

Aktualisierung eines Memorandums zur Ausbildung in den Gesundheitsberufen für die HRK-Konferenz am 14./15. 10. 2005 in Bonn¹

Sozialer Wandel und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder - Konsequenzen für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen

1. Warum ein Memorandum zur Ausbildung in den Gesundheitsberufen?

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 tiefgreifenden 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 Gesundheitsfachberufe 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.

¹ Die ursprüngliche Fassung wurde bereits 1996 veröffentlicht: Eberhard Göpel, Günter Hölling, Friedemann Schmithals. Sozialer Wandel und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder – Konsequenzen für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen. Universität Bielefeld. Interdisziplinäres Zentrum für Hochschuldidaktik 1996.

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, zwischen den tradierten Mustern einer bürokratischen 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 ärztlich-heroischer Krankheitsbekämpfung 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.²

Vorstellungen zu gestuften Behandlungsintensitäten im Gesundheitswesen mit einem Ausbau der Primärversorgung wurden schon in den 70er Jahren 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 Allgemeinmedizin 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. Sie werden entweder als angehende Ärztinnen und Ärzte durch ein sehr aufwendiges, aber eher desorientierendes Studium systematisch fehlgeleitet oder weiterhin als Auszubildende für „Heilhilfsberufe“ entsprechend dürftig behandelt. Dabei werden allen ihnen die notwendigen Ausbildungsvoraussetzungen für eine zukunftsfähige qualifizierte und wissenschaftlich reflektierte Berufspraxis in einem multiprofessionellen Gesundheitswesen vorenthalten.

Das vorliegende Memorandum wendet sich gegen diesen Missstand!

Ziel des Memorandums ist es, in einer Zeit raschen sozialen Wandels zu einem öffentlichen Konsens über notwendige Initiativen im Bereich der Ausbildung in den Gesundheitsberufen beizutragen. Dabei stützt es sich auf die Ergebnisse mehrerer Fachtagungen, zu denen sich Dozentinnen und Studierende aus verschiedenen Ausbildungsbereichen - von der Berufsfachschule bis zum Aufbau-Studiengang - in den letzten Jahren getroffen haben, um Konzepte für die Verbesserung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen in Deutschland zu beraten.³

² Zusammenfassender Überblick in: A. Trojan, H. Legewie (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS Frankfurt

³ **Dokumentationen zu den Fachtagungen, herausgegeben von den Autoren des Memorandums:**

1993: Arbeitsgruppe Didaktik der Gesundheitswissenschaften (Hrsg.): Allgemeine Grundlagen einer gesundheitswissenschaftlichen Didaktik für unterschiedliche Ausbildungsgänge im Gesundheits- und Sozialbereich. Dokumentation einer Fachtagung. Bielefeld

1994: Eberhard Göpel, Günter Hölling (Hrsg.): Praxisorientierung und interdisziplinäre Kompetenz in den Gesundheitswissenschaften. Dokumentation einer Fachtagung Magdeburg

Das Memorandum skizziert und begründet mögliche Schritte in Richtung auf eine hinreichend qualifizierende, zukunftsorientierte Ausbildung in den Gesundheitsberufen. Dies ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Gesundheitsberufe einen aktiven und kompetenten Beitrag zur Unterstützung der anstehenden Strukturveränderungen im Gesundheitswesen leisten können.

In den letzten Jahren sind mit der Entwicklung neuer Medien für die Hochschul-Bildung auch neue Formen der Wissensvermittlung entwickelt worden. Das bereits 1996 veröffentlichte Szenario einer abgestimmten Kooperation im Bereich der Ausbildung in den Gesundheitswissenschaften erhält zunehmend auch eine tragfähige informationstechnologische Grundlage. Der multimediale Kooperationsverbund "Hochschulen für Gesundheit" hat im Rahmen des BMBF-Förderprogrammes "Neue Medien in der Bildung" inzwischen erste Grundlagen für eine hochschulübergreifende Kooperation in der Ausbildung der Gesundheitsberufe geschaffen.⁴

Die hier skizzierten Überlegungen wurden bereits vor Beginn des Bologna-Prozesses Mitte der 1990er Jahre formuliert. Im Kontext der europäischen Entwicklungen haben sie eine zusätzliche Aktualität gewonnen.

Die hohe Kompatibilität in den Zielen eines transparent strukturierten europäischen Bildungsraumes, die von den europäischen Bildungsministern 1999 gemeinsam formuliert wurden, sind aber sicherlich nicht zufällig.

Damit ist im Kontext der europäischen Vereinigung auch ein internationaler Verständigungsprozess eröffnet worden, der mit der notwendigen historischen Geduld die Chancen auf eine bedarfsorientierte, rational und transparent gegliederte Ausbildung der Gesundheitsberufe für die Anforderungen des 21. Jahrhunderts erhöht.

Diese Schrift plädiert dafür, diese Option in den Hochschulen entschlossen und zielbewusst aufzugreifen und damit einen Beitrag zur Zukunftsfähigkeit der Gesundheitswissenschaften in Deutschland im europäischen und internationalen Kontext zu leisten.

Zusammenfassender Überblick:

- Der Übergang von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung in der Gesellschaft ist Ausdruck eines grundlegenden kulturellen Wandels. Dieser bewirkt auch eine weitreichende Neubestimmung der tradierten Berufsrollen und Funktionszuweisungen im Bereich der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung.
- Zur Disposition stehen dabei die tradierte Hierarchie von Berufspositionen und Ausbildungsgliederungen im Gesundheitsbereich und die etablierten professionellen Geltungsbereiche. Gefragt sind sinnvolle neue Berufsgliederungen, die sich auf der Basis einer gemeinsamen Grundausbildung als wechselseitig anschlussfähig erweisen. Ein horizontaler Übergang zwischen verwandten Berufen und eine vertikale Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Qualifikationsstufen kann so gefördert werden.

