompetenzen; in der Kernrolle des „Experten in Pflege“ sind die Unterschiede geringfügig. Die Studiengänge haben jedoch unterschiedliche Ausrichtungen: Die HF-Ausbildung betont die Pflege innerhalb eines Betreuungsteam, die Bachelor-Studiengänge sind ebenfalls auf die Pflege ausgerichtet, aber die Ausbildung ist stärker auf die Rolle der Fachperson Pflege in einem System bzw. einer Organisation mit interprofessioneller Kommunikation ausgerichtet. Bachelors in Pflege weisen Mehrwerte auf durch das Verständnis des Behandlungspfads und die Befähigung zum Fallmanagement, die höhere Selbstständigkeit und das Wissen zur Optimierung von Pflegekonzepten, die Fertigkeiten im Clinical Assessment und bei Aktivitäten mit wissenschaftlicher

Orientierung, namentlich in Forschung und Entwicklung, bei der Evaluation von Leistung, Qualität und Wirkungen sowie bei der Qualitätssicherung, Dokumentation und Fehlerkultur.

Medizinisch-technische Radiologie: Die in den aktuellen HF- und BSc-Studiengängen erworbenen Kompetenzen weisen keine signifikanten Unterschiede auf, weil beide Ausbildungen nach Massgabe der Anforderungen der Arbeitswelt harmonisiert sind, 3 Jahre dauern sowie von den Bestimmungen zum Strahlenschutz und vom technologischen Fortschritt bestimmt werden. Der Fachhochschul-Abschluss erweist sich als vorteilhafter, weil er z.B. international besser wahrgenommen wird und den Austausch erleichtert, in der technologisch dominierten Weiterbildungslandschaft besser anschlussfähig ist, mit der Möglichkeit des Erwerbs von CAS, DAS, MAS an Hochschulen Profilierungsmöglichkeiten in neu entstehenden Teil-Arbeitsmärkten eröffnet. Zudem wurde geltend gemacht, dass er sich bei Dienstleistungen für Dritte (Strahlenschutz, Prävention, bildgebende Verfahren) als vorteilhaft erweist.

Das Resultat des Projektes zeigt ein kohärentes, horizontal zwischen den Berufen abgestimmtes Normenwerk für die zu erwerbenden allgemeinen und berufsspezifischen Abschlusskompetenzen der sechs Ausbildungsgänge im Gesundheitsbereich auf Bachelor- und Masterstufe. Die Unterschiede zwischen den Studiengängen HF und BSc sind auf Seite der Bildungsanbieter signifikant, in der Arbeitswelt allerdings noch nicht bedeutsam, weil zum einen noch kaum Berufsleute mit den neuen Qualifikationsniveaus auf dem Markt sind und weil zum anderen weit reichende Reorganisationsprojekte laufen. Das Vorgehen und die Konzeption haben es indessen erlaubt, die vielen wertvollen Vorarbeiten zu integrieren und insbesondere bei der inhaltlichen Erarbeitung der Abschlusskompetenzen durch den intensiven Austausch zwischen den verschiedenen Bildungsstätten, der Arbeitswelt und der Verwaltung die jeweiligen Anliegen und Prioritäten zu berücksichtigen.

Es hat sich gezeigt, dass die nun vorliegenden normativen Vorgaben operationalisiert werden müssen. Ein weiterer logischer Baustein ist die Konkretisierung der Kompetenzvorgaben in Form eines einheitlichen Lernzielkatalogs für jede Studienrichtung, welcher die Inhalte und Kompetenzmessung definiert und später eine Validierung aufgrund von Erfahrungen in der Ausbildung und in der Berufspraxis.

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	2
Vorwort 5	
1. Ausgangslage	7
2. Auftrag und Zielsetzung des Projektes	8
2.1 Auftrag des BBT an die KFH	8
2.2 Projektorganisation	9
2.3 Meilensteine.....	9
2.4 Projektverlauf	10
3. Kontext der Festlegung der Abschlusskompetenzen	11
3.1 Bildungssystematik	11
3.2 Steuerungsebenen	11
3.3 Methodisches Vorgehen und Rahmenkonzept	13
3.4. Ansätze zur Definition der Kompetenzen	15
4. Umsetzung.....	18
4.1 Klärung der Rolle « Experte/in in ... »	19
4.2 Differenzierung der Niveau Bachelor und Master	20
4.3 Differenzierung der Niveau Höhere Fachschule und Bachelor in Pflege und MTRA.....	21
4.4 Differenzierung in der Ausbildung und Situation in der Berufspraxis	21
4.5 Spezielle Verhältnisse in den Studiengängen Pflege und MTRA	22
5. Ergebnisse der Anhörung	24
6. Allgemeine Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH	25
7. Berufsspezifische Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH	25
8. Feststellungen und Kommentare.....	25
8.1 Zielerreichung	26
8.2 Validierung der Abschlusskompetenzen	26
8.3 Zum Verhältnis zwischen MAS und konsekutiven Masterstudiengängen.....	27
9. Weiteres Vorgehen	27

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Entwicklung der Teilprodukte des Projekts Abschlusskompetenzen.....	10
Abb. 3: Steuerungsebenen und Zielhierarchie. Darstellung: Beat Sottas (2008).	13
Abb. 4: Mehrwerte der Ausbildungen auf BSc- und MSc-Niveau, schematisch dargestellt am Beispiel der Rollen Scholar und Communicator.....	20
Abb. 5: Positionierung der Kompetenzprofile HF, BSc, MSc.....	21

Vorwort

Der Bund ist in der Berufsbildung seit dem 1. Januar 2004 (BBG; SR 412.10) und bei den Fachhochschulen seit dem 5. Oktober 2005 (FHSG; SR 414.71) zuständig für die Regelung der Ausbildung der Gesundheitsberufe. Vorher lag die Regelungskompetenz für die reglementierten Gesundheitsberufe bei den Kantonen, die das Schweizerische Rote Kreuz SRK für die Regelung und die Prüfung der Einhaltung der notwendigen Berufskompetenzen beauftragt hatten. Seit der neuen Zuständigkeitsordnung im Berufsbildungsbereich und Fachhochschulbereich stellt der Bund die Standards sicher, in der beruflichen Grundbildung über Bildungsverordnungen, in der höheren Berufsbildung durch Rahmenlehrpläne.

Für die Fachhochschulausbildungen im Gesundheitsbereich, das heisst für die Studiengänge in Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebamme, Ernährung und Diätetik und medizinisch-technische Radiologie MTRA sind gesamtschweizerisch verbindliche Standards ausstehend. Die Überprüfung der FH-Studiengänge im Gesundheitsbereich erfolgte aufgrund des Profils der GDK für Fachhochschulen Gesundheit durch die Diplomanerkennungskommission von EDK und GDK. Das Profil enthält neben generellen Lernzielen v.a. Strukturvorgaben und vermag zum Gewährleisten der Berufsqualifikation nicht zu genügen.

Bei den universitären Medizinalberufen erfolgt die Regelung über das Medizinalberufegesetz MedBG. Darin sind die allgemeinen und berufsspezifischen Ausbildungsziele beschrieben, die einerseits durch die Eidgenössische Prüfung und andererseits über die Akkreditierung der Studiengänge sichergestellt werden. Zur Zeit wird beim Bund das Festlegen von einheitlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für alle von universitären Hochschulen oder von Fachhochschulen angebotenen und reglementierten Aus- und Weiterbildungen im Bereich Gesundheit geprüft. Dieses Projekt ist parallel zur neuen Hochschulgesetzgebung geplant, die frühestens 2012 in Kraft treten wird.

In der Übergangsphase soll pragmatisch eine Lösung für die Sicherstellung der Mindestanforderungen der Gesundheitsberufe im Fachhochschulbereich angestrebt werden. Das BBT unterbreitete der Rektorenkonferenz der Fachhochschulen KFH zwei Möglichkeiten: Das Festlegen von Standards auf Verordnungsstufe durch den Bund oder das Festlegen von Standards durch die KFH. Das BBT und die OdA-Santé haben - in Rücksprache mit dem Bundesamt für Gesundheit BAG - die zweite Variante bevorzugt. Die KFH war gerne bereit, darauf einzutreten und hat in der Folge gemeinsam mit dem BBT einen Projektplan erarbeitet und die Leitung des Projekts übernommen.

Mit den nun vorliegenden Abschlusskompetenzen für die FH-Gesundheitsberufe auf Bachelor- und Masterstufe liegen nun verbindliche Standards vor, deren Einhaltung bei der Akkreditierung der Studiengänge überprüft werden können. Dabei wurde ein Ansatz gewählt, der bei einer allfälligen späteren einheitlichen Regelungen aller Gesundheitsberufe die Arbeit vereinfachen wird, da dasselbe

Kompetenzmodell zugrunde gelegt wurde wie bei den Medizinalberufen. Es ist erfreulich, dass sich alle an diesem Projekt Beteiligten, die Abnehmerseite, die Berufsverbände, die betroffenen Hochschulen und Bundesstellen hinter diesen innovativen und hochschulgerechten Ansatz stellen konnten.

