

## **„Reformdynamik im Gesundheitswesen und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder – Konsequenzen für die akademische Ausbildung der Gesundheitsberufe“**

Referent: Prof. Dr. Eberhard Göpel



**Prof. Dr. Eberhard  
Göpel**

Vorstand "Hochschulen  
für Gesundheit gem.  
e.V.", Hochschule  
Magdeburg-Stendal  
(FH)

Am Beginn einer neuen Gesundheitspolitik

In den letzten Jahren sind deutliche Akzentverschiebungen in der Gesundheitspolitik festzustellen, die in Kurzformeln wie „Prävention vor Kuration“, „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ einen weitreichenden gesellschaftlichen Konsens gefunden haben. Sie drücken einen kulturellen Wandel aus, der voraussehbar zu einer tief greifenden Neubewertung der gesellschaftlichen Funktion des Gesundheitswesens und der in diesem Bereich tätigen Personen führen kann.

Die tradierte Ausrichtung des Gesundheitswesens auf einen zentralen akademischen Heilberuf den des Arztes und die Unterordnung aller übrigen gesundheitsbezogenen Tätigkeiten im Sinne von Heilhilfsfunktionen steht zur Disposition. Mehr als 100 anerkannte Gesundheitsfach-berufe beanspruchen inzwischen eine größere berufliche Eigenständigkeit und Verantwortung. Die Spezialisierung und Fragmentierung der ärztlichen Tätigkeit findet ihren Niederschlag in mittlerweile mehr als 40 anerkannten Facharzt Disziplinen. Das Leitbild des allkompetenten Arztes an der Spitze des Gesundheitswesens ist obsolet geworden.

Die Dynamik der wissenschaftlichen Spezialisierung und des veröffentlichten gesundheitsbezogenen Wissens beschleunigt den Prozess der beruflichen Fragmentierung. Sie erzeugt ein kompensatorisches Bedürfnis nach einer neuen integrierenden Perspektive für berufliches Handeln im Gesundheitswesen, die auch als Grundlage einer beruflichen Arbeitsteilung für alle Beschäftigten des Gesundheitswesens gleichermaßen handlungsorientierend sein kann. Integrierende wissenschaftliche Entwicklungen wie z. B. die Gesundheitswissenschaften müssen sich daher eines Plurals bedienen und lernen, die relative Bedeutung von wissenschaftlichen Einzelerkenntnissen in einem integrierenden Kontext zu reflektieren. Die verschiedenen Berufe müssen dabei lernen, sich im Rahmen multiprofessioneller Teams ihrer jeweils spezifischen Kompetenz zu vergewissern und die Bedeutung der arbeitsteiligen Ergänzung durch andere berufliche Kompetenzen zu würdigen.

Verschiedene Träger von Einrichtungen des Gesundheitswesens müssen lernen, ihre je spezifischen Leistungen zu akzentuieren und diese auf die Angebote anderer Einrichtungen sinnvoll ergänzend abzustimmen, so dass integrierte Versorgungsstrukturen entstehen können. Verschiedene Ausbildungsstätten in einer Region müssen lernen, ihre Ausbildungsangebote sinnvoll aufeinander zu beziehen und den Bedarf der Praxiseinrichtungen und die Interessen der Auszubildenden zu berücksichtigen. Die verschiedenen Gebietskörperschaften müssen entscheiden, wer welche Aufgaben für die Entwicklung der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung am besten übernehmen und differenziert und wirkungsvoll organisieren kann und wie sich diese Aktivitäten in andere Aufgaben der Daseinsvorsorge sinnvoll einfügen lassen.

Der Perspektiven Wechsel im Sinne eines "solidarischen Wettbewerbs" oder einer "integrierenden Differenzierung" hat weitreichende Konsequenzen für die Rollenaufteilungen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit und die Organisation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Er fordert auf, jenseits der tradierten Muster berufsständischer Dominanz, bürokratischer Kontrollwirtschaft und dem einer offenen Marktkonkurrenz ein neues öffentliches Handlungsmuster im Sinne einer reflektierten Verantwortungsgemeinschaft zu entwickeln.