1995: Fachgespräch "Sozialer Wandel und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder - Konsequenzen für die Ausbildung im Berufsfeld 'Gesundheit'" in Bielefeld

1996: Neue Studienformen durch neue Informationstechnologien? Eine Bestandsaufnahme in Europa. Dokumentation einer Werkstatt-Tagung. Magdeburg

1997: Eberhard Göpel (Hrsg.): Didaktische Konzepte für gesundheitswissenschaftliche Studiengänge. Bericht einer Werkstatt-Tagung. Magdeburg

1997: Standardisierung von Studienmodulen und Abschlüssen. Bericht über eine Werkstatt-Tagung.

Magdeburg 2000: Planungsansätze zur Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen im Bereich der Gesundheitswissenschaften. Bericht einer Werkstatt-Tagung. Magdeburg

⁴ Multimedialer Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit. Magdeburg 2003 (www.hochges.de)

- Das Ziel einer methodisch reflektierten Handlungskompetenz für den jeweiligen Berufsbereich erfordert auf allen Ebenen Ausbildungs- und Studienformen, in denen der professionelle Entwicklungsprozess in Hinblick auf einen selbständigen, verantwortungsbewussten Umgang mit neuen komplexen Aufgabenstellungen im Mittelpunkt steht.
- Eine modularisierte, mediengestützte Studienstruktur kann hochschulübergreifende Entwicklungen und die Qualitätsentwicklung der Studienangebote fördern. Die neuen Medien und Informationstechnologien können auch inhaltliche Studienreformen wirkungsvoll unterstützen. Entsprechende Projektentwicklungen sollten daher vorrangig gefördert werden.
Eine multimodale Didaktik, die verschiedene Studienformen - vom Selbststudium bis zum Projektlernen - integrieren kann und dabei die Möglichkeiten der neuen Medien nutzt, wird zu einer zentralen hochschuldidaktischen Aufgabe.
- Die Umstellung auf ein dreistufiges Hochschul-Qualifikationssystem in Europa (Bachelor, Master und Promotion) macht es sinnvoll, auch die ärztliche Ausbildung in eine gemeinsame Ausbildungsstruktur der Gesundheitsberufe zu integrieren. Dies ist möglich, wenn auch die ärztliche Qualifikation im Rahmen einer konsekutiven Ausbildung künftig auf einem gemeinsamen Bachelor Gesundheitswissenschaften aufbaut. Differenzierungen in eher anwendungsbezogene Bachelor of Arts und eher wissenschaftsbezogene Bachelor of Sciences erlauben frühzeitige Schwerpunktsetzungen auf gemeinsamen Wissensgrundlagen.
Als berufsqualifizierende Kompetenzstufe wird mit dem BA bzw. BSc-Abschluss die Stufe der Assistenz z. B. als therapeutische oder wissenschaftliche Assistenz erreicht, die eine eigenständige Tätigkeit unter Aufsicht in umschriebenen Tätigkeitsbereichen ermöglicht.
Auf der Ebene der Master-Studiengänge findet eine Differenzierung nach spezifischen Qualifikationsbereichen statt, für die eine eigenständige Berufsqualifikation angestrebt wird. Beispiele im Anwendungsbereich sind z. B. MA in Clinical Care, MA in Primary Care, MA in Nursing Care, MA in Physiotherapy, MA in Health Promotion, MA in Health Care Administration.
Wissenschaftsorientierte MSc-Studiengänge könnten sich z. B. beziehen auf: MSc in Biomolekularer Medizin, MSc in Medizin-Informatik, MSc in Epidemiologie und medizinische Statistik, MSc in Comparative Health Studies o. ä.
Hierauf bauen sich jeweils strukturierte Promotionsstudiengänge auf.
- Ein allgemeines „Staatsexamen“ und eine allgemeine staatliche Approbation als Ärztin oder Arzt, unabhängig von der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit und nachgewiesenen Praxis-Kompetenz fällt künftig weg. Die berufliche Registrierung erfolgt bei den jeweiligen Berufsorganisationen und ist an regelmäßige Fortbildungsnachweise gebunden.
- Das OECD/WHO Leitbild regionaler „Hochschulen für Gesundheit“ ist geeignet, die ärztliche Ausbildung wieder in die Hochschulen zu integrieren und gesundheitswissenschaftliche Forschungs-, Aus- und Weiterbildungszentren für alle Gesundheitsberufe im Rahmen von Fakultäten oder Fachbereichen für Gesundheitswissenschaften zu entwickeln.
- Die Umsetzung dieser Vorstellungen macht eine länderübergreifende Verständigung über die Rahmenbedingungen und eine entschlossene Förderung von Verbund-Projekten von Hochschulen notwendig, die diesen historischen Transformationsprozess der Hochschul-Ausbildung für die Gesundheitsberufe verantwortlich gestalten. Hierzu sind größere Umstellungsaufwendungen notwendig, die durch Förderprogramme öffentlicher Stiftungen unterstützt werden können.