Während der Arbeiten an den Abschlusskompetenzen initiierte das BBT mit der Oda-Santé ein Projekt ‚Schlüsselaktivitäten‘. Dabei wurden bei Verantwortlichen für Pflege und Berufsangehörigen in Spitälern, Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen die wichtigsten Arbeitsaufgaben für Pflegende mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe erhoben. Das BBT bat die Projektleitung, das Ergebnis des Projektes Abschlusskompetenzen einer ersten Validierung zu unterziehen und zu prüfen, ob die Abschlusskompetenzen mit den Schlüsselaktivitäten übereinstimmen. Da noch keine definitiven Ergebnisse des Projekts Schlüsselaktivitäten vorlagen, konnte dieser Teil jedoch nicht durchgeführt werden.

Mit den Abschlusskompetenzen verbunden sind zwei andere Anliegen: die Bewilligung von Masterstudiengängen im Gesundheitsbereich an den Fachhochschulen sowie die Regelung des nachträglichen Titelerwerbs für die Pflege und MTRA. Die Vorleistungen sind nun erbracht, sodass diese beiden Anliegen weiterbearbeitet werden können und die FH-Gesundheitsberufe voll in den FH-Regelungen berücksichtigt sind.

An den Abschlusskompetenzen haben sehr viele Personen mitgewirkt, in der Projektsteuerung, in den Projektgruppen, bei den Vernehmlassungspartnern. Eine grosse, kompetente Arbeit hat aber v.a. die Projektleitung durch Cécile Ledergerber und Jacques Mondoux geleistet. Sie wurde dabei hervorragend von Beat Sottas unterstützt, der bereits als Verantwortlicher im BAG für die Kompetenzerarbeitung bei den universitären Medizinalberufen beteiligt war. Ihnen allen ist für ihre Arbeit herzlich zu danken.

Hans-Kaspar von Matt
Stv. Generalsekretär KFH

Leiter Steuerungsgruppe

1. Ausgangslage

Gesundheit ist ein hohes Gut, welches durch mehrere Verfassungsartikel sowie Bundesgesetze, kantonale Gesetze und nachgeordnete Rechtserlasse einen besonderen Schutz genießt. Die meisten Berufe im Gesundheitswesen sind deshalb reglementiert. Das für die Berufsausübung notwendige staatliche Diplom kann erst erteilt werden, wenn die hoheitlich vorgegebenen beruflichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse tatsächlich erworben wurden.

Mit der 2005 erfolgten Überführung des Fachbereichs Gesundheit bei den Fachhochschulen in die Regelungskompetenz des Bundes ist das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) verantwortlich, auf Fachhochschulstufe (FH) für die Anbieter von Studiengängen im Fachbereich Gesundheit für gesamtschweizerisch einheitliche Anforderungen zu sorgen und sicherzustellen, dass die Einhaltung dieser Vorgaben im Rahmen der Akkreditierung überprüft werden.

Aufgrund berufsspezifisch und regional unterschiedlicher Entwicklungen fehlen bei den FH-Ausbildungen im Fachbereich Gesundheit verbindliche, gesamtschweizerisch gültige Anforderungen. Die Rektorenkonferenz der Fachhochschulen (KFH) hat sich deshalb auf Anfrage des BBT bereit erklärt, in enger Zusammenarbeit mit den Organisationen der Arbeitswelt (OdASanté), den Berufsorganisationen, dem BBT, dem BAG, der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), der Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK) und der Fachkonferenz Gesundheit die Abschlusskompetenzen für die auf FH-Stufe angebotenen Studiengänge auszuarbeiten .

Bei den *universitären Medizinalberufen* Humanmedizin und , Chiropraktik sind die Anforderungen an die universitäre Aus- und die berufliche Weiterbildung sowie die Voraussetzungen für das Erlangen eines eidgenössischen Diploms (berechtigt zur Berufsausübung unter Aufsicht) und eines eidgenössischen Weiterbildungstitels (berechtigt zur selbstständigen Berufsausübung) im Medizinalberufegesetz¹ und den nachgeordneten Erlassen geregelt.

Bei den *höheren Fachschulen* legen im Bereich Gesundheit die Rahmenlehrpläne, die vom BBT genehmigt werden, das jeweilige Berufsprofil und die zu erreichenden Kompetenzen für die Anerkennung des Bildungsgangs und damit die Berufsbefähigung fest².

Der Studiengang Pflege wird in der Deutschschweiz und im Tessin auch auf Niveau HF angeboten, ebenso die MTRA in der Deutschschweiz und im Tessin. Aufgrund dieser Ausgangslage ergibt sich der Anspruch einer Differenzierung der Abschlusskompetenzen zwischen den jeweiligen Studiengängen der Höheren Fachschulen und des Bachelor-Niveaus.

¹ Siehe SR 811.11.

² Siehe Verordnung des EVD über Mindestvorschriften für die Anerkennung von Bildungsgängen und Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen (SR 412.101.61).

2. Auftrag und Zielsetzung des Projektes

Gemäss Projektplan vom 18.2.08 sind bis Anfang 2009 für die FH-Studiengänge Ergotherapie, Ernährung und Diätetik, Hebamme, medizinisch-technische Radiologie Pflege und Physiotherapie die für die reglementierte Berufsausübung erforderlichen Abschlusskompetenzen festzulegen. Die Abschlusskompetenzen werden für die Bachelor-Stufe und die konsekutive Master-Stufe festgelegt.

Die Anforderungen an die Abschlusskompetenzen müssen vier Vorgaben erfüllen:

- den gesetzlichen Vorgaben des Bundes und der Kantone entsprechen
- den national und international gängigen Qualitätsstandards Rechnung tragen
- die Anforderungen für die europäische Anerkennung der Studiengänge (EU-Richtlinien) erfüllen
- in der Pflege und bei der medizinisch-technischen Radiologie (MTRA) eine klare Differenzierung der Abschlusskompetenzen der Bildungsgänge auf der Stufe höhere Fachschule (HF) und der Bachelor- Studiengänge der Fachhochschulen ausweisen.

Die Zielsetzung des Auftrags ergibt sich aus den gesundheits- und bildungspolitischen Rahmenbedingungen:

- nach Sicherstellung der im Arbeitsmarkt nachgefragten und für die Berufsausübung erforderlichen Berufskompetenzen (kantonale Gesetzgebung, kantonale Berufsausübungsbewilligungen und kantonale Aufsicht) und der europäischen Anerkennung der Abschlüsse (EU-Richtlinien)³;
- nach klaren Vorgaben für die Überprüfung der Ausbildungsziele und –inhalte im Rahmen der Akkreditierung der Studiengänge;
- nach einer klaren Abgrenzung der Ausbildungsziele auf der Stufe höhere Fachschule und Fachhochschule für die Ausbildung in Pflege und MTRA.

2.1 Auftrag des BBT an die KFH

Die KFH kommt der Anfrage des BBT im Rahmen eines Projekts in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit BAG, der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK und der OdASanté sowie einer breit abgestützten Steuerungsgruppe nach.

Der Projektplan (siehe Anhang II) legt das Vorgehen zur Erarbeitung der Abschlusskompetenzen in den verschiedenen Ausbildungen fest. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass den oben genannten Kriterien

³ Siehe Schreiben von Frau Bundesrätin D. Leuthard vom 19. Juni 2007 an die Kommission der Europäischen Gemeinschaft.

und Rahmenbedingungen Rechnung getragen wird und insbesondere die national einheitliche Berufsqualifikation und die europäische Anerkennung der Abschlüsse sichergestellt sind.

2.2 Projektorganisation

a) **Steuerungsgruppe und Steuerungsausschuss**

Die Steuerungsgruppe ist die massgebliche strategische Instanz des Projektes. Ihr gehören rund 25 Vertreter/innen der KFH, der Fachhochschulen, die Studiengänge im Fachbereich Gesundheit anbieten, des BBT, des BAG, der GDK, der OdA-Santé und Berufsorganisationen wie der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, Physioswiss und der Schweizerische Dachverband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG an. Die Vorbereitung der Sitzungen wird von einem Steuerungsausschuss wahrgenommen (siehe Anhang II).

b) **Projektleitung**

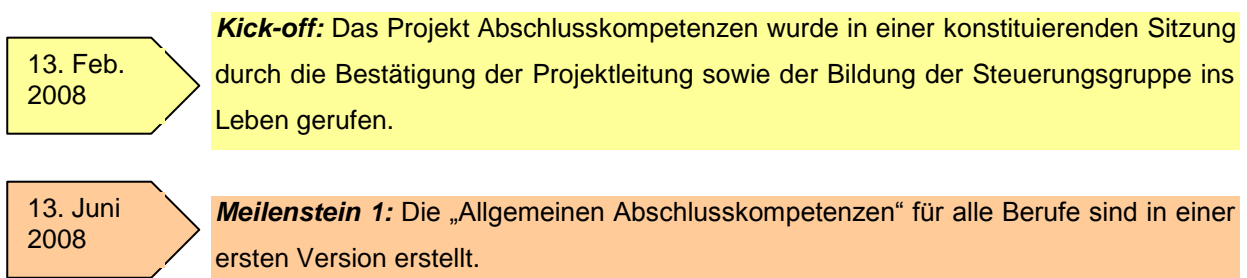
Als Co-Projektleitung wurden Frau Cécile Ledergerber (Studiengangleiterin Bachelor Physiotherapie an der ZHAW) und Herr Jacques Mondoux (Professeur, Responsable de filière soins infirmiers HES-SO / Fribourg) eingesetzt. Die Projektleitung wurde durch Dr. Beat Sottas (sottas formative works, Bourguillon FR) als Experte unterstützt.