Für viele Menschen, die sich in der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung engagieren, bilden weder die hergebrachten Orientierungen an heroischer technischer Krankheits-Bekämpfung noch die neuen Leitbilder eines euphorisierenden "Wellness Marketings" eine berufliche Identifikationsmöglichkeit. Berufliche Unzufriedenheit und persönliche Leidensgefühle sind entsprechend weit verbreitet. Da es sich um eine internationale Entwicklung handelt, die mit dem wirtschaftlichen Wandel in den fortgeschrittenen Industriestaaten unmittelbar verknüpft ist, hat sich die Weltgesundheitsorganisation bereits seit vielen Jahren um fundierte Analysen und programmatische Orientierungen für ein verändertes Gesundheitsverständnis und eine entsprechende Reorganisation der Gesundheitsdienste bemüht. Vorstellungen zu gestuften Behandlungsintensitäten im Gesundheitswesen mit einem Ausbau der Primärversorgung wurden schon in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts veröffentlicht. In den 80er Jahren wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, Gesundheitsförderung in den Institutionen des Alltagslebens wie Schulen, Betrieben, Krankenhäusern oder Verwaltungen zu verankern und sie als intersektorales Projekt der Kommunalentwicklung zu etablieren.

Die Erprobung dieser Vorschläge in Deutschland steht bisher noch weitgehend aus. So gibt es fast dreißig Jahre nach der WHO-Deklaration von Alma Ata zum Ausbau der primärmedizinischen Versorgung und einer multiprofessionellen Kooperation im Gesundheitswesen weiterhin in Deutschland kaum Lehrstühle für Allgemein-Medizin an den medizinischen Fakultäten noch eine multiprofessionelle Ausbildung im Gesundheitswesen, obwohl dies inzwischen Bestandteil zahlreicher Empfehlungen von europäischen Gremien geworden ist und in anderen europäischen Ländern auch bereits seit Jahren praktiziert wird. Leidtragende sind dabei vor allem die Studierenden und Auszubildenden in den Gesundheitsberufen. In Deutschland werden ihnen gegenwärtig die notwendigen Ausbildungsvoraussetzungen für eine zukunftsfähige qualifizierte und wissenschaftlich reflektierte Berufspraxis in einem multiprofessionellen Gesundheitswesen vorenthalten. Regionale „Hochschulen für Gesundheit“ haben eine integrierende Zukunftsperspektive für ein sozial verantwortliches Gesundheitswesen in einem europäischen Kontext, der durch den Bologna-Prozess mit gestaltet werden kann.

#### Gesellschaftliche Tendenzen kulturellen Wandels

Es kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich die gesellschaftliche Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Dienstleistungen in den nächsten zwanzig Jahren trotz Einschränkungen sozialstaatlicher Unterstützungsmaßnahmen noch erheblich ausweitet. Mit dieser Entwicklung wird vermutlich auch ein kultureller Bedeutungswandel der Sorge um Gesundheit verbunden sein. Für die Ausbildung und Tätigkeit von Gesundheitsberufen sind weitreichende Konsequenzen erforderlich. Maßgeblich für diese Einschätzung sind:

- **die gesellschaftspolitische Entwicklung:**  
die Auflösung tradiertter Zusammenhänge in Richtung auf eine offene „Risikogesellschaft“ gibt dem Gesundheitsinteresse einen größeren gesellschaftlichen Stellenwert für das individuelle und kollektive Bemühen um eine tragfähige Lebensgestaltung. In einer „offenen“ Gesellschaft wird Gesundheitsförderung zu einem Bestandteil der Alltagskultur und der Allgemeinbildung, da die körperlichen, seelischen, sozialen und ökologischen Voraussetzungen eines gelingenden Lebens in eigener Regie anzueignen und zu beachten
- **die soziodemographische Entwicklung:**  
die Zahl vereinzelter und älterer Menschen mit aktiven Gesundheitsinteressen und einer ausreichenden Kaufkraft nimmt zu;
- **die medizintechnische Entwicklung:**  
die Möglichkeiten, technische Verfahren in der Diagnostik und Therapie von Krankheiten, in der Gesundheitsvorsorge, der Rehabilitation und Pflege wirkungsvoll einzusetzen, weiten sich erheblich aus. Die Verbindung von Informations- und Biotechnologie schafft zahlreiche neue Anwendungsbereiche;
- **die sozialwissenschaftliche Entwicklung:**  
die Erweiterung psychologischer und soziologischer Erkenntnisse und Verfahren ermöglicht neue Formen der Gesundheitsförderung von der individuellen Ebene der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbewältigung bis zur Ebene der Organisationsentwicklung und der Stadtentwicklungsplanung;
- **die Informationsentwicklung:**  
die exponentielle Entwicklung gesundheitsrelevanter Kenntnisse und Informationen ermöglicht eine rasche Erneuerung gesundheitsbezogener Dienstleistungen und Waren;
- **die wirtschaftliche Entwicklung:**  
mit der weiteren Entlassung von Arbeitskräften in anderen Wirtschaftsbereichen verstärkt sich die Suche nach Erwerbsmöglichkeiten im Gesundheits- und Sozialbereich; das Gesundheitsthema wird wegen seiner öffentlichen Wertschätzung von vielen Dienstleistungsberufen und Warenproduzenten aufgegriffen. Vor allem im Bereich der „Senioren Wirtschaft“ und der Altenhilfe wird bei gestiegener Kaufkraft eine deutliche Ausweitung der Dienstleistungen erwartet.

