WR

WISSENSCHAFTSRAT

Drs. 2411-12
Berlin 13 07 2012

Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen

Vorbemerkung **5**

Kurzfassung **7**

A. Ausgangssituation, empirische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen **11**

A.I Arbeitsauftrag und Begriffsklärungen **11**
I.1 Eingrenzung des Arbeitsauftrags 11
I.2 Terminologie 12

A.II Das Gesundheitswesen und seine Rahmenbedingungen **13**
II.1 Bedarf an Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund demografischer und epidemiologischer Veränderungen 13
II.2 Zur Entwicklung des Personals im Gesundheitswesen 21
Exkurs: Zur Diskussion eines allgemeinen Mangels an Fachpersonal im Gesundheitswesen 26
II.3 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und gesundheitsökonomische Konsequenzen 30

A.III Die akademischen Berufe der Gesundheitsversorgung und ihre Zusammenarbeit **33**
III.1 Rechtliche Grundlagen 34
III.2 Aufgabenprofile der einzelnen Berufe 39
III.3 Zusammenarbeit der Berufe 42
III.4 Beispiele zunehmender Komplexität in Versorgungsbereichen der Gesundheitsfachberufe 47

A.IV Stand und Entwicklung der hochschulischen Ausbildung für die Gesundheitsversorgungsberufe in Deutschland **49**
IV.1 Die Hochschulausbildung für Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte 50
IV.2 Die Hochschulausbildung für Gesundheitsfachberufe 54

A.V Stand und Entwicklung von Forschung und wissenschaftlichen Karrierewegen in den gesundheitsbezogenen Disziplinen **65**
V.1 Zur Wissenschaftlichkeit der Gesundheitsversorgungsberufe 65
V.2 Wissenschaftliche Karrierewege in den gesundheitsversorgungsbezogenen Hochschulbereichen 68

A.VI Interprofessionelle Ausbildung im internationalen Kontext **71**

B. Empfehlungen 77

B.I Einschätzungen zu künftigen Qualifikationserfordernissen in den Gesundheitsversorgungsberufen 78

I.1 Künftige Qualifikationserfordernisse und Qualifizierungswege in den Gesundheitsversorgungsberufen 78

I.2 Einschätzungen zum Personalbedarf im Gesundheitswesen 79

B.II Empfehlungen zur Qualifizierung für Gesundheitsversorgungsberufe an Hochschulen 81

II.1 Empfehlungen zur hochschulischen Qualifizierung für die Gesundheitsfachberufe 81

II.2 Empfehlungen zur Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten 88

II.3 Übergreifende Empfehlungen zur interprofessionellen Vernetzung der Qualifizierungswege 92

II.4 Zu den Kosten einer Akademisierung der Gesundheitsfachberufe 94

B.III Empfehlungen zu Forschung und wissenschaftlichen Karrierewegen in den gesundheitsbezogenen Disziplinen 96

III.1 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Forschung 97

III.2 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Karrierewege 99

C. Anhang 103

D. Verzeichnisse 111

Vorbemerkung

Der Wissenschaftsrat hat am 2. Juli 2010 das Thema „Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ in sein Arbeitsprogramm aufgenommen und einen von ihm eingesetzten „Erweiterten Ausschuss Medizin“ mit der Erarbeitung von entsprechenden Empfehlungen beauftragt. Er gab sich damit die Frage auf, welche Qualifikationen für die zukünftige gesundheitliche Versorgung in den für die Gesundheitsberufe relevanten Studiengängen vermittelt werden müssen und wie vor diesem Hintergrund die Qualifizierungswege an deutschen Hochschulen strukturell weiterentwickelt werden sollen.

Die Frage betrifft vorrangig das Spektrum von Lehre, Studium und Ausbildung im Bereich der Universitätsmedizin und der Gesundheitswissenschaften in Deutschland, zu dem der Wissenschaftsrat seit seinem Bestehen wiederholt Stellung genommen und Empfehlungen ausgesprochen hat. |[1] Der Wissenschaftsrat hat sich darüber hinaus auch mehrfach fächerübergreifend zu Lehre und Studium an deutschen Hochschulen geäußert. |[2]

|[1] Vgl. die nachstehenden Empfehlungen aus den letzten 20 Jahren: Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums (=Sonderband). Köln 1992; Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 1995, Bd. 1, S. 77–99; Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 1999, S. 279–322; Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin. Aufgaben, Organisation, Finanzierung (=Sonderband). Köln 1999; Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin (=Sonderband). Köln 2004; Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, in: ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. 2, S. 267–330; Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, in: ebd., S. 331–438; Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin (=Sonderband). Köln 2007; Bundesministerium für Bildung und Forschung, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Wissenschaftsrat: Kernforderungen Hochschulmedizin der Zukunft: Ziele und Visionen für die klinische Spitzenforschung, Berlin 2004, http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de (12.07.012).

|[2] Vgl. zuletzt insbesondere: Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium (=Sonderband), Köln 2008.