- Eine systematische, zielorientierte Zusammenarbeit von BMBF und BMGS, Vertreterinnen der Kultus- und Gesundheitsministerien der Länder und ein Engagement der HRK ist notwendig, um das gegenwärtige Zuständigkeits-Wirrwarr in Deutschland zu beenden und die Ausbildung der akademischen und der nichtakademischen Gesundheitsberufe in einen abgestimmten europäischen Kontext zu integrieren. Der Wissenschaftsrat und/oder die BLK sollten eine koordinierende Rolle übernehmen.
- Der Kooperationsverbund "Hochschulen für Gesundheit" bietet ein Modell und einen Rahmen für den skizzierten Integrationsprozess, der im Rahmen der HRK weiterentwickelt werden kann.

2. Kurzfassung der Thesen und Empfehlungen des Memorandums

1. Die Entwicklung gesundheitsrelevanter Wissenschaften, steigendes Interesse an Gesundheitsförderung und das Bedürfnis nach einer ganzheitlichen Orientierung der beruflich ausgeübten Krankenversorgung erfordern einen gegenüber der Tradition der klinischen Medizin erweiterten wissenschaftlichen Reflexions- und Handlungsrahmen für das Berufsfeld Gesundheit. Zur Entwicklung entsprechender Gesundheitswissenschaften sind neue interdisziplinäre Formen der Organisation und der methodischen Orientierung von Forschung, Praxisentwicklung und Ausbildung notwendig. Dies bezieht sich sowohl auf die Entwicklung der naturwissenschaftlichen als auch der sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Aspekte der Praxis der Gesundheitsberufe.

2. Zentrale Aufgaben der Gesundheitswissenschaften bestehen in einer theoretischen und empirisch begründeten Differenzierung funktional sinnvoller Arbeitsteilungen im Gesundheitswesen und deren kontinuierliche Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen. Sie bilden ein wissenschaftlich aufklärendes kritisches Korrektiv zu den überwiegend ständisch motivierten Geltungsansprüchen bestehender Berufsgruppen und -verbände. Zu dieser Aufgabe gehört auch eine systematische wissenschaftliche Untersuchung der Ausbildung und Arbeit der Gesundheitsberufe im Sinne einer Qualitätssicherung sowie der ökonomischen, juristischen, sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen und Wirkungen ihrer Tätigkeit.

3. Anzustrebendes Ziel ist eine sinnvolle horizontale und vertikale Gliederung verschiedener Qualifikationsformen und -stufen für das Berufsfeld Gesundheitswesen, die durch eine entsprechende Rahmengesetzgebung des Bundes gesichert wird.

Eine durchlässige Stufung in:

- a) gesundheitsbezogene allgemeine Bildung
- b) berufspraktische Qualifizierung
- c) wissenschaftliche Qualifizierung

sollte für alle Gesundheitsberufe eingeführt werden und eine aufbauende Qualifizierung unter Würdigung und Anerkennung der jeweils bereits erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen ermöglichen. Im Rahmen lebenslangen Lernens sind auch ausgewiesene Praxisqualifikationen angemessen zu bewerten.

4. Einheitliche formale Kriterien für die Zertifizierung im gesamten Berufsfeld erleichtern die persönliche Bildungsplanung und die allgemeine Anerkennung der Abschlüsse und Übergänge zwischen benachbarten Berufsbereichen und Qualifikationsstufen bei entsprechender Weiterbildung. Die individuellen Qualifikationsnachweise können als Grundlage für berufliche Zertifizierungen und als Nachweis weiterführender Fort- und Weiterbildungen genutzt werden.

5. Aufgabe der Bundesländer im Rahmen ihrer Verantwortung für den Kultur-, Sozial- und Gesundheitsbereich ist es, die Bildungs- und Qualifizierungsangebote für Gesundheitsberufe auf den erkennbaren Bedarf und die Nachfrage nach Ausbildungsmöglichkeiten auszurichten und entsprechend zu fördern. Hierfür kann eine geeignete Form der Gesundheitsberichterstattung Grundlagen liefern.

6. Die systematische Förderung des gesundheitsbezogenen Qualifikationsniveaus in der Bevölkerung durch schulische Ausbildung (z. B. Einrichtung eines Schulfaches „Gesundheit“) oder öffentliche Fortbildung kann das Ausgangsniveau für eine weiterführende berufspraktische oder hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsberufen deutlich anheben und gleichzeitig zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebenssituation und einer gesundheitsfördernden Alltagskompetenz der Bevölkerung beitragen.

7. Die Ausbildung in den Gesundheitsberufen umfasst den Berufsbildungs- und den Hochschulbereich (Fachhochschulen und Universitäten). Der Zugang zu einer Hochschulausbildung für Gesundheitsberufe soll entweder über eine abgeschlossene einschlägige Berufsausbildung mit integrierter wissenschaftlicher Propädeutik oder über eine reformierte gymnasiale Oberstufe/Kollegstufe mit integrierter Praxis- und Berufsfeldorientierung führen. Das bisherige Abitur allein ist für sich kaum eine ausreichend geeignete Voraussetzung für ein Hochschulstudium im Gesundheitsbereich. In den Zulassungsordnungen der Hochschulen sollte dies zum Ausdruck gebracht werden.

8. Didaktische Reformen der Ausbildungsgestaltung sollen Auszubildende und Studierende zu einem lebenslangen selbstkritischen Qualifizierungsinteresse und einem methodisch reflektierten und verantwortungsbewussten beruflichen Handeln motivieren. Problemorientierte Aufgabenstellungen, gruppenorientierte Projektarbeit, Supervision und Praxisreflexion können dazu einen Beitrag leisten. Eine gemeinsame gesundheitswissenschaftliche Grundausbildung erleichtert multiprofessionelle Kooperation im Gesundheitswesen und die Aneignung einer methodisch reflektierten Handlungskompetenz für die eigene berufliche Spezialisierung.