#### Ein Szenario für die Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Im Ausblick auf die Zukunft lässt sich das folgende Szenario entwickeln: In multikulturellen, säkularen Gesellschaften kann das Gesundheitsmotiv eine soziale Integrationsfunktion für die öffentliche Verständigung über individuelle und kollektive Lebenschancen übernehmen. Gesundheitsförderung weitet sich dabei zu einer umfassenden Betrachtung der Lebensmöglichkeiten und -bedrohungen in modernen Gesellschaften. Das naturwissenschaftlich reduzierte Bild von Krankheit und Gesundheit in der klinischen Medizin verliert angesichts seiner offensichtlichen Begrenzungen ein übergeordnetes Deutungsmonopol und seine kulturelle Dominanz. Soziale Verantwortung und die Beteiligung der Menschen an der Gesundheitsvorsorge gewinnen eine zunehmende Aufmerksamkeit. Die Beachtung sozialer und ökologischer Lebenskontexte, die Berücksichtigung unterschiedlicher kultureller Wertesysteme und Sinnstrukturen und die Würdigung biographischer Entwicklungsaspekte können zu einem differenzierteren Verständnis von Erkrankungs- und Gesundungsprozessen führen. Biotechnologische Eingriffe in den menschlichen Lebensprozess werden voraussichtlich einer zunehmenden Abwägung von Kosten, Nutzen und Risiken unterzogen. Wahrscheinlich wird ein wachsender

Teil der Bevölkerung Behandlungsverfahren bevorzugen, die eine Mitsprache und aktive Mitwirkung an der Bewältigung von Erkrankungen unterstützen.

Rituelle Fremdbestimmungen ohne Berücksichtigung der Patientenwünsche werden in den Einrichtungen der Krankenversorgung zunehmend kritischer bewertet und ambulante Unterstützungen in der Lebenswelt der Patienten werden bevorzugt. Persönliche Anteilnahme und individuelle Zuwendung in Therapie und Beratung gewinnen an Wert und neue Dienstleistungsangebote mit einer entsprechenden Ausrichtung finden eine wachsende Nachfrage. Den Patienten werden Eigenverantwortung, Mitsprache, Beschwerdemöglichkeiten eingeräumt und die Verwaltungen bemühen sich, die „Kundenorientierung“ ihrer Einrichtungen im Sinne eines „Total Quality Managements“ zu entwickeln, um wettbewerbsfähig zu bleiben.

### Gesundheitsbildung als kulturelle Aufgabe

Die Erkenntnis, dass menschliche Gesundheit Ausdruck eines dynamischen, biopsychosozialen Austauschprozesses ist, der einer bewussten Aufmerksamkeit und Gewohnheitsbildung bedarf, rückt die persönliche und kollektive Verantwortung der Menschen ins Bewusstsein. Die wachsenden Möglichkeiten zur Manipulation menschlichen Lebens im Zeugungs- und Sterbeprozess und die Möglichkeiten gentechnologischer Eingriffe in das menschliche Erbgut machen die menschliche Natur auch in ihrer biologischen Dimension zu einer sozialen Leistung, die von Menschen zu verantworten ist. Mit der Erweiterung der direkten Eingriffsmöglichkeiten in den menschlichen Lebensprozess gewinnen Fragen der Zulässigkeit, der Entscheidungsberechtigung und der sozialen Kontrolle entsprechender Eingriffe eine zentrale Bedeutung für die Zukunft menschlichen Lebens. Eine neue Verständigung über Menschenwürde sowie grundlegende Menschenrechte und -pflichten wird dabei notwendig. Diese Verantwortung wird sich nicht auf die biologischen Funktionen menschlichen Lebens und deren ökologische Rahmenbedingungen beschränken, sondern muss sich angesichts der Manipulationsmöglichkeiten menschlichen Bewusstseins auch auf die Kontrolle und Kultivierung psychosozialer Einflüsse auf die menschliche Entwicklung beziehen.