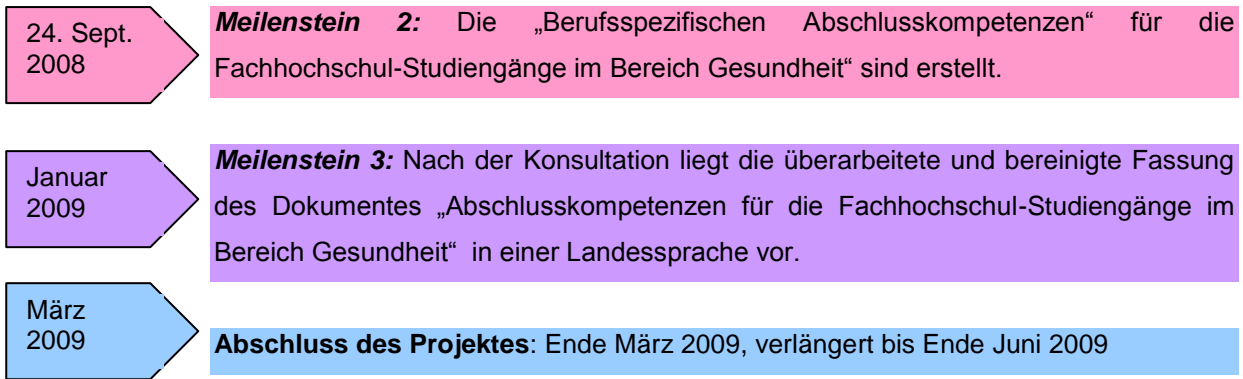
c) **Projektgruppe**

Für die inhaltlich korrekte Erarbeitung der berufsspezifischen Abschlusskompetenzen wurde eine Projektgruppe gebildet, welche sich aus Fachpersonen aller FH-Gesundheitsberufe zusammensetzt, die Mitglieder der jeweiligen Berufskonferenzen sind (siehe Anhang II).

2.3 Meilensteine

Der Projektverlauf ist in Teilprodukte gegliedert worden, die jeweils durch die Steuerungsgruppe approbiert wurden:





2.4 Projektverlauf

Die Festlegung der Abschlusskompetenzen erforderte die Klärung verschiedener konzeptioneller und inhaltlicher Fragen. Wesentlich für das Gelingen war, die umfangreichen Vorarbeiten für die Ausgestaltung der Studiengänge zu würdigen und auf übergeordneter Ebene zu integrieren. Auf der Zeitachse dargestellt sind folgende Teilprodukte erarbeitet worden:

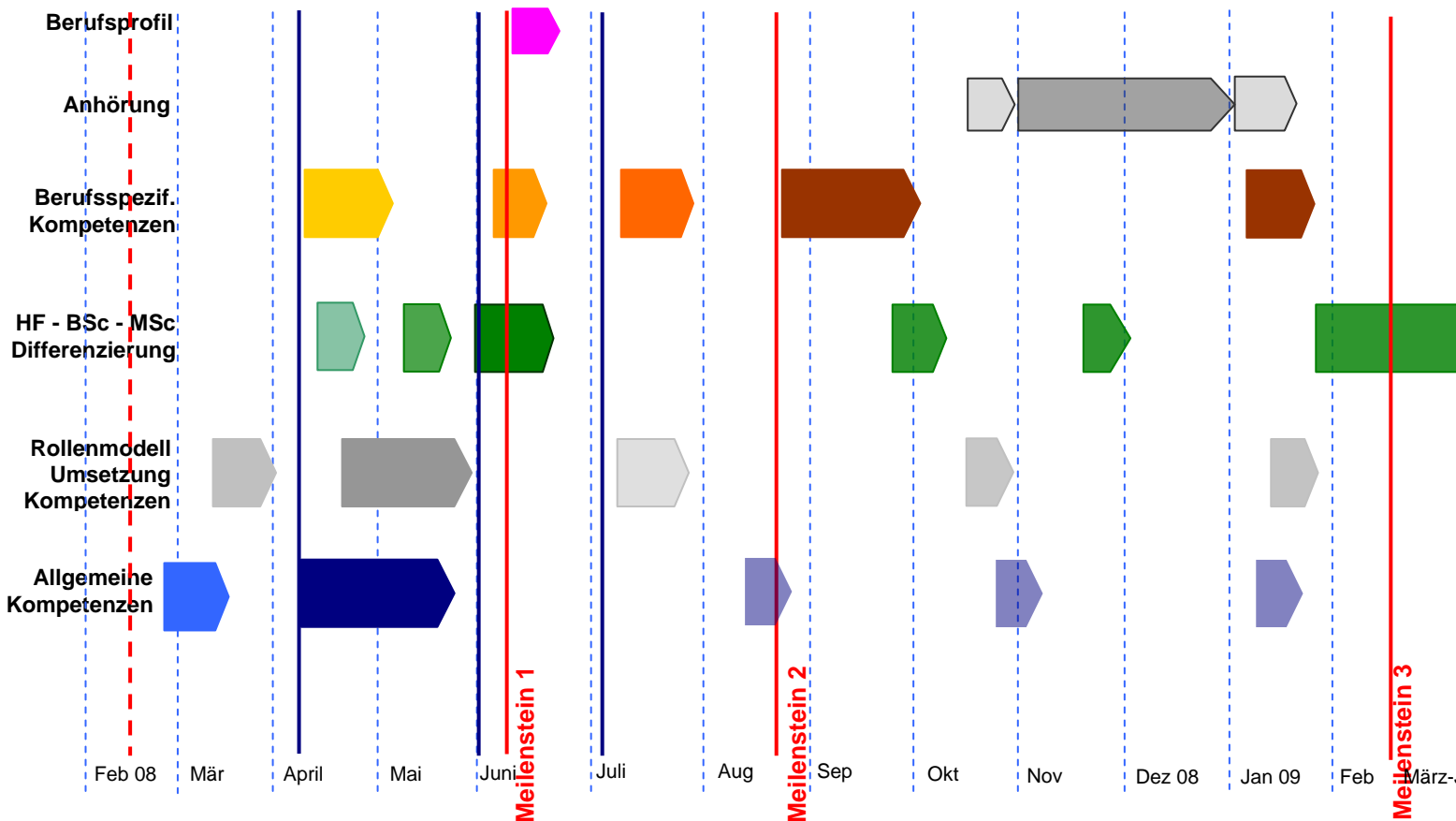


Abb. 1: Entwicklung der Teilprodukte des Projekts Abschlusskompetenzen

3. Kontext der Festlegung der Abschlusskompetenzen

3.1 Bildungssystematik

Mit der Inkraftsetzung der revidierten Bundesverfassung (1.1.2000) wurde die Regelungskompetenz für die Berufsbildung auf Bundesebene verstärkt und vereinheitlicht. Im Rahmen der Anpassung der nationalen Bildungssystematik im Gesundheitswesen wurden u.a. Ausbildungen auf der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe neu positioniert und die Übergänge zwischen der Höheren Berufsbildung und den Hochschulen festgelegt. Mit der Abstimmung der Ausbildungen ab Ende der obligatorischen Schulzeit bis zum Hochschulabschluss und Ausbildungsangeboten auf allen Stufen – nach dem Leitmotiv „kein Abschluss ohne Anschluss“ – wurde in den Gesundheitsberufen der bildungspolitische Spezialfall aufgehoben.

Die Gesundheitsberufe Ergotherapie, Ernährung und Diätetik, Hebammen, Medizinisch-Technische Radiologie (MTRA), Pflege und Physiotherapie auf der Tertiärstufe an Fachhochschulen gelehrt und schliessen auf der ersten Studienstufe mit einem Bachelor of Science (BSc) ab. An Höheren Fachschulen werden folgende Gesundheitsberufe ausgebildet: Pflege, MTRA, Dentalhygiene, Operationstechnik, Medizinisches Labor, Podologie, Orthoptik und Aktivierung. Bei Pflege und MTRA bestehen somit Ausbildungsangebote auf der Tertiärstufe B (Höhere Fachschule) als auch auf der Stufe Tertiär A (Fachhochschule)

Die ersten FH-Bachelor-Diplome werden im Herbst 2009 erteilt⁴. Mit dem Aufbau von Masterstudiengängen sollen Diplomierte auch die Möglichkeit zu einem Masterstudium haben.

Das Projekt Abschlusskompetenzen steht in engem Zusammenhang mit den Abklärungen zur Bewilligung von Masterstudiengängen im Fachbereich Gesundheit. Ein Entscheid setzt vorab die Klärung hinsichtlich der Unterschiede bei den Kompetenzprofilen und der Zusammenarbeit in der Ausbildung (höhere Fachschulen / Fachhochschulen / universitäre Hochschulen) im Fachbereich Gesundheit voraus. Es gibt im Fachbereich Gesundheit keine schlüssige gesamtschweizerische Differenzierung der Abschlusskompetenzen auf Stufe Höhere Fachschule und Bachelor Fachhochschule. In zwei Teilprojekten sind die bildungsseitigen Unterschiede herausgearbeitet worden.

3.2 Steuerungsebenen

Bei den FH-Gesundheitsberufen handelt es sich um reglementierte Berufe. Diese Reglementierung wird von übergeordneten rechtlichen Normen abgeleitet (Verfassung, Gesetze) und steht im Dienste der Patientensicherheit und Wirksamkeit des beruflichen Handelns. Faktisch ist es eine Kontrolle der diagnostisch, pflegerisch und therapeutisch Tätigen hinsichtlich ihrer Befähigung zur Berufsausübung. Die Regulierungsebene, die Instrumente und der Vollzug haben sich im Verlaufe der Zeit gewandelt.