9. Die Hochschulausbildung (und Weiterbildung) für Gesundheitsberufe könnte sinnvoll an „Regionalen Hochschulen für Gesundheit“ im Sinne der OECD/WHO stattfinden, die verschiedene Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen funktional und organisatorisch zusammenfassen und allgemeine, berufspraktische und wissenschaftliche Qualifikationsziele mit Forschung und regionaler Entwicklungsplanung im Gesundheitswesen verbinden. Werden vorhandene Hochschuleinrichtungen wie z. B. medizinische Fakultäten genutzt, müssten diese von den jeweiligen Bundesländern bei der Umstellung auf die erweiterten Ziele unterstützt werden.

Dies betrifft vor allem die Bewertung der Rolle der Universitätskliniken, die als forschungsorientierte Einrichtungen der medizinischen Maximalversorgung lediglich für Promotionsstudien genutzt werden können und für die Grundausbildung der Gesundheitsberufe völlig ungeeignet sind. Für den Aufbau von regionalen Praxis-Netzen für Ausbildungszwecke ist eine eigene Infrastruktur in der Region und eine entsprechende Ressourcen-Umwidmung in den Fakultäten notwendig.

10. Die Nutzung neuer Informationstechnologien kann eine Zusammenarbeit innerhalb des Rahmens „Regionaler Hochschulen für Gesundheit“ auch bei räumlicher Trennung der kooperierenden Einrichtungen unterstützen. Eine gemeinsame Finanzierungsform für die Ausbildung der Gesundheitsberufe ermöglicht eine wirksame Nutzung der verfügbaren Ausbildungsressourcen.

Chancen und Möglichkeiten der neuen Medien und Informationstechnologien sollten in diesem Zusammenhang insbesondere bei der Entwicklung berufsbegleitender Fortbildungen und Weiterbildungsstudiengänge erprobt und genutzt werden.

Hochschulübergreifende Entwicklungen und gemeinsame Qualitätsstandards können durch internetbasierte Studienmaterialien unterstützt werden, die auch eine

Internationalisierung der Studienangebote fördern. Eine Professionalisierung der Hochschuldidaktik und der Studienentwicklung und -organisation durch zentrale Studiendekanate oder anderer Einrichtungen der Hochschuldidaktik und Studienorganisation ist unerlässlich. Diese bilden künftig den Kernbereich der Fakultäten und Fachbereiche.

3. Grundlegende Aspekte des kulturellen Wandels im Umgang mit Gesundheit und Krankheit

3.1 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 Lebenszusammenhänge 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 sind;
- **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 Informations-Entwicklung:**
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.

3.2 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 Wertsysteme 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.

3.3 Gesundheitsbildung als kulturelle Aufgabe

Die Erkenntnis, dass menschliche Gesundheit Ausdruck eines dynamischen, bio-psycho-sozialen 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 Konstruktion, 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.

3.4 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 Allgemeinscharakter aufgeben müssen und immer weniger die Funktion einer tragfähigen Daseinsvorsorge erfüllen.

In welchen öffentlichen Regulationsformen 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.

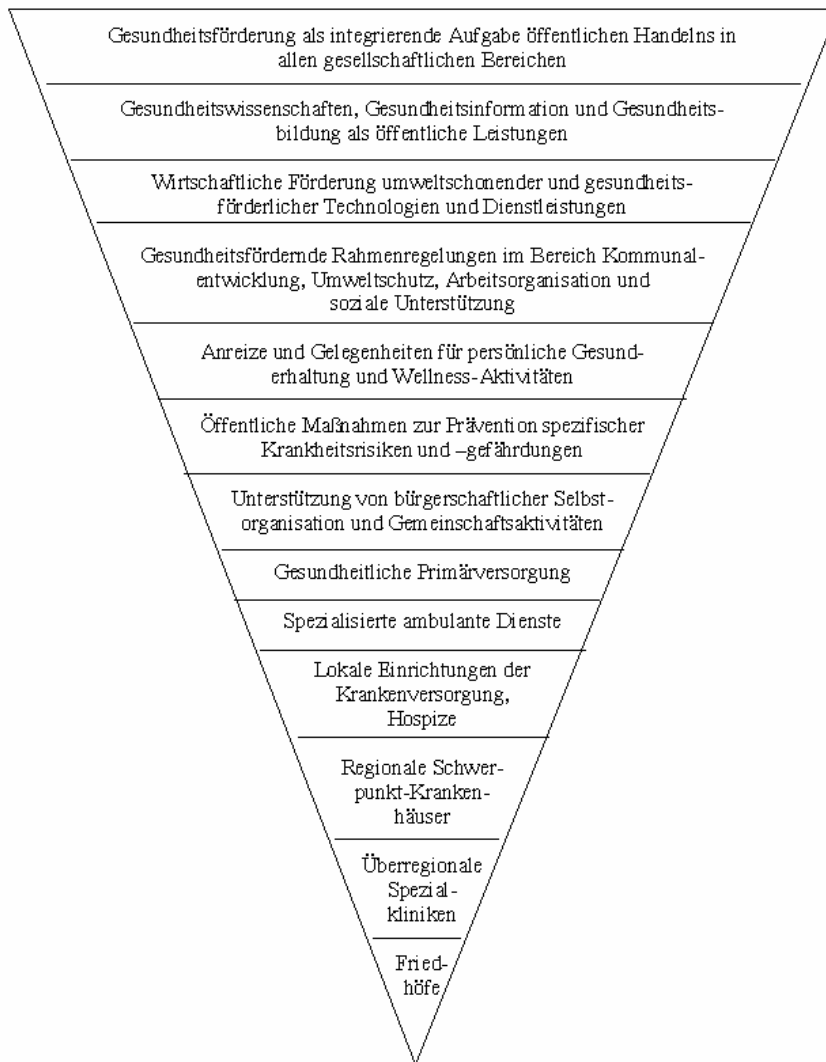
Hausarbeit, Erziehungsarbeit, Pflegearbeit und soziales Engagement bedürfen dringend einer gesellschaftlichen Aufwertung und einer ökonomischen Anerkennung. Die Einführung eines Bürgergeldes im Sinne einer negativen Einkommensteuer könnte als neue soziale Grundsicherung für alle Menschen Übergänge zwischen 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 selbstorganisierte Gemeinwesenarbeit 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.