Da die Menschen von einer medialen Informationsflut überspült werden, sinkt das Interesse an der weiteren Anhäufung beziehungslosen wissenschaftlichen Detailwissens. Es steigt dagegen das Interesse an problemlösenden, praktischen Handlungs- und Entscheidungskompetenzen und an integrierenden Theoriebildungen und Lebensphilosophien. Es ist wahrscheinlich, dass der Wunsch nach praktischer Integration verschiedener Wissenschaftsperspektiven unter der Zielsetzung einer sozialökologischen Gesundheitsförderung die Gesundheitswissenschaften und die Umweltwissenschaften zu zentralen gesellschaftlichen Projekten des 21. Jahrhunderts werden lässt. Gesundheitsbildung als reflexive Aneignung von körperlichen, psychologischen, sozialen, ökologischen und geistigen Kompetenzen für eine verantwortungsbewusste individuelle Lebensgestaltung kann dabei zum Kern einer künftigen öffentlich vermittelten Allgemeinbildung werden und auch zu einer entsprechenden Reorganisation der öffentlichen Schulbildung beitragen.

### Umstrukturierung der sozialen Unterstützungssysteme

Die Veränderungen der gesellschaftlichen Arbeitsorganisation haben auch weitreichende Umstrukturierungen der sozialen Unterstützungssysteme zur Folge. Die gesellschaftlich normierende Wirkung einer gleichförmig organisierten Lohnarbeit in Industrie, Verwaltungen und Dienstleistungseinrichtungen verliert mit dem Rückgang entsprechender

Arbeitsverhältnisse an Bedeutung. Die darauf basierenden Konstruktionen der unterschiedlichen Sozialversicherungen (für den Fall von Krankheit, Pflege, Rente, Arbeitslosigkeit) werden möglicherweise ihren Allgemeinheitscharakter aufgeben müssen und immer weniger die Funktion einer tragfähigen Daseinsvorsorge erfüllen. In welchen öffentlichen Regelungsformen die gesellschaftliche Solidarität mit alten, behinderten oder kranken Menschen künftig gefördert und gesichert werden kann, ist im Kontext enormer staatlicher Verschuldungen zu einer offenen Frage geworden. Mit einer Privatisierung von Lebensrisiken drohen weitreichende gesellschaftliche Spaltungen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen und eine weitere Lastenverschiebung auf die sozial Schwachen. Hausarbeit, Erziehungsarbeit, Pflegearbeit und soziales Engagement bedürfen dringend einer gesellschaftlichen Aufwertung und einer ökonomischen Anerkennung.

Die Einführung eines Bürgergeldes im Sinne einer negativen Einkommensteuer könnte als neue soziale Grundsicherung für alle Menschen Übergänge zwischen privaten, sozialen und beruflichen Tätigkeiten und Arbeitsformen erleichtern. Eine entsprechende öffentliche Reformdiskussion und überparteiliche Konsensbildung ist dringend notwendig, damit konkrete Maßnahmen bald gesetzlich unterstützt werden.

Nachbarschaftliche Unterstützungsformen und selbst organisierte Gemeinwesen-Arbeit könnten z. B. als lebenspraktische Gegengewichte zur virtuellen weltweiten Telekommunikation eine neue Wertschätzung und öffentliche Unterstützung erfahren und es ist denkbar, dass vielfältige "Vereinigungen gegenseitiger Hilfe" neue ideelle Lebensgemeinschaften und solidarische Unterstützungsprojekte wie z. B. Pflegegenossenschaften u. ä. begründen.

Im Sinne einer „community care“ könnten sich die verschiedenen sozialen Unterstützungsformen auf der kommunalen Ebene miteinander verbinden und abgestimmte Hilfsfunktionen für den jeweiligen Bedarf entwickeln. Die historischen Trennungen eines Bildungs-, Sozial und Gesundheitswesens könnten in neuen Funktionszusammenhängen im kommunalen Lebensraum überwunden werden, wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen eine partizipative Mitwirkung der Bürgerinnen bei einer bedarfsgerechten Gestaltung kommunaler Lebensbedingungen und gemeinschaftlicher Unterstützungsfunktionen ermöglichen und fördern. Wie auch in anderen europäischen Ländern wird auch in Deutschland die Verantwortung der Kommunen und Regionen für die Planung und Steuerung einer wirksamen Daseinsvorsorge eine neue Aufwertung erfahren. Durch „Campus-Community-Partnerships“ können Hochschulen diesen Prozess unterstützen.