⁴ In der Westschweiz werden seit 2002 Bachelor-Studiengänge angeboten.

Anstelle detaillierter hoheitlicher Vorgaben basiert eine moderne Konzeption auf der Regelung mittels normativer Ziele über die erwerbenden Kompetenzen. Diese gesteht den Anbietern von Bildungsgängen bei der Umsetzung Gestaltungsspielräume und unterschiedliche Prioritätensetzungen zu.

Aus dieser Konzeption ergibt sich eine Hierarchie der allgemeinen und berufsspezifischen Kompetenzen sowie fachspezifischen Lernzielen, die auf unterschiedlichen Steuerungsebenen angesiedelt sind:

- **Allgemeine Kompetenzen:** Aufgrund der Verfassungsbestimmungen⁵ zum Gesundheitsschutz gelten die allgemeinen Kompetenzen grundsätzlich für alle reglementierten Gesundheitsberufe. Sie drücken im Wesentlichen die hoheitlichen Erwartungen aus, die als Voraussetzung für die Berufsausübung an die Fachleute gerichtet werden.
- **Berufsspezifische Kompetenzen:** Für jedes Berufsprofil werden die Anforderungen unter Berücksichtigung der international etablierten Standards festgelegt. Sie definieren die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse bei Diplomabschlüssen auf Bachelor- und Masterstufe und bestimmen damit im Wesentlichen den Umfang des professionellen Handelns.
- **Fachspezifische⁶ Lernziele:** Damit die Ausbildungsstätten bedarfsgerechte Gesundheitsfachleute ausbilden können, entwickeln die Fachhochschulen zur Umsetzung ihres Bildungsauftrags für jeden Studiengang je einen schweizweit verbindlichen Lernzielkatalog. Unter Berücksichtigung der übergeordneten Kompetenzziele können die Lernziele periodisch den sich ändernden Bedürfnissen angepasst werden. Bei der Akkreditierung wird überprüft, ob und in welchem Masse die übergeordneten Vorgaben erfüllt werden.⁷

In der untenstehenden Tabelle ist die Positionierung der allgemeinen und der berufsspezifischen Kompetenzen sowie der fachspezifischen Lernziele dargestellt. In der Mitte sind die berufsspezifischen Kompetenzen, die in diesem Projekt als hauptsächliches Ergebnis auf Bachelor- und Masterebene festgelegt werden.

⁵ Im vorliegenden Kontext ist die Art. 95 der Bundesverfassung abgeleitete Gesetzgebung über die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Berufen im Gesundheitswesen von Relevanz. Den Kern der Verfassungsbestimmungen zum Gesundheitsschutz bilden die Artikel 118-120. Diese regeln den Umgang mit Lebens-, Heil- und Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und gesundheitsgefährdenden Gebrauchsgegenständen, die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten, den Schutz vor ionisierenden Strahlen sowie den Umgang mit Gentechnologie. Die Gesundheit wird durch weitere Verfassungsbestimmungen gefördert oder geschützt, so namentlich durch die Grundrechte (Art. 7-36), welche die Patientenrechte umreissen, die Sozialziele (Art. 41), die Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117), die Erhebung einer besonderen Steuer auf Tabakwaren und alkoholischen Getränken (Art. 131). Weitere gesundheitsrelevante Verfassungsnormen finden sich in den Artikeln 64 (Forschung), 68 (Sport), 74 (Umweltschutz), 97 (Konsumentenschutz), 105 (Alkohol), 110 (Arbeit), 112 (AHV/IV). Zudem gibt es nebst den 26 Gesundheitsgesetzen der Kantone ebenso viele Bundesgesetze und Dutzende von nachgeordneten Rechtserlassen.

⁶ Fachspezifisch meint hier: bezogen auf die Unterrichtsfächer. Die Lernziele sind sowohl aus den allgemeinen als auch aus den berufsspezifischen Kompetenzen abzuleiten. Die Terminologie ist im Rahmen der parlamentarischen Beratung des Medizinalberufe-Gesetzes festgelegt worden.

⁷ Die fachspezifischen Lernziele sind nicht Gegenstand des Projekts Abschlusskompetenzen, siehe dazu die Empfehlungen.

Ebene	Instrumente	Vollzug	Zielebenen
Verfassung	Art. 95 u.a.m. Gesundheitsschutz EU-Recht / EU-Richtlinien	Hoheit, Schutz Zielvorgaben Rechte + Pflichten	
Regulierung + Steuerung	Gesetze (Bund, Kantone) Verordnungen Abschlusskompetenzen (Rahmen)Lehrpläne HF Lernzielkataloge pro Studiengang	Aufsicht Bund: Subventionen, Register Abgrenzung Privilegien Aufsicht Kantone Berufsausübungs- bewilligungen Sanktionen Bedarf der Arbeitswelt	
Ausbildung	Gesundheitspersonal ausbilden Diplom (eidg. Prüfung)	Akkreditierung Freiheitsgrade in der Ausgestaltung und Organisation	

Abb. 3: Steuerungsebenen und Zielhierarchie. Darstellung: Beat Sottas (2008).

Mit Blick auf den effizienten Einsatz der knappen Humanressourcen im Gesundheitsbereich⁸ wird eine Abstimmung und Differenzierung der Berufsprofile über alle Bildungsstufen hinweg angestrebt, von der Sekundarstufe II über die höhere Fachschule, Bachelor und Master bis hin zu den universitären Medizinalberufen.

3.3 Methodisches Vorgehen und Rahmenkonzept

Der Geltungsbereich für die auf Fachhochschulstufe hinsichtlich der reglementierten Berufsausübung zu erwerbenden Kompetenzen umfasst die Studiengänge Ernährung und Diätetik, Ergotherapie, Physiotherapie, Hebammen, Pflege und medizinisch-technische Radiologie. Die Kompetenzen sind auf zwei Ebenen angesiedelt: die allgemeinen Kompetenzen sind für alle Berufe gleich, die berufsspezifischen Kompetenzen werden für jeden Beruf unterschiedlich definiert, wobei hier besonders auf die horizontale Vergleichbarkeit geachtet wird.

Gemäss Projektplan ist das Modell für die Erarbeitung der Kompetenzen an die Vorgaben im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe angelehnt, welches im Herbst 2007 in Kraft getreten ist. Mit dem Projekt Abschlusskompetenzen bot sich die Chance, die Ergebnisse der parlamentarischen Beratung, die Erkenntnisse aus der Umsetzung sowie einige gesundheits- und bildungspolitische Lücken systematisch zu füllen.

⁸ Siehe dazu insb. Jaccard-Ruedin et. al. (2009), Arbeitsdokument 35 des Schweiz. Gesundheitsobservatoriums.

Die allgemeinen Kompetenzen sind aus folgenden Referenzen abgeleitet:

- Gesundheits- und bildungspolitische Vorgaben in der Verfassung, in Bundesgesetzen und kantonalen Gesetzen sowie nachgeordneten Rechtserlassen
- Die europäischen Richtlinien
- Das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG)
- Die Fachhochschulgesetzgebung
- Das Profil der GDK für die Fachhochschulen im Gesundheitsbereich
- Der Rahmenlehrplan HF-Diplomausbildung Pflege und Medizinisch-Technische Radiologie
- Die laufenden europäischen „Tuning-Projekte“ der Gesundheitsberufe
- Das Projekt „Zukunft Medizin Schweiz“ der Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften

Die Erarbeitung der berufsspezifischen Kompetenzen basiert auf dem Referenzmodell von CanMEDS 2005, welches in einem breit abgestützten Prozess für die Mediziner-Ausbildung in Kanada erarbeitet worden ist⁹. Dieses Modell definiert den Begriff Kompetenz als «Prozess, der darin besteht, die grundlegenden Fähigkeiten zu definieren, welche es gestatten, die verfügbaren Erkenntnisse über wirksames Handeln in nutzbringende Elemente für die Ausbildung zu übersetzen» (op. cit. p. 1). Dabei wird eine Vielzahl von Kompetenzen beschrieben in «Metakompetenzen» oder Rollen eines Arztes verdichtet.

Die weltweit hohe Anerkennung des CanMEDS-Modells basiert auf seiner ganzheitlichen Betrachtung der Tätigkeiten der Gesundheitsfachleute. Das Konzept ist eine Antwort auf fundamentale Veränderungen im Gesundheitswesen. Heilung und Linderung von Leiden hängt nicht mehr von der Intervention einer einzigen Person ab. Wirkungen und Patientennutzen sind das Ergebnis eines Prozesses, in dem sich mehrere Personen mit unterschiedlichen Kompetenzen engagieren. Damit die Ziele präventiver, diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer oder palliativer Massnahmen erreicht werden können – und diese Ziele überhaupt definiert werden können – müssen die Health Professionals die Zusammenarbeit in solchen Prozessen lernen.