Aufbau eines künftigen Gesundheits-Systems



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 bis zum Jahr 2010 zumindest in den zentralen Studienbereichen der ärztlichen Ausbildung, der Pflegewissenschaften, der Rehabilitation, der Gesundheitsförderung und der Planung und Administration im Gesundheitswesen qualitativ hochwertige, mediengestützte Muster-Studiengänge auf der Ebene von Bachelor-, Master- und Promotionsstudium zu entwickeln, die die Maßstäbe für vorbildliche Praxis in Deutschland und in Europa bilden.

4. Konsequenzen für die professionelle Qualifikation von Gesundheitsberufen

4.1 Künftige Konkurrenzen in der Ausbildung der Gesundheitsberufe

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;
- 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 haben in diesem Zusammenhang eine wichtige, standardsetzende Bedeutung.

4.2 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 Tertiärbereich 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.

Als allgemeine Unterscheidungskriterien sind dabei denkbar:

- abgrenzbare Tätigkeitsfelder mit spezifischen methodischen Kompetenzen
(z. B. Prävention, Diagnostik, Therapie, Pflege, Rehabilitation, Verwaltung)
- die Bestimmung verschiedener Spezialisierungsniveaus
(z. B. Primär-, Sekundär- oder Tertiärversorgung)
- quantitative Bestimmungen der Ausbildungsleistung
(z. B. der Zeitumfang der Ausbildung in Unterrichtsstunden)
- 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.

4.3 Qualifikationen im Berufsfeld "Gesundheit"

Das Konzept der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation strebt eine gesundheitsbezogene Qualifizierung in allen gesellschaftlichen Bereichen an. Es ist in diesem Zusammenhang auch sinnvoll, künftig auch im Bereich der allgemeinbildenden Schulen ein entsprechendes Bildungsangebot zu verankern.

Die Erfahrung zeigt, dass Gesundheitsfragen in der Bevölkerung ein großes Interesse finden. Viele Fernsehsender haben daher entsprechende Programme eingeführt. Ein eigener Spartensender zur Gesundheit ist in Vorbereitung.

Die systematische Unterstützung dieses Interesses durch geeignete, praxisorientierte Qualifizierungsangebote über öffentliche Medien würde eine sinnvolle soziale Investition bedeuten, zu der auch Krankenkassen, Lebens- und Rentenversicherungen einen Beitrag leisten könnten.

Die Arbeit von Selbsthilfegruppen, Behindertenverbänden, Pflegegenossenschaften, Seniorengruppen oder Bürgerinitiativen kann durch gesundheitswissenschaftliche Fortbildungs-, Aufklärungs- und Anleitungsprogramme eine qualifizierte und qualifizierende Unterstützung erhalten. Ein bundesweites „Studienkolleg Gesundheitsförderung“ kann hierfür eine Grundlage schaffen. Das Eingangsniveau der Berufsbildung für Gesundheitsberufe kann künftig deutlich höher gesetzt werden als heute, wenn auf entsprechenden schulischen oder außerschulischen Qualifikationen aufgebaut werden kann.

Für die Qualifikation in dem Berufsfeld Gesundheit ergeben sich dann folgende Stufungen:

- a) **Schulische Allgemeinbildung** im Rahmen eines Schulfaches Gesundheit
- b) **Praxisqualifikation 1. Stufe** im Rahmen von Lehrgängen, Fortbildungen, angeleiteten sowie ausgewerteten Praxiserfahrungen z. B. für die Unterstützung in Pflege oder Altenhilfe-Bereich,
- c) **Berufliche Bildung** im Rahmen einer mindestens dreijährigen Ausbildung im dualen System oder in Berufsfachschulen mit einem anerkannten Berufsabschluss,
- d) **Hochschulische Bildung** im Rahmen gestufter Hochschul-Studien (BA-MA-Promotion), die zu einer selbständigen, wissenschaftlich orientierten Berufstätigkeit qualifizieren mit der Stufung
 1. BA oder BSc Gesundheitswissenschaften, die zu einer Berufstätigkeit auf dem Niveau wissenschaftlich qualifizierter Assistenz befähigt
 2. MA oder MSc in verschiedenen Berufsbereichen, die zu einer eigenständigen Berufsausübung befähigen
 3. Promotionsstudien für wissenschaftliche Tätigkeiten.
- e) **Berufliche Fort- und Weiterbildung** führt zu berufsbegleitenden Ergänzungen und Erweiterungen der erworbenen beruflichen Qualifikation,
- f) **Zusatz- und Aufbaustudiengänge** führen zum Erwerb neuer beruflicher Qualifizierungen und Spezialisierungen.