Das Konzept der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation kann dabei verbindende Handlungsperspektive für intersektorale Kooperationen und eine Neuorientierung öffentlicher Gesundheitsdienste genutzt und realisiert werden, wenn es eine hinreichende politische Aufmerksamkeit und Unterstützung erhält. Die Rolle der Krankenhäuser im regionalen Kontext ändert sich in Richtung auf integrierte Dienstleistungszentren und an die Arztpraxen und die ambulanten Dienste des Gesundheitswesens werden erhöhte Anforderungen hinsichtlich der Qualität der Leistungen und der fachlichen und kommunikativen Kompetenz der Gesundheitsberufe gestellt. Die Fähigkeit und Bereitschaft zu einem kontinuierlichen beruflichen Qualitätsmanagement wird für alle herausgehobenen Tätigkeiten und die selbständige Praxisausübung zu einer unerlässlichen Voraussetzung.

Mit der Ausbreitung des Internets, einer elektronischen Gesundheitskarte und öffentlicher Informationsmöglichkeiten zu Gesundheit und Krankheiten wird die Wissens und Kompetenzerwartung an die Gesundheitsberufe deutlich steigen. Dies wird den

Qualifikationsdruck für die Beschäftigten stark steigern und verändern und die Nachfrage nach wissenschaftlichen Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in den kommenden Jahren deutlich erhöhen. Die Anpassung der Hochschulen an die veränderten Anforderungen erfordert weitreichende Umstrukturierungen der Studieninhalte, der Studienorganisation und der Studienkapazitäten. Ein bundesweit abgestimmtes Entwicklungs- und Förderprogramm kann dazu beitragen, um in den nächsten Jahren in den zentralen Studienbereichen der Medizintechnik, der ärztlichen Ausbildung, der Pflegewissenschaften, der Rehabilitation, der Gesundheitsförderung und der Planung und Administration im Gesundheitswesen qualitativ hochwertige Muster Studiengänge auf der Ebene von Bachelor-, Master- und Promotionsstudium zu entwickeln, die Maßstäbe für eine vorbildliche Praxis in Deutschland und in Europa bilden können.

Die Zersplitterung der rechtlichen Zuständigkeiten zwischen dem Bund und den 16 Bundesländern macht sinnvolles Zukunftshandeln im europäischen Kontext allerdings zu einer großen politischen Herausforderung und stelle die föderalen Strukturen in Deutschland vor eine Bewährungsprobe.

#### Konsequenzen für die professionelle Qualifikation von Gesundheitsberufen

Die Heterogenität der Sozial- und Gesundheitssysteme in einem sich zusammenschließenden Europa macht es für die nächsten Jahre sehr wahrscheinlich, dass verstärkt unterschiedliche Systeme der Berufsausbildung, der Zertifizierung und Anerkennung von Ausbildungen und der Finanzierung von Dienstleistungen im Gesundheitsbereich konkurrieren. Gründe für diese Einschätzung sind:

- die europäischen Verträge von Maastricht, Amsterdam und Nizza haben die europaweite Konkurrenz von Dienstleistungsangeboten eröffnet. In einer erweiterten europäischen Union wird diese in den nächsten Jahren wirksam werden;
- die Verständigung über gemeinsame Normen der Berufsausbildung auf der europäischen Ebene und die Übertragung in nationale Regelungen sind ein mühseliger und langwieriger Prozess. Die Vereinbarungen der europäischen Bildungsminister zum Bologna- bzw. Brüggen/Kopenhagen-Prozess bilden in diesem Zusammenhang eine wichtige Rahmenorientierung für nationale und internationale Akteure. In dieser Hinsicht hat auch die Arbeit an einem Europäischen Qualifizierungsrahmen eine orientierende Bedeutung.
- ein fehlender politischer Konsens über die künftigen Strukturen eines öffentlich geregelten Gesundheitswesens erschwert die Verständigung über einheitliche Mindestforderungen für die Berufsausbildung in Europa;
- die zunehmende Bedeutung der beruflichen Weiterbildung im Verhältnis zur Erstausbildung macht neue Formen der Bewertung beruflicher Qualifikationen im Rahmen eines beruflichen Lebenslaufes notwendig und führt zu neuen Qualifikationsangeboten;
- neue Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote privater Anbieter drängen auf einen sich internationalisierenden europaweiten Bildungsmarkt.

Zusammenschlüsse wie die European University Association (EUA) und die nationalen Zusammenschlüsse öffentlicher Hochschulen wie die HRK oder der Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“ haben in diesem Zusammenhang eine wichtige, standardsetzende und unterstützende Bedeutung.