Health Professionals haben insbesondere mehr zu können und zu leisten als sich auf die diagnostisch-therapeutische Expertise als Fachperson zu konzentrieren. Weil sie Teil eines hoch regulierten und komplex organisierten sowie kostenintensiven Gesundheitssystems sind und das Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu wahren haben, müssen sie auch Kompetenzen als Teamworker, Kommunikatoren, Manager, Anwälte der Gesundheit sowie Lernende und Lehrende erwerben. Das Modell bildet deshalb das professionelle Handeln in sieben Rollen ab, denen jeweils bestimmte Anforderungen und Kompetenzen zugeordnet werden. Im Sinne einer Prioritätensetzung und zur Wahrung der Lesbarkeit wurde die Anzahl der pro Rolle definierten Kompetenzen auf zwei bis fünf

⁹ Frank, J.R. (réd.). 2005. Le Cadre des compétences des médecins CanMEDS 2005. L'excellence des normes, des médecins et des soins Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
Voir site internet : http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_f.pdf (consulté le 13.08.08)

begrenzt. Bei den Studiengängen Pflege und MTRA, die auch auf Stufe der Höheren Fachschulen angeboten werden, wurden die Unterschiede in den verschiedenen Rollen besonders herausgearbeitet. Im Rahmen des Projekts Abschlusskompetenzen ist das kanadische Rollenmodell für alle FH-Gesundheitsberufe angepasst worden.¹⁰ Deutlicher und weiter gehender als im Referenzmodell ist die Expertenrolle herausgearbeitet und positioniert worden. Sie wird nicht einfach als Synergie oder implizites Ergebnis des Zusammenspiels der sechs Metakompetenzen bzw. unterschiedlichen Rollen verstanden, sondern als zentrale Rolle, welche das Spezifische jedes Berufs ausmacht.

Nebst dem nicht zu unterschätzenden Vorteil, dass das Referenzmodell von CanMEDS eine Integration der vielen wertvollen Vorarbeiten zur Professionalisierung der Berufsausübung und zur Konzeption der verschiedenen Ausbildungsgänge erlaubt hat, reflektiert es die gemeinsame gesamtgesellschaftliche Verantwortung der Gesundheitsberufe. Es ist zweifellos eine wichtige und inspirierende Orientierungsmarke: im Vordergrund steht weniger der status quo als die Frage, was zukunftsfähige „Health Professionals“ können müssen, um einen wirksamen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung und zur Lösung der komplexen gesundheitspolitischen Herausforderungen zu leisten. In diesem Sinne ist die Konzeption visionär und entspricht in verschiedener Hinsicht noch nicht überall den aktuellen Berufsrealitäten.

Ein zukunftsgerichteter Ansatz ist zwingend, weil Bildung ein langfristig angelegtes Zukunftsgeschäft ist:

- es dauert i.d.R. rund fünf Jahre, bis neue Bildungskonzeptionen verankert und umgesetzt sind
- die FH-Ausbildungen dauern drei bis fünf Jahre
- Feedbacks aus Akkreditierungs- und Validierungsprozessen liegen erst nach fünf bis sieben Jahren vor
- der Effekt dieser neuen Kohorten ist erst nach rund 10 Jahren im Arbeitsmarkt signifikant spürbar.

Diese Zeiträume relativieren das Visionäre. Mit grosser Wahrscheinlichkeit werden die Health Professionals in 10-12 Jahren in einem Versorgungssystem tätig sein, in dem viele heute bestehenden Verhältnisse und Grenzen erheblich verschoben worden sind. Die Perspektiven der Entwicklung der Professionen stehen aktuell vielerorts zur Debatte.

3.4. Ansätze zur Definition der Kompetenzen

Für die Festlegung von Abschlusskompetenzen muss nach den Determinanten und Erfolgsfaktoren gefragt werden, welche eine wirksame Berufsausübung ermöglichen. Dabei ist unbestritten, dass nach

¹⁰ Diese systematische Transposition des Rollen- und Kompetenzprofils auf mehrere Gesundheitsberufe ist ein Novum. Es wurden zwar vielerorts Elemente übernommen, aber ausserhalb der Medizin gibt es nur für die Ergotherapie ein vollständiges, CanMEDS-kompatibles Referenzdokument.

Massgabe der Schutzinteressen für die Berufe im Gesundheitswesen höhere Anforderungen als in anderen Berufsfeldern gelten.

Im Folgenden sollen die drei verschiedenen Ansätze kurz vorgestellt werden, welche die hier vorgenommene Kompetenzen-Definition prägen.

Kompetenzbegriff in CanMeds

Der Begriff Kompetenz wird definiert als «Prozess, der darin besteht, die grundlegenden Fähigkeiten zu definieren, welche es gestatten, die verfügbaren Erkenntnisse über wirksames Handeln in nutzbringende Elemente für die Ausbildung zu übersetzen».

Dabei wird eine Vielzahl von Kompetenzen beschrieben und in «Metakompetenzen» oder Rollen verdichtet.

Kompetenzen gemäss Rahmenlehrplan Pflege für die Höheren Fachschulen HF

Die Kompetenzen im HF-Rahmenlehrplan Pflege werden aus den Arbeitsprozessen abgeleitet. Sie beschreiben, was eine Fachperson wissen und können muss, um die zentralen beruflichen Aufgaben (d. h. die Arbeitsprozesse) fachgerecht ausführen zu können.

Die Definition stützt sich auf die Terminologie des Kopenhagen-Prozesses (EU-Projekt zur Bildung eines europäischen Raums für die Berufsbildung):

Kompetenzen bezeichnen die Fähigkeit zur Anwendung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Know-how in gewohnten oder neuen Arbeitssituationen. Sie setzt sich aus Wissen (*savoir*), Fachkompetenz (*savoir-faire*) und Verhalten (*savoir-être*) zusammen. Sie wird durch die Zielorientiertheit, die Selbstständigkeit, das Ergreifen von Initiative, die Verantwortung, das Beziehungsumfeld, die verwendeten Mittel und das Anforderungsprofil der dipl. Pflegefachperson HF definiert.

Die Kompetenz umfasst folgende Komponenten:

- *kognitive Kompetenz*: Anwendung von Theorien/Konzepten sowie implizites Wissen (*tacit knowledge*), welches durch Erfahrung gewonnen wird
- *funktionale Kompetenz*: Fertigkeiten und Know-how, welche zur Ausübung einer konkreten Tätigkeit erforderlich sind
- *personale Kompetenz*: Verhalten in und Umgang mit Arbeitssituationen
- *ethische Kompetenz*: persönliche und soziale Werte.

Dieser Kompetenzbegriff gibt einen Rahmen für die von den Bildungsanbietern gewählten Kompetenzmodelle. Auf eine weiter gehende Definition des Begriffes wird verzichtet, um den Bildungsanbietern zu gestatten, ihre spezifischen Kompetenzmodelle auszugestalten.

Definition von Kompetenz im MedBG (Auszüge aus der Botschaft)

Das MedBG orientiert sich an den für die Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen (rasante Entwicklungen in Forschung und Lehre, soziale und demographische Entwicklungen). Neben berufsspezifischen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen Wirtschaftlichkeitsüberlegungen sowie soziale und kommunikative Fähigkeiten und ethische Haltungen vermittelt werden, um mit den

Veränderungen angemessen umgehen zu können und die Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele nachhaltig abzusichern.

Kompetenzorientierung heisst umfassende Vorbereitung auf die fachlichen, menschlichen, ethischen, technischen und ökonomischen Berufsanforderungen sowie die Ausrichtung auf Evidenz, um die jeweils wirksamsten, effektivsten und sichersten Verfahren einsetzen zu können.

Angehörige der Medizinalberufe benötigen eine hohe soziale Kompetenz: Sie müssen in ihrer Tätigkeit Verständnis für andere Menschen haben, sich einfühlen, zuhören, sich mitteilen und mitempfinden können. Sie müssen gegenüber anderen Menschen Verantwortung, Bildungs- und Führungsaufgaben übernehmen. Sie müssen mit Angehörigen anderer Berufe zusammenarbeiten, sie müssen sich anpassen, eingliedern, ein- und durchsetzen. Auch die Anforderungen an die Persönlichkeit sind hoch: Im Zusammenhang mit Entscheidungen über Kosten-Nutzen-Abwägungen und insbesondere über den Einsatz beschränkter Ressourcen müssen Medizinalpersonen imstande sein, ihre ethische Verantwortung wahrnehmen zu können. Sie müssen ferner selbstkritisch und lernfähig sein und sich ein eigenes Urteil bilden können. Dies alles setzt ein Bewusstsein voraus, das die eigenen Grenzen und Schwächen erkennen und akzeptieren kann.

4. Umsetzung

Die Adaptation des Rollenmodells CanMEDS 2005 an den Schweizer Kontext machte es nötig, die verschiedenen Rollen zu klären, inhaltlich zu definieren und zu operationalisieren.

Rolle des Experten in... ^{11 12} [Berufsbezeichnung]

Als Experte in [Berufsbezeichnung] führen [Berufspersonen] die berufsspezifischen Tätigkeiten aus und sind verantwortlich, im Gesundheitsversorgungssystem die fachliche Führung in ihrem Berufsfeld zu übernehmen und entsprechende Entscheidungen und Beurteilungen zu treffen.

Rolle des Kommunikators

Als Kommunikatoren ermöglichen [Berufsbezeichnung] vertrauensvolle Beziehungen in ihrem Umfeld und geben Informationen gezielt weiter.

Rolle des Teamworkers

Als Teamworker partizipieren [Berufsbezeichnung] effektiv innerhalb eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams.

Rolle des Managers

Als Manager übernehmen [Berufsbezeichnung] die fachliche Führung, tragen zur Effektivität der Organisation bei und entwickeln ihre eigene Berufskarriere.