Der Ausschuss Medizin hat seinen Beratungen externe Studien und eigene Analysen ebenso zugrunde gelegt wie Gespräche mit und Anhörungen von wissenschaftlichen sowie wissenschafts- und gesundheitspolitischen Akteuren aus dem In- und Ausland. |[3] Der Wissenschaftsrat bedankt sich bei allen Gesprächspartnern für Ihre Beteiligung an der Entwicklung der vorliegenden Empfehlungen.

Im „Erweiterten Ausschuss Medizin“ selbst haben neben den Mitgliedern des Ausschusses Medizin auch Personen mitgewirkt, deren Expertise für die Erarbeitung der Empfehlungen von größter Wichtigkeit waren. Ihnen ist der Wissenschaftsrat zu besonderem Dank verpflichtet.

Der Wissenschaftsrat hat diese Empfehlungen am 13. Juli 2012 in Berlin verabschiedet.

|[3] In diesem Zusammenhang sei der Robert Bosch Stiftung für die Finanzierung einer Studienreise nach Schweden zum Karolinska Institutet und zur Universität Linköping gedankt.

Kurzfassung

Die vorliegenden Empfehlungen befassen sich mit der Frage, welche hochschulischen Ausbildungsangebote und Qualifikationen zukünftig in Ergänzung und Weiterentwicklung bereits bestehender Angebote benötigt werden und wie diese gestaltet werden sollten, um angemessen auf bereits stattfindende und absehbare Veränderungen der Versorgungsbedarfe im Gesundheitswesen reagieren zu können und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu sichern. Im Zentrum stehen dabei neben den traditionell akademischen ärztlichen Berufen vor allem solche Gesundheitsfachberufe, für die bereits erste grundständige Studiengänge – zumindest modellhaft – eingerichtet wurden und die sich entsprechend in einem Prozess der Akademisierung befinden. Hierzu zählen die Pflege (einschließlich der Altenpflege), die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Logopädie und das Hebammenwesen.

Das Gesundheitswesen steht in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen. Als Folge des **demografischen Wandels** ist eine tief greifende Veränderung der Versorgungsbedarfe zu erwarten. Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen geht eine wachsende Zahl multimorbider, chronisch erkrankter und pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten einher. Hinzu kommen **epidemiologische Veränderungen**, die von der demografischen Entwicklung unabhängig sind; so ist z. B. auch bei jüngeren Menschen eine Zunahme chronischer Erkrankungen zu verzeichnen. Zusammen führen diese Entwicklungen neben einer **quantitativen Ausweitung** zu einer **qualitativen Veränderung der Versorgungsbedarfe**. Entscheidende Bedeutung kommt hierbei insbesondere der sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung an den Schnittstellen der unterschiedlichen Gesundheitsversorgungsberufe zu. Eine weitere wichtige Entwicklung besteht in der zunehmenden **Komplexität** des Versorgungsauftrags, die aus dem medizinischen Fortschritt und der mit ihm verbundenen Erschließung neuer Möglichkeiten in der Diagnostik, Therapie, Prävention, Rehabilitation und Pflege resultiert. Diese Entwicklung bedingt zum einen eine fortschreitende berufliche Differenzierung, die sich z. B. im ärztlichen Bereich an den zunehmenden Möglichkeiten der fachärztlichen Weiterbildung und im Bereich der Pflege an der Entstehung spezialisierter Tätigkeitsbereiche (z. B. in der Onkologie oder Neonatologie) festmachen lässt. Zum anderen erge-

ben sich aus dieser Situation neue Anforderungen an das interprofessionelle Zusammenwirken der Gesundheitsversorgungsberufe insgesamt.

Aus den geschilderten Entwicklungen ergeben sich weit reichende Folgen für die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Erforderlich ist eine insgesamt stärker **kooperativ organisierte Gesundheitsversorgung**, in der insbesondere die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe nicht nur zunehmend komplexere Aufgaben erfüllen, sondern in einem gewissen Umfang auch bestimmte, vormals von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommene Aufgaben übernehmen. Die Veränderung der Arbeitsteilung wirkt sich wiederum auf die **zukünftigen Qualifikationserfordernisse und Qualifizierungswege** in den Berufen der Gesundheitsversorgung aus. Neben neuen fachlichen Qualifikationen – z. B. im Zusammenhang mit der zunehmenden Technisierung der Gesundheitsversorgung – sind hier auch für alle Gesundheitsversorgungsberufe relevante, übergreifende Qualifikationen wie die Fähigkeit zur **interprofessionellen Zusammenarbeit** zu nennen. Besonders deutlich wird dies mit Blick auf die Gesundheitsfachberufe. In bestimmten Bereichen – wie z. B. der Patientenedukation und Beratung, der Versorgung mit vermehrt technischer Unterstützung und der Versorgungssteuerung – übernimmt pflegerisches, therapeutisches und geburtshelferisches Fachpersonal bereits heute Aufgaben hoher Komplexität; eine weitere Komplexitätssteigerung ist absehbar. Angesichts dieser Entwicklung hält es der Wissenschaftsrat für zunehmend wichtig, dass die mit besonders komplexen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe ihr eigenes pflegerisches, therapeutisches oder geburtshelferisches Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis reflektieren, die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch prüfen und das eigene Handeln entsprechend