## Rechtlicher Rahmen für die Berufsausbildung und -ausübung

Die Tendenz, mit jeder neuen medizinischen Technologie auch entsprechende neue Anlernberufe zu schaffen, erzeugt eine kaum sinnvolle Aufsplitterung von Tätigkeitsfragmenten im Gesundheitswesen. In den USA gibt es bereits mehr als 400 offiziell registrierte Gesundheitsberufe, in Deutschland sind es mehr als 100 mit stark steigender Tendenz. So wenig wie es sinnvoll erscheint, diese als „Heilhilfsberufe“ dem Kommando eines weitgehend fragmentierten ärztlichen Leitberufes zu unterstellen, ist es sinnvoll, die Ausbildung der Gesundheitsberufe zu einem offenen Marktgeschehen zu erklären, bei dem beliebig viele Anbieter mit ihren Berufsideen frei konkurrieren. Die Situation in Deutschland ist dringend reformbedürftig: Die strukturelle Gliederung der Gesundheitsberufe und ihrer Ausbildungsorganisation ist gegenwärtig sehr unübersichtlich. Es werden keine übergeordneten allgemeinen Differenzierungskriterien verwendet.

Die Zuständigkeit von Bund und Ländern wird im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung nicht einheitlich interpretiert. Durch die Nicht-Anwendung des Berufsbildungsgesetzes und das Fehlen eines einheitlichen Rahmengesetzes für die Berufsbildung der Gesundheitsberufe sind vielfältige Regelungs- und Zuständigkeitsformen entstanden, die sinnvolle Übergänge zwischen verschiedenen Berufen kaum ermöglichen und eine Qualitätssicherung der Ausbildung weitgehend verhindern.

Einzelberufe wurden und werden aufgrund unterschiedlicher und kaum aufeinander bezogener Kriterien nach kurzfristigen Bedarfskalkülen geschaffen. Ausbildungsstätten und Schulen werden häufig außerhalb des Zuständigkeitsbereiches der Bildungsadministration als „Bildungsinstitutionen besonderer Art“ geführt und mit Mitteln der Krankenversorgung oder durch privates Schulgeld finanziert. Die Ausbildung der Lehrkräfte und die Anforderungen an die Ausbildungsstätten entsprechen häufig nicht den Standards des Berufsbildungsgesetzes. Eine Durchlässigkeit in den Tertiär-Bereich ist programmatisch nicht vorgesehen. Eine wissenschaftliche Reflexion der Berufsausübung und der beruflichen Standards fehlt weitgehend. Die Ausbildung orientiert sich meist an den Standards der klinischen Versorgung des Krankenhauses, obwohl die Berufstätigkeit künftig überwiegend in ambulanten Einrichtungen ausgeübt werden soll. Eine systematische Vorbereitung auf selbständige Berufsausübung findet praktisch nicht statt.

Die staatliche Verantwortung für die Entwicklung des Gesundheitswesens ist gefordert, Vorgaben für eine sinnvolle Gliederung von grundlegenden Aufgabenbereichen und eine entsprechende Gliederung der Ausbildungen zu formulieren. Öffentliche Bemühungen um die Regelung der Berufsausbildung und Berufsausübung werden sich allerdings angesichts eines noch fehlenden inhaltlichen Konsenses auf allgemeine Rahmenanforderungen beschränken müssen, um zunächst eine Mindest-Vergleichbarkeit begründen zu können. Die Arbeiten an einem Deutschland Qualitätsrahmen (DQR) auch für Gesundheitsberufe gehen in diese Richtung. Als allgemeine Unterscheidungskriterien sind dabei denkbar:

- abgrenzbare Tätigkeitsfelder mit spezifischen beruflichen und methodischen Kompetenzen (z. B. Prävention, Diagnostik, Therapie, Pflege, Rehabilitation, Verwaltung)
- qualitative Bestimmungen verschiedener Ausbildungsniveaus anhand von ausgewiesenen Kompetenz Merkmalen (z. B. Anlernberuf, Fachkraft, wissenschaftliche Ausbildung).

Gesetzliche Rahmenregelungen sollten eine sinnvolle Gliederung des Berufsfeldes, eine wechselseitige Anschlussfähigkeit der Berufe und eine Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Ausbildungsstufen zum Ziel haben. Die Entwicklung in anderen europäischen Ländern zeigt, dass sich dabei die berufliche Primärqualifikation auch im Bereich der Pflege- und Therapieberufe zunehmend auf die Hochschul-Ebene verlagert, da ein wissenschaftlich begründetes Reflexionsniveau für die selbständige Berufsausübung unerlässlich ist. Hier in Deutschland Nachholbedarf.

Orientierung der Reformbemühungen im Hochschul-Bereich

Reformbemühungen können sich an den folgenden Vorschlägen orientieren:

Eine künftige Gliederung der Ausbildung der Gesundheitsberufe wird sich von der einseitigen Krankenhaus Orientierung und den vielfältigen Spezialisierungen der klinischen Medizin lösen. Diese sind und bleiben wichtig, bilden aber nicht mehr den Kern der Qualifikation der Gesundheitsberufe. Gemeinsamer Bezugspunkt kann eine neu zu bestimmende gesundheitswissenschaftliche Grundbildung werden, die den Zugang zu den verschiedenen Gesundheitsberufen einschließt und die eine gemeinsame Verständigungsgrundlage für die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe schafft.