Rolle des Health Advocates

Als Health Advocates stützen sich [Berufsbezeichnung] verantwortungsvoll auf ihre Expertise ab und nutzen ihre Einflussmöglichkeiten, um die Gesundheit und die Lebensqualität der Patienten / Klienten sowie der Gesellschaft als Ganzes zu fördern.

Rolle des Lernenden und Lehrenden

Als Lernende und Lehrende engagieren sich [Berufsbezeichnung] für ein lebenslanges Lernen, basierend auf einer reflektierten Praxis, sowie für die Entwicklung, Weitergabe und Anwendung von evidenzbasiertem Wissen.

¹¹ Der Begriff « Experte in » bezieht sich auf berufliche Kenntnisse und eine professionelle Praxis welche es ermöglichen, eine Einschätzung der eigenen Disziplin zu machen und in die entsprechenden Diskussionen einzugreifen. Der Begriff ist zu unterscheiden vom Begriff „Experte“, wie ihn Patricia Benner (1984) entwickelt hat (siehe dazu die Ausführungen in Kapitel 4.1). Mit der Expertise wird immer fachliche Autonomie assoziiert, siehe dazu auch das Konzept „agir expert“ in der Romandie.

¹² Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die Verwendung der männlichen und weiblichen Form verzichtet

Rolle des Professionsangehörigen

Als Professionsangehörige setzen [Berufsbezeichnung] für die Gesundheit und die Lebensqualität von Personen und der Gesellschaft ein. Sie verpflichten sich der Ethik, und tragen Sorge zur eigenen Gesundheit.

4.1 Klärung der Rolle « Experte/in in ... »

Die Projektleitung hat sich nicht nur in Anlehnung an das kanadische Original zugunsten des Ausdrucks „Experte“ entschieden. Er drückt vielmehr auch das Potenzial der neuen Gesundheitsfachpersonen, deren fachliche Autonomie¹³ den Stellenwert ihres Beitrags in den aktuell und künftig dominierenden interprofessionellen Versorgungsprozessen aus.

Der Begriff « Experte in... » des CanMEDS-Referenzrahmens lehnt sich an das in formaler Bildung erworbene berufliche Wissen und die berufsbezogenen Kompetenzen an, welche es der Fachperson gestatten, bei der Berufsausübung sowie in einer sie betreffenden Situation oder Debatte professionell (autonom) handlungsfähig zu sein. Er gestattet es, durch diese Rolle, welche für jeden Beruf spezifisch ist, die Funktion/Berufsrolle und die Positionierung dieses Berufs im gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Kontext zu reflektieren. Er wird « Experte in... » sobald sein berufliches Wissen es ihm gestattet, in seinem Fachgebiet eine eigenständige Beurteilung vorzunehmen. Diese Expertise ist zwar je nach Bildungsabschluss unterschiedlich breit und tief, aber nachweislich vorhanden und in jedem Fall berufsbefähigend. Diese Konzeption legitimiert insbesondere die Aushändigung eines staatlichen Diploms, welches zur Berufsausübung berechtigt.

Diese Konzeption unterscheidet sich vom wissenssoziologisch-kumulativen Konzept des Experten, welches von Patricia Benner entwickelt worden ist. Benner sagt: « der Experte, der über eine enorme Erfahrung verfügt, erfasst augenblicklich und intuitiv jede Situation und kann das Problem direkt und ohne abzuschweifen aus einer breiten Auswahl von unabhängigen Lösungen und Erkenntnissen bewältigen » (Benner, P. (1995, engl. Original 1984). *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*. Paris : InterEditions, p.32 [Übersetzung B. Sottas]).

Bei Benner geht der Experte von Vorahnungen und Einschätzungen aus, welche nur er anbieten kann, denn seine Denk-Umwege sind Teil seiner langjährig eingespielten Beurteilungs-Schemata. Er reflektiert damit vor allem die taxonomische Ebene der Kompetenzen, welche sich vom Novizen zum Experten erstreckt.

Das Konzept des CanMEDS-Referenzrahmens gestattet es zudem, das Kompetenzprofil in jedem Beruf nach Massgabe der individuellen Talente und Neigungen zu differenzieren und die Workforce wirkungsvoller einzusetzen. Bildungs- und gesundheitspolitisch resultiert aus dieser Konzeption zudem ein erheblicher Gewinn, weil alle Diplomierten als vollwertige Berufsleute gelten, nicht als Langzeit-Lernende, die führungsbedürftig in subalternen Positionen verharren. Die Würdigung dieser

¹³ Fachliche Autonomie hat nebst der im Alltag notwendigen Fähigkeit, situativ angemessene Einschätzungen machen und zweckmässige Entscheide fällen zu können insb. dort Bedeutung, wo die Personen selbstständig erwerbend sind.

Veränderung muss folgerichtig auch zu Grenzverschiebungen in den Arbeitsprozessen und im Sozialversicherungsrecht führen.

4.2 Differenzierung der Niveau Bachelor und Master

Die auf Master-Niveau beschriebenen Kompetenzen müssen einen Mehrwert gegenüber dem Bachelor-Niveau aufweisen. Sie gestatten entweder eine Erweiterung der Bachelor-Kompetenzen in Form neu erworbener Kompetenzen sowie einer Vertiefung der Bachelor-Kompetenzen. Sie definieren die sich in unterschiedlicher Weise – nämlich Master-spezifisch – und nicht als Ausdruck der Bachelor-Kompetenzen auf einem höheren taxonomischen Niveau.

Die Fachperson auf Master-Niveau soll fähig sein, alle Kompetenzen des Bachelor-Niveaus auszuüben. In Analogie gilt dies auch für das Verhältnis zwischen Bachelor und HF-Niveau. Auf diese Weise zwingt der Einbezug der verschiedenen Niveaus nicht zu einer Wiederholung der Beschreibung der Kompetenzen, die auf dem vorangehenden Niveau bereits umschrieben worden sind.

Das nachstehende Schema drückt diese Differenzierung aus. Analog kann die Erweiterung und Vertiefung der Kompetenzen auch bei den anderen Rollen beschrieben werden.

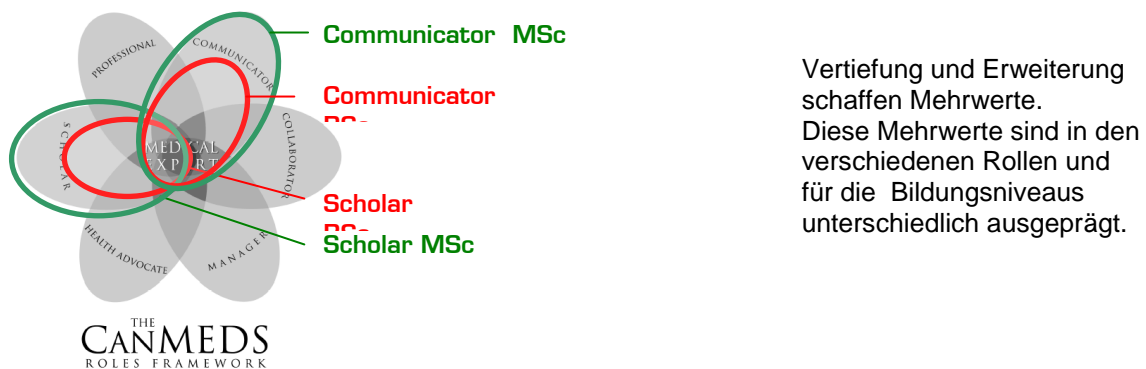


Abb. 4: Mehrwerte der Ausbildungen auf BSc- und MSc-Niveau, schematisch dargestellt am Beispiel der Rollen Scholarchin und Kommunikator

Das Profil der Gesundheitsfachleute mit Masterabschluss lässt sich wie folgt zusammenfassen: Ihre Kompetenzen qualifizieren nicht primär für hierarchische Kaderpositionen, sondern diese sind fachlich-generalistisch - auf sehr hohem Niveau angelegt. Diese neuen Health Professionals zeichnen sich durch umfassende Methodenkompetenz und berufliche Innovationskraft aus, durch evidenzbasiertes Clinical reasoning in sektorübergreifenden Prozessen (stationär, ambulant, in Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation) sowie durch die Befähigung zur Übernahme von Aufgaben in Forschung, Lehre und in der fachlichen Führung oder konsiliarischen Diensten.