Es ist sinnvoll, für jede dieser Qualifikationsstufen bundeseinheitliche Mindestnormen für die Akkreditierung zu formulieren, um eine Orientierung für die Angebotsgestaltung zu

geben, eine Vergleichbarkeit zu fördern sowie spezifische Tätigkeitsbereiche sinnvoll voneinander abzugrenzen.

4.4 Orientierung der Reformbemühungen

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 gesundheitswissenschaftliche Grundbildung werden, die den Zugang zu den verschiedenen Gesundheitsberufen erschließt:

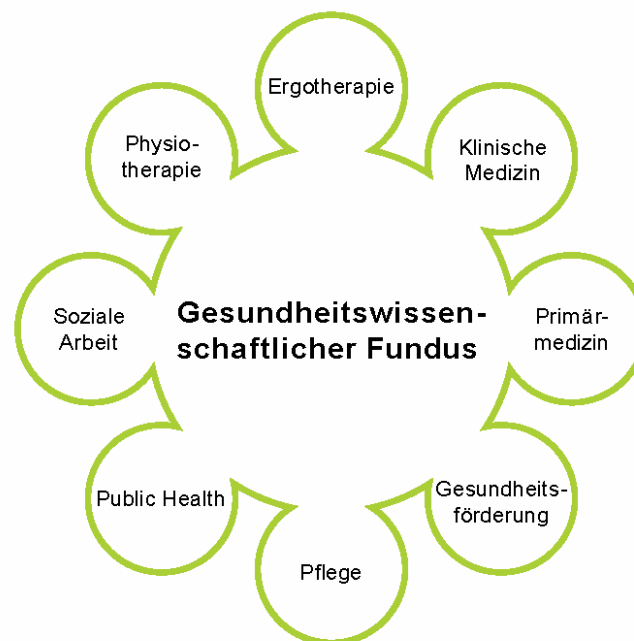


Abb. 1: Gesundheitswissenschaftliche Grundbildung

Durch ein Bundes-Rahmengesetz kann eine systematische Gliederung der Gesundheitsberufe und ihrer spezifischen Tätigkeitsmerkmale beschrieben werden (z. B. Prävention - Primärversorgung - Diagnose- und Behandlungstechnik -Therapie und Rehabilitation - Pflege - Gesundheitshandwerk - Gesundheitsverwaltung).

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).

Eine Zusammenfassung verwandter Ausbildungsgänge im Rahmen der Grundbildung und gemeinsame, multiprofessionelle Ausbildungseinheiten kann die Verständigung zwischen den Berufen erleichtern und Übergänge ermöglichen.

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.

Beispiele für derartige Kooperationsformen existieren seit einigen Jahren in Schweden, Finnland und Großbritannien.

Durch den multimedialen Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“, der im Rahmen des BMBF-Förderprogrammes „Neue Medien in der Bildung“ seit dem Jahr 2000 gefördert wurde, sind auch in Deutschland einige Elemente einer hochschulübergreifenden Zusammenarbeit bereits entwickelt worden.

Diese Bemühungen sollten im Rahmen der HRK systematisch fortgeführt werden.

Qualifizierungsstufen im Bereich der Gesundheitswissenschaften

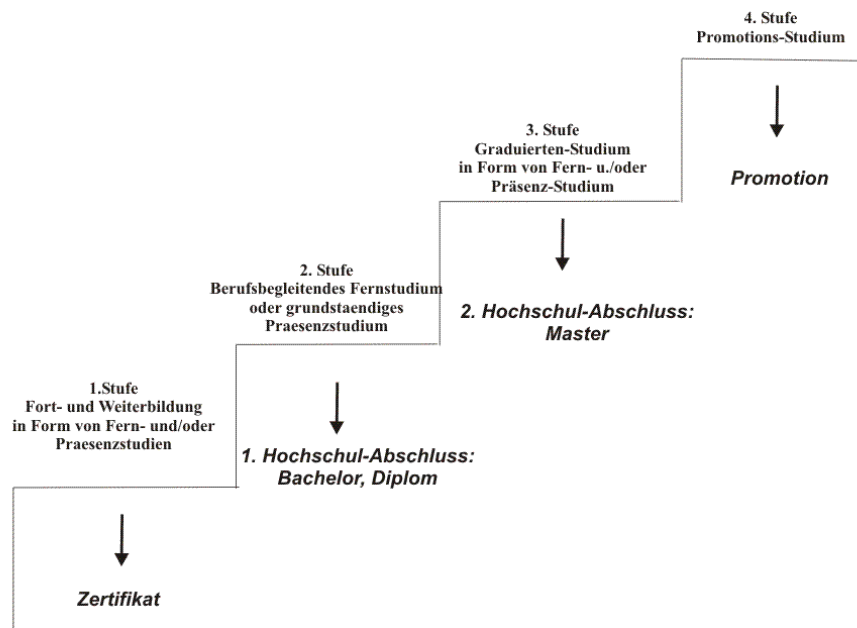


Abb. 2: Überblick zu Qualifizierungsstufen im Bereich der Gesundheitswissenschaften

4.5 Lehren und Lernen verändern

Eine transdisziplinäre wissenschaftliche Ausbildung ist die oberste Stufe eines beruflichen Ausbildungssystems. Eine solche Ausbildung ist eine wissenschaftliche Ausbildung in dem Sinne, dass die Studierenden lernen, kritisch mit ihrer eigenen Praxis und der Praxis der Institutionen, in denen sie tätig sein werden, umzugehen. Sie erwerben eine breit gefächerte Methodenkompetenz, die sie urteilsfähig macht und in die Lage versetzt, in komplexen Situationen sachgemäß zu handeln. Sie erwerben Kontextwissen, mit dem sie ihre berufliche Tätigkeit in das umfassende soziale Gefüge, in dem sie tätig sind, einordnen können.