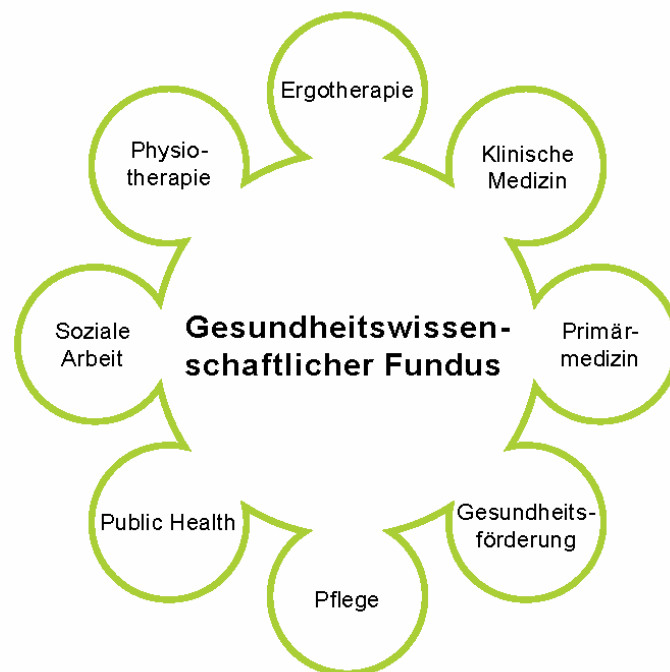


Abb. 1: Gesundheitswissenschaftliche Grundbildung

Durch ein Rahmengesetz für Gesundheitsberufe kann eine systematische Gliederung der Berufsbereiche und ihrer spezifischen Tätigkeitsmerkmale beschrieben werden.



## Rahmen für die Gliederung der Qualifizierung von Gesundheitsberufen

8	Promotion						
7	Master						
6	Bachelor						
5							
4							
3	Berufliche						
2	Bildung						
1							
	Biotechnol. u. ökonom.- techn. Kontexte  Medizin- technik	Biomed. Interv. u. institut. Kontexte  Arzt- Ausbildg.	Therap.reh. Interv. u. personale Kontexte  Therapeut. Berufe	Pfleg. Interv. personale u. sozial-ökon. Kontexte  Pflegerberufe	Ges.förderg / PH u. sozial-ökol. u. politische Kontexte  Ges.förderg.	Admin., ökonom.u . polit. Kontexte  Verwaltg.	Weitere z. B. Human wiss.  Päd., Psychol .

Qualifikationsbereiche →

Abb.: Gliederung unterschiedlicher Professionsstränge

Für jeden dieser Bereiche sollte neben einer berufsschulischen Ausbildung im Bereich der Sekundarstufe II auch eine weiterführende Ausbildung im tertiären Bereich der Hochschulen eröffnet werden, die eine wissenschaftliche Reflexion des jeweiligen Handlungsfeldes ermöglichen und vermitteln soll (vgl. Abb.2).

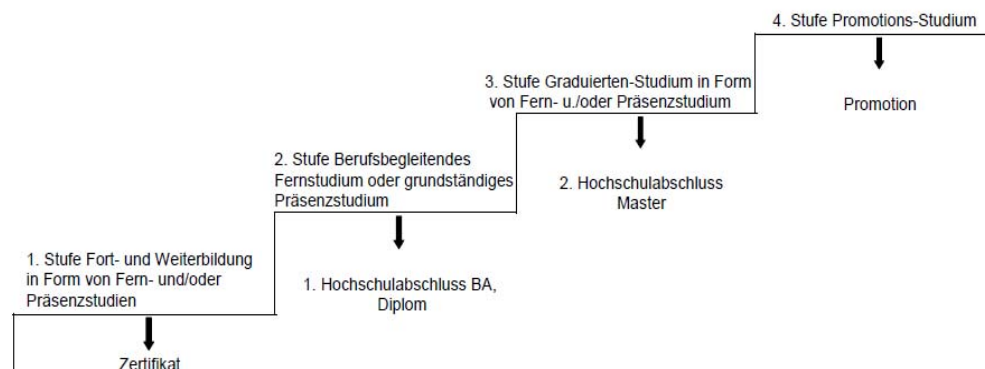


Abb.: Überblick zu Qualifizierungsstufen im Bereich der Gesundheitswissenschaften

Der Deutsche Qualitätsrahmen kann dafür eine Orientierungs-Grundlage liefern und durch professionsspezifische Kompetenzbeschreibungen ergänzt werden.