4.3 Differenzierung der Niveau Höhere Fachschule und Bachelor in Pflege und MTRA

Die berufsspezifischen Mehrwerte sind auf folgender Übersicht über die Niveaus Höhere Fachschule (HF), Bachelorstufe und Masterstufe ersichtlich. Referenz ist die schweizerische Bildungssystematik. Wichtig ist der Hinweis, dass in den höheren Qualifikationsstufen die Kompetenzen der tieferen enthalten sein müssen. Auf schweizerischer Ebene fehlt noch eine klare bildungssystematische Abgrenzung von HF und FH. Es existieren aber Grundlagen (wie zum Beispiel Ausbildungsverordnungen und Rahmenlehrpläne), welche für eine Differenzierung HF/FH hilfreich sind

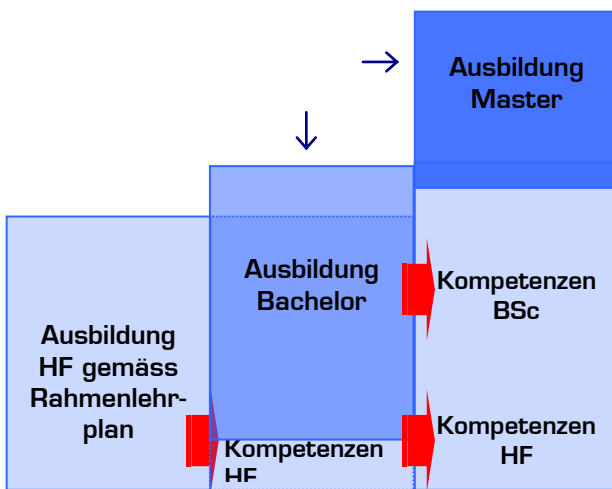


Abb. 5: Positionierung der Kompetenzprofile HF, BSc, MSc

Unterschiede zwischen der HF-Stufe und der FH-Stufe manifestieren sich weniger im beruflichen Handeln beim Patienten/Klienten (Rolle als Experte/in in...) als in anderen Berufsrollen und der beruflichen Perspektive. Typisch für die Gesundheitsberufe-Ausbildungen auf der Hochschulstufe ist die Einführung in statistische Methoden und clinical assessment, der Forschungsbezug, die Ausrichtung auf den Wissenstransfer bezogen auf die sich weiterentwickelnde evidence-based-practice und die Interprofessionalität. Unterschiede ergeben sich z.T. auch durch die Selektion beim Zugang, eine entsprechend andere soziologische Zusammensetzung der Absolventenpopulationen und die längere Ausbildungszeit.

4.4 Differenzierung in der Ausbildung und Situation in der Berufspraxis

Mit der Umsetzung der Bildungssystematik in den Gesundheitsberufen sind Abschlussprofile entstanden, die – insbesondere wegen des generellen Mangels an Fachkräften – zwar von der Arbeitswelt nachgefragt sind, für die sich aber insbesondere in der Pflege noch keine abschliessende funktionale Differenzierung herausgebildet hat. In der Realität werden deshalb in vielen

Versorgungseinrichtungen Aktivitätsanalysen durchgeführt und Reorganisationsprojekte zur Optimierung des *Skill Mix und Grade Mix* durchgeführt. Angesichts dieser Ausgangslage wird es eines längeren Zeitraums bedürfen, bis sich von der Arbeitswelt approbierte Standardmodelle und eine klarere Differenzierung der Qualifikationsprofile in der beruflichen Grundbildung, der höheren Berufsbildung und Fachhochschulen etablieren kann. Die kommenden Jahre werden deshalb wohl durch Übergangsphänomene geprägt sein. Es wird eine Verbundaufgabe der Regulatoren, der Hochschulen und Organisationen der Praxis sein, in einigen Jahren nach einer Evaluation die Vorgaben für die berufliche Grundbildung, die höhere Berufsbildung und die Fachhochschulen (insb. BSc) stufengerecht anzupassen und Schlussfolgerungen für die Curricula-Gestaltung zu ziehen.

4.5 Spezielle Verhältnisse in den Studiengängen Pflege und MTRA

Für die Studienrichtung Pflege ist die Ausbildung zwar schweizweit gleich geregelt, aber nicht einheitlich umgesetzt. In der Romandie wird die Ausbildung der hier betrachteten Berufe nur auf FH-Stufe angeboten, während in der Deutschschweiz und im Tessin die Studienrichtung auch auf Stufe Höhere Fachschule angeboten wird..

In der Studienrichtung Medizinisch-technischen Radiologie wird in der Deutschschweiz und im Tessin ein Curriculum auf Stufe Höhere Fachschule angeboten, das in der Romandie an der Fachhochschule unterrichtet wird.

Die Teilprojekte zum Unterschied zwischen den Bildungsgängen der Höheren Fachschulen und der Bachelor-Studiengänge in der Pflege und in der Medizinisch-technischen Radiologie haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

Pflege: Für die patientenbezogene Arbeit im Alltag erwerben die AbsolventInnen der HF- und BSc-Studiengänge weitgehend vergleichbare Kompetenzen; in der Kernrolle des „Experten in Pflege“ sind die Unterschiede geringfügig. Die Studiengänge haben jedoch unterschiedliche Ausrichtungen: Die HF-Ausbildung betont die Pflege innerhalb eines Betreuungsteam, die Bachelor-Studiengänge pflegen ebenfalls, aber die Ausbildung ist stärker auf die Rolle der Fachperson Pflege in einem System bzw. einer Organisation mit interprofessioneller Kommunikation ausgerichtet. Bachelors in Pflege weisen Mehrwerte auf durch das Verständnis des Behandlungspfads und die Befähigung zum Fallmanagement, die höhere Selbstständigkeit und das Wissen zur Optimierung von Pflegekonzepten, die Fertigkeiten im Clinical Assessment und bei Aktivitäten mit wissenschaftlicher Orientierung, namentlich in Forschung und Entwicklung, bei der Evaluation von Leistung, Qualität und Wirkungen sowie bei der Qualitätssicherung, Dokumentation und Fehlerkultur. Das Ergebnis des Vergleichs Rahmenlehrplan HF und Abschlusskompetenzen FH in Pflege ist in Anhang III im Detail aufgeführt.

Medizinisch-technische Radiologie: Die in den aktuellen HF- und BSc-Studiengängen erworbenen Kompetenzen weisen keine signifikanten Unterschiede auf, weil beide Ausbildungen nach Massgabe

der Anforderungen der Arbeitswelt harmonisiert sind, 3 Jahre dauern sowie von den Bestimmungen zum Strahlenschutz und vom technologischen Fortschritt bestimmt werden. Der Fachhochschul-Abschluss erweist sich als vorteilhafter, weil er z.B. international besser wahrgenommen wird und den Austausch erleichtert, in der technologisch dominierten Weiterbildungslandschaft besser anschlussfähig ist, mit der Möglichkeit des Erwerbs von CAS, DAS, MAS Profilierungsmöglichkeiten in neu entstehenden Teil-Arbeitsmärkten eröffnet. Zudem wurde von Fachpersonen im Rahmen des Teilprojekts geltend gemacht, dass sich der FH-Abschluss bei Dienstleistungen für Dritte (Strahlenschutz, Prävention, bildgebende Verfahren) als vorteilhaft erweist.

5. Ergebnisse der Anhörung

Gemäss Projektplan hat die KFH am 31. Oktober 2008 die mit den Berufskonferenzen abgestimmten Dokumente bei den interessierten Kreisen während zwei Monaten in Anhörung gegeben. Die Ergebnisse der Anhörung sind in einem ausführlichen Bericht vom 20. Februar 2009 dargestellt. Darin werden die verschiedenen Kommentare und Änderungsvorschläge gewürdigt

Es sind 15 Stellungnahmen von Organisationen und 4 Stellungnahmen von Einzelpersonen eingegangen. Es ist anzumerken, dass insb. die OdASanté, der Schweiz. Verband der Berufe im Gesundheitswesen (SVBG) und der Verband der Bildungszentren Bildung und Gesundheit (BGS) die Umfrage unter ihren Mitgliedern koordinierten und bündelten.

Allgemein werden der innovative Charakter und die Qualität der Arbeit anerkannt, die von der Projektgruppe und den involvierten Partnern in der ausserordentlich kurzen Zeit geschaffen worden sind.¹⁴

Zusammenfassend gibt die überwiegende Mehrheit der Meinung Ausdruck, dass die erarbeiteten Abschlusskompetenzen mit einem übergeordneten Referenzmodell erhebliche Vorteile bieten und dass diese trotz des hohen Abstraktionsgrades eine gute gesamtschweizerische Grundlage bieten für die Planung, Abstimmung und Durchführung der FH-Ausbildungen. Hervorgehoben werden die Beiträge zur Schaffung von Vergleichbarkeit und Transparenz.

Die vorgeschlagenen *Allgemeinen Kompetenzen* sind auf Zustimmung gestossen. Die Strukturierung in vier Bereiche (Gesundheitspolitisches Orientierungswissen; Berufsspezifische Methodenkompetenz; Professionalität und Verantwortungsbewusstsein; Kommunikation, Interaktion, Dokumentation) wird durchwegs begrüsst und als adäquate gesundheits- und bildungspolitische Gliederung bewertet. Der Vorschlag, eine Unterscheidung der allg. Kompetenzen für BSc und MSc zu machen, wird abgelehnt, weil sie für beide gleichermassen die hoheitlichen Erwartungen an die Berufsausübung ausdrücken.

Zu den *berufsspezifischen Kompetenzen* sind viele Anmerkungen und Änderungsvorschläge gemacht worden. Wichtige Änderungswünsche und Vorschläge sind im Anhörungsbericht nach Massgabe ihrer Relevanz für die Festlegung der Abschlusskompetenzen ausführlich dargestellt und gewürdigt worden. Die zustimmende oder ablehnende Haltung der Projektleitung wurde jeweils im Vernehmlassungsbericht begründet. Die Kompetenzen sind nach einem horizontalen Vergleich über die Berufe hinweg sprachlich und formal vereinheitlicht worden.

In gleicher Weise sind ebenfalls die Ausführungen zu den einzelnen Kompetenzen systematisiert und sprachlich einander näher gebracht worden, ohne allerdings durch eine Vereinheitlichung die unterschiedlichen Traditionen einzuebnen.

¹⁴ Die Projektleitung möchte insbesondere den Mitgliedern der Projektgruppe und den Berufskonferenzen für ihr grosses Engagement danken. Ohne ihr Mitwirken und die von ihnen geleistete Überzeugungsarbeit hätte der ehrgeizige Zeitplan nicht eingehalten werden können.

6. Allgemeine Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH

Die allgemeinen Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH leiten sich gemäss der Steuerungsebenen (siehe Abb. 2) aus den Erwartungen und Vorgaben ab, die der Staat für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung an die „Health Professionals“ richtet. Sie lassen sich in vier Kategorien unterteilen:

- Gesundheitspolitisches Orientierungswissen
- Berufsspezifische Expertise und Methodenkompetenz
- Professionalität und Verantwortungsbewusstsein
- Fähigkeiten betr. Kommunikation, Interaktion, Dokumentation

Die Allgemeinen Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH sind im Anhang I (Seite 2) zu finden.

7. Berufsspezifische Kompetenzen der Gesundheitsberufe FH

Die berufsspezifischen Kompetenzen definieren unter Berücksichtigung der international etablierten Standards die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse bei Abschlüssen auf Bachelor- und Masterstufe und bestimmen damit im Wesentlichen den Umfang des professionellen Handelns.

Die Reihenfolge der einzelnen Kompetenzen folgt einer inhaltlichen Logik, bei der die Berufskonferenzen die jeweiligen Prioritäten festgelegt haben. Damit ergeben sich aufgrund unterschiedlicher Traditionen der Berufsgruppen, verschiedener Ansätze im Patienten-/Klientenverhältnis oder Einbettung in das Gesundheitssystem zwangsläufig nicht die gleichen Schwerpunktsetzungen. Mittels eines horizontalen Vergleichs über alle Berufe hinweg ist die Kohärenz und Vollständigkeit der Inhalte sichergestellt worden.

Der vollständige Katalog der berufsspezifischen Kompetenzen befindet sich im Anhang I. Auf den Seiten 4 - 49 finden sich die berufsspezifischen Kompetenzen Bachelor / Master pro Gesundheitsberuf, auf den Seiten 50 – 56 sind Übersichtstabellen, welche die Bachelorkompetenzen aller Berufe pro Rolle vergleichend darstellt, auf den Seiten 57 – 63 dasselbe für die Masterkompetenzen.

8. Feststellungen und Kommentare

Im Verlaufe der über einjährigen Projektarbeit sind verschiedene Elemente und Argumente immer wieder genannt worden. Diese betreffen namentlich die Zielerreichung in diesem Projekt, die Differenz zwischen den Profil von HF- und FH-Ausbildungen, die Abstimmung auf die Anforderungen der Arbeitswelt sowie die Validierung der Abschlusskompetenzen.

8.1 Zielerreichung

Gemäss Auftrag vom 18.2.08 (siehe Kapitel 2) sind die Abschlusskompetenzen der FH-Berufe festzulegen unter Berücksichtigung der

- Anforderungen der gesetzlichen Vorgaben von Bund und Kantonen (die Ausbildungsgänge wurden bewilligt, die Absolventen erhalten eidg. Diplome, sie werden vom Arbeitsmarkt ohne Kompensationsmassnahmen absorbiert und die Kantone gestatten ihnen die Berufsausübung)
- national und international gängigen Qualitätsstandards,
- EU-Richtlinien und damit der Gewährleistung der Personenfreizügigkeit sowie der
- Unterscheidbarkeit der Profile Höhere Fachschule und Fachhochschule bei Pflege und MTRA.

Es hat sich dabei gezeigt, dass die hier formulierten Abschlusskompetenzen die drei erstgenannten Bedingungen erfüllen. Weitgehend erfüllt werden konnte auch die Abgrenzung der in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen zwischen der Stufe Höhere Fachschule und Bachelor insbesondere bei der Pflege. Folgende Rahmenbedingungen lassen Raum für weitergehende Klärungen:

- die sprachregional unterschiedlichen Normalverläufe bei Bildungsgängen (FH in der Westschweiz; HF und FH in der Deutschschweiz) und deren Zubringer und der damit unterschiedlichen soziologischen Zusammensetzung der Absolventen der Ausbildungsgänge im Gesundheitsbereich auf FH-Stufe,
- die in der Arbeitswelt noch kaum vorhandene funktionale Differenzierung der Zuständigkeiten von HF- und FH-Diplomierten,
- die identische Positionierung auf dem EQF-Niveau 6 (bei offenbar bestehenden, aber nicht mittels Indikatoren ausgewiesenen Unterschieden),

Mit dem systematischen Vergleich des Rahmenlehrplans HF-Pflege mit den FH-Abschlusskompetenzen konnten bedeutsame Merkmale der beiden unterschiedlichen Profile herausgearbeitet werden (s. Anhang III). Wie anlässlich der Anhörung in diversen Stellungnahmen sowie im Teilprojekt Delta Pflege zum Ausdruck gebracht worden ist, wird es noch eine längere zeitliche Erfahrungstiefe mit den unterschiedlich qualifizierten Fachleuten in den Versorgungsprozessen der Arbeitswelt brauchen. Andererseits werden aber auch Regulatoren und Bildungsanbieter als lernende Organisation gefordert sein, um die sich im Verlaufe der Zeit ändernden und anspruchsvoller werdenden Qualifikationsprofile jeweils bedarfsgerecht ausrichten zu können.

8.2 Validierung der Abschlusskompetenzen

Die Forderung nach Validierung der hier vorgeschlagenen Kompetenzen ist bereits kurz nach Beginn des Projektes gestellt worden. Die Forderung blieb allerdings unspezifisch. So war nicht klar, ob ein *proof of concept* erfolgen soll oder ob die *Praxisrelevanz* überprüft werden soll. Während den Autoren der *proof of concept* aufgrund der Literatur und der wahrscheinlichen Systementwicklung als gegeben

erscheint, braucht es zuerst eine mehrjährige Erfahrung in der Arbeitswelt, bis die Praxisrelevanz evaluiert werden kann. Verschiedene Stellungnahmen im Rahmen der Anhörung sprechen sich ebenfalls für ein solches Vorgehen aus, so insbesondere OdASanté, der Schweiz. Verband der Berufe im Gesundheitswesen (SVBG), der Verband der Bildungszentren Gesundheit und Soziales (BGS), physioswiss und der Ergotherapie-Verband (EVS).

Die Praxisrelevanz kann und muss überprüft werden. Allerdings ist dabei dem Umstand Rechnung zu tragen, dass (insbesondere in der Deutschschweiz) noch kaum Fachleute auf dem Arbeitsmarkt sind, die nach den aktuell gültigen normativen Vorgaben für die Höheren Fachschulen und die Fachhochschulen ausgebildet worden sind. Dieser Umstand spricht ebenfalls für eine Überprüfung zu einem späteren Zeitpunkt.

Dies soll die Träger nicht davon abhalten, das Lernsystem auf allen Stufen dynamisch auszugestalten, damit die künftigen Herausforderungen insb. unter den erschwerenden Bedingungen des Personalmangels gemeistert werden können.

8.3 Zum Verhältnis zwischen MAS und konsekutiven Masterstudiengängen

Die Klärung dieses Verhältnisses war nicht Gegenstand des Projekts. Die Ausgangslage ist indessen klar: MAS (Master of Advanced Studies) sind **Weiterbildungen** auf Hochschulstufe. Als solche dienen sie in erster Linie der fachlichen Vertiefung bzw. Spezialisierung oder der Kaderausbildung¹⁵.

9. Weiteres Vorgehen

Nach Abschluss des Projekts Abschlusskompetenzen macht die Steuerungsgruppe für das weitere Vorgehen folgende Empfehlungen:

Inkraftsetzung der Abschlusskompetenzen

Aufgrund der Ergebnisse der Anhörung und der Teilprojekte sollen die im vorliegenden Bericht formulierten allgemeinen und berufsspezifischen Kompetenzen umgehend für die Fachhochschul-Studiengänge verbindlich erklärt werden. Damit kann sichergestellt werden, dass notwendige curriculare und organisatorische Anpassungen eingeleitet werden können. Das Vorliegen der fachspezifischen Lernzielkataloge ist dazu nicht zwingend.

¹⁵ Siehe dazu Empfehlungen der KFH zur Weiterbildung an Fachhochschulen (25. Oktober 2006) (abrufbar unter www.kfh.ch > Empfehlungen)

Erarbeitung von Lernzielkatalogen

Damit der für die Diplomerteilung und die Arbeitswelt notwendige Detaillierungsgrad für alle in gleichem Masse messbar wird und Vergleiche erlaubt, ist eine Konkretisierung der allgemeinen und berufsspezifischen Abschlusskompetenzen durch Lernzielkataloge angezeigt.

Für jede Studienrichtung ist ein Lernzielkatalog zu erarbeiten, der für alle Ausbildungsstätten verbindlich ist und als zusätzliche Grundlage für die Akkreditierung dient. Die Fachhochschulen werden nach der Erstellung der Lernzielkataloge ihre Studiengänge wiederum zu überprüfen und eventuell anzupassen haben.

Akkreditierung

In den FH-Gesundheitsberufen soll das Akkreditierungsverfahren gleich verlaufen wie in den andern Ausbildungen der Fachhochschulen. Die hier vorgeschlagenen Kompetenzen sollen in den künftigen Verfahren beigezogen werden.. Beispiele von Kompetenzen, die in künftigen Akkreditierungen überprüft werden sollen, betreffen insb. Gesundheitsökonomie, Palliation, Ethik, Dokumentation, Fehlerkultur.