In die entsprechenden Studiengänge gehört aber auch ein bedeutsamer Kern anwendungs- und verhaltensorientierter Elemente, ohne die praktische Handlungskompetenz nicht zu erwerben ist. Gerade in der Verbindung von wissens- und verhaltensorientierten Lernzielen liegt das besondere Kennzeichen einer praxisorientierten Ausbildung und ein wesentlicher Unterschied zu den Traditionen disziplinärer Studiengänge. Hierfür existieren entwickelte didaktische Konzepte. Zu nennen sind vor allem das problemorientierte Lernen, das Projektstudium und durch die ausbildende Institution begleitete Praxisphasen.

Problemorientiertes Lernen: Kennzeichnend für Problemorientiertes Lernen ist das Arbeiten an „Fällen“. Die Fallbeschreibungen werden von Lehrenden erstellt bzw. ausgewählt nach dem Kriterium der Eignung für das Erreichen bestimmter vorgedachter

Lernziele. Die Fallbearbeitung findet in Lerngruppen geeigneter Größe statt. Die Resultate werden zusammengetragen, besprochen und bewertet. Neben dem Erwerb von Methoden und Kenntnissen der Problemanalyse und der Informationsgewinnung werden in dieser Lernform auch der Erwerb von reflektiertem Handlungswissen und einer teamorientierten Arbeitshaltung gefördert. Die Rolle der Lehrenden im Prozess der Vermittlung tritt gegenüber klassischen Lehrformen zurück.

Projektstudium: Die Studierenden bearbeiten Fragestellungen, für die es bisher keine Lösungen gibt. Bei solchen Fragestellungen handelt es sich deshalb typischerweise um Probleme aus der Praxis. Aufgabe der Lehrenden ist es, die Bearbeitbarkeit der Probleme im gegebenen Rahmen zu beurteilen und in der Durchführungsphase sachdienliche Ratschläge zu geben, aktuell benötigtes Wissen bereitzustellen und überhaupt durch ihren Kompetenzvorsprung die Arbeitsfähigkeit des Projektes sicherzustellen.

Angeleitete Praxisphasen: Studierende führen für eine gewisse Zeit Arbeiten im Berufsfeld aus. Die dabei gesammelten Erfahrungen werden zum Gegenstand einer durch die ausbildende Institution angeleiteten kritischen Reflexion und ggf. zum Ausgangspunkt einer systematischen Beschäftigung mit aufgetretenen Problemen. Lehrende haben die Aufgabe, die „Qualität“ von Praxisplätzen zu beurteilen, die Institutionen der Praxis mit den Zielen der Praxisphasen vertraut zu machen und die methodische Reflexion der Praxiserfahrungen und die systematische Vorbereitung auf die in der Praxis wahrzunehmenden Aufgaben anzuleiten.

Allen Konzepten ist gemeinsam, dass sie die Studierenden in Handlungsabläufe einbeziehen und dadurch den Zusammenhang von Wissen und Handeln fördern. Die Lehrenden übernehmen Rollen, die deutlich abweichen von klassischen Lehrerrollen. Umfang, Art und Qualität ihrer Arbeit lassen sich nicht mehr umstandslos an klassischen Indikatoren (in der Regel sind dies die obligatorischen Lehrveranstaltungsstunden) messen, da der studentische Lernprozess den Maßstab bildet.

Durch die Nutzung der neuen Informationstechnologien kann der Wirkungsgrad selbstständiger Studienphasen gesteigert und der Anteil offener, flexibler Studienanteile erhöht werden. Fallbasiertes, problemorientiertes Lernen und die Simulation von Projektverläufen und Praxisanwendungen kann mit Hilfe multimedialer Aufbereitungen realitätsnah gestaltet werden und insbesondere in den Kernbereichen professioneller Kompetenz kann die Identifikation von Schwächen und Fehlern eine kontinuierliche Verbesserung durch übendes Wiederholen unterstützen.

Die Studienarrangements werden dadurch vielfältiger und nehmen nicht nur im Bereich der berufsbegleitenden Weiterbildung die Formen eines „blended learning“, eines gemischten Lernens von Selbststudium und Präsenzphasen, von orientierender Vorlesung und übenden Praktikum, von erweiterndem Tutorium bis zum vertiefenden Seminar, von der Internet-Recherche bis zum Kommunikationstraining an.

Multimediale Studienelemente, die sich in derartige Studienarrangements des „forschenden Lernens“ einfügen, können das Studien-Repertoire der Hochschulen und den Wirkungsgrad des Studiums erheblich erweitern. Sie bilden daher eine wesentliche Studienkomponente künftiger „Hochschulen für Gesundheit“.

Die Organisation derart komplexer Studienarrangements, die auf die Entwicklung einer reflektierten handlungs- und entscheidungsorientierten Berufskompetenz ausgerichtet sind, bildet in ihren methodischen Elementen eine zentrale professionelle Dienstleistung der künftigen Hochschule. Sie ergibt sich nicht nebenher, von selbst oder automatisch aus den Aktionen isolierter HochschullehrerInnen, sondern setzt sehr bewusste Entscheidungen des Hochschul-Managements voraus, den Stand bildungswissenschaftlichen Wissens auch für die eigene Hochschullehre verfügbar zu machen.

Künftige Studien-Dekanate werden daher mit einer eigenen hochschuldidaktischen Forschungs- und Entwicklungseinrichtung verknüpft sein.

Bei der Gründung der Universität Maastricht (NL), die als erste Hochschule in Europa ihre medizinische Ausbildung auf einen problemorientierten Unterricht umstellten, bildeten das „Center for Educational Development“ und die Entwicklung eines zentralen „Learning Resource Center“ um die Bibliothek herum, die zentralen Investitionen.

4.6. Den Übergang von einem ständischen Staatsexamen zu gesellschaftlich verantwortlichen Gesundheitswissenschaftlichen in einem europäischen Kontext

Mit dem Bologna-Prozess ist für alle Berufsbereiche, die seit dem 19. Jahrhundert ihre wissenschaftlichen Weihen durch den Staat verliehen bekommen haben, eine neue Bewährung im kritisch-kollegialen Urteil von Peer-Reviews, Qualitäts-Evaluationen und öffentlichen Akkreditierungen von Studienangeboten notwendig.

Dabei sind Übergänge von einer ständischen Berufskunde zu einer systematischen wissenschaftlichen Praxisreflektion unerlässlich.

Aus dem Traditionskanon der Pädagogik entwickeln sich bildungswissenschaftliche Grundlagen für eine pädagogische Praxis auch jenseits von staatlich reglementierten Schulen. Aus der tradierten Rechtskunde der Juristen entwickeln sich rechtswissenschaftliche Grundlagen für eine mediatorische Praxis auch jenseits staatlicher Gerichtsbarkeit.

Und aus der ärztlichen Berufskunde aus Klinik und Praxis entwickeln sich gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für eine Praxis der Kuration und Gesundheitsförderung auch jenseits der staatlich reglementierten Kassenmedizin.

In allen diesen Fällen wäre mit dem Übergang zu einem einfachen Hochschul-Abschluss und die Integration in das übrige Hochschul-System die Chance verbunden, sich der wissenschaftlichen Reflexion der eigenen Wissensgrundlagen und Berufsnormen aktiv zu stellen und damit den Übergang vom 19. zum 21. Jahrhundert zu bewältigen.

Nicht mehr das Auswendiglernen von Staatsexamens-Katalogen, die häufig das Niveau von Fachschul-Ausbildungen kaum übersteigen, sondern eine wissenschaftliche Reflexion der Erkenntnis- und Praxisgrundlagen und die Aneignung selbständiger wissenschaftlicher Urteilskraft würden in den Mittelpunkt des Studiums rücken. Wer sich auf eine wissenschaftliche Tätigkeit vorbereiten will, kann dies im Anschluss eines berufsqualifizierenden Master-Studiums im Rahmen eines eigenen strukturierten Promotionsstudiums tun und wird dabei entsprechend methodisch gefördert und gefordert.

Da die Leistungsanforderungen niveau- und bereichsbezogen sowie modulspezifisch ausgewiesen werden, sind sowohl unterschiedliche Aneignungsformen als auch -zeiträume und damit Anpassungen an individuelle Studienvoraussetzungen und -bedingungen möglich.

Moderne Studienverwaltungen erlauben es, eine entsprechende Studien-Logistik transparent und verlässlich in einer personalisierten Form zu kommunizieren.

Das Studium entwickelt sich um die LernerInnen und deren Ausbildungsbedürfnisse. Lehrende haben weiterhin wichtige Anleitungs- und Beratungsfunktionen, aber sie bilden in der Informationsvermittlung nur noch eine Informationsquelle unter anderen, die sich ebenfalls der kritischen Reflexion im Kontext anderer Perspektiven, Sichtweisen und Meinungen zu stellen hat.

Die Fiktion der einen und endgültigen medizinischen Wahrheit, die gegenwärtig durch die schriftlichen Staatsexamen transportiert wird, gehört damit der Vergangenheit an. Die Bewältigung der Komplexität verfügbaren gesundheitswissenschaftlichen Wissens wird

damit im Studium und in der Berufspraxis keineswegs einfacher – aber realistischer und lebensnäher.

Ähnliches lässt sich mit Ähnlichem verbinden. Physiotherapeuten können sinnvoll mit angehenden Orthopäden studieren, FamilienpflegerInnen mit angehenden HausärztInnen oder technische AssistentInnen mit angehenden Molekulargenetikern.

Nur alles zusammen in einzelnen Köpfen akkumulieren zu wollen, um daraus einen staatlich approbierten Arzt zw. Ärztin mit Berufstauglichkeit in allen Bereichen zu erzeugen, ist für alle Beteiligten ein gesundheitsbelastender und höchst riskanter Mythos der medizinischen Fakultäten, der in der Informationsgesellschaft des 21. Jahrhunderts jeglicher Evidenz entbehrt.

Die Lösung aus dieser Misere liegt nicht in einem „noch mehr!“, sondern in einem anders und hier liegt die Chance des Bologna-Prozesses – Wenn man ihn denn als Chance begreifen kann und will.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. med. Eberhard Göpel
Hochschulen für Gesundheit e. V.
c/o Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Breitscheidstr. 2
39114 Magdeburg
Tel.: 0391 – 886 04304
email: eberhard.goepel@sgw.hs-magdeburg.de
www.hochges.de