**Leitidee 4: Kompetenzorientiertes Studium**




Niveauindikator			
Anforderungsstruktur			
Fachkompetenz		Personale Kompetenz	
Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbstkompetenz
Tiefe und Breite	Instrumentelle und systemische Fertigkeiten, Beurteilungsfähigkeit	Team-/Führungsfähigkeit, Mitgestaltung und Kommunikation	Selbstständigkeit/ Verantwortung, Reflexivität und Lernkompetenz

<http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de>

Abb. 4: Leitidee – kompetenzorientiertes Studium

Eine Zusammenfassung verwandter Ausbildungsgänge im Rahmen der Grundbildung und gemeinsame, multiprofessionelle Ausbildungseinheiten können die Verständigung zwischen den Berufen erleichtern und Übergänge ermöglichen. Eine horizontale Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Studien- und Berufsbereichen wird durch einen integrativen, modularisierten Studienaufbau unterstützt, der eine allgemeine gesundheitswissenschaftliche Bildung mit einer professionsspezifischen Bildung verbindet.

**Leitidee 5: Integratives Curriculum**



	Gesundheitswissenschaftliche Grundbildung	Professionsspezifische Grundbildung	
7			optional
6			
5			Mobilitätsfenster
4			
3			
2			Fenster für duale Studienangebote
1			
	Allgemeinbildung	Berufsbildung	

Abb.: Leitidee: Integratives Curriculum

Eine vertikale Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Ausbildungsstufen wird durch eine Modularisierung der Ausbildungsgänge gefördert. Durch Anrechnung vorhergehender Qualifikationen können die Studienzeiten an den Hochschulen deutlich verkürzt werden. Berufsbegleitende Fort- und Weiterbildungsangebote in der Form von mediengestützten Fernstudien mit Präsenzphasen ermutigen zu lebenslangem Lernen und weiterführenden Qualifikationen. Für die Entwicklung dieser Ausbildungs- und Studienstrukturen und die Realisierung kompetenzorientierter Lehr- und Lernformen sind erhebliche Investitionen zum Aufbau einer entsprechenden Hochschul-Didaktik in Deutschland notwendig. Hochschulen, Universitäten und Medizinische Fakultäten können ihre Aktivitäten im Kontext der Zielperspektiven regionaler „Hochschulen für Gesundheit“ koordinieren, wenn auf der Ebene der Bundesländer und des Bundes entsprechende Bemühungen unterstützt und gefördert werden.

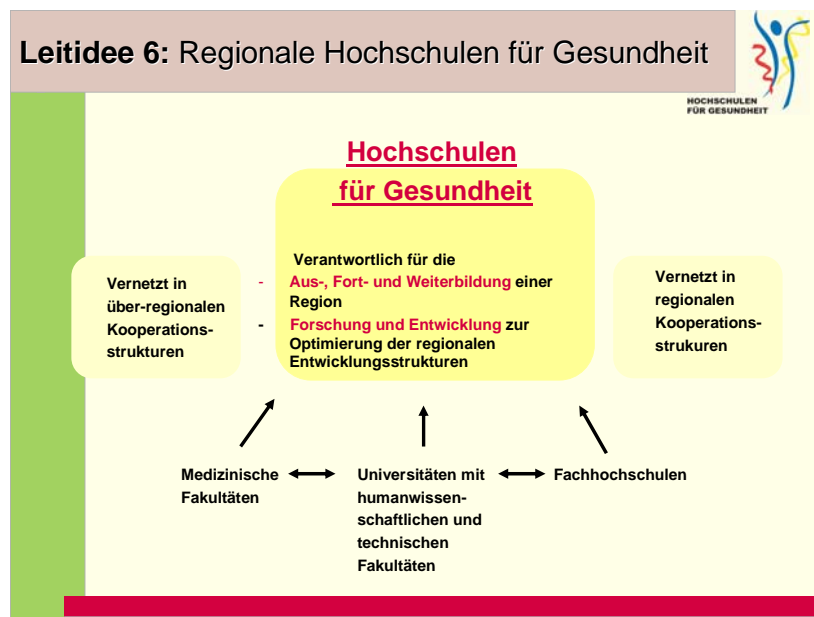


Abb. 6: Leitidee – Regionale Hochschulen für Gesundheit

Der Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“ und die HRK können dabei als Vermittler fungieren und internationale Erfahrungen auch in Deutschland nutzbar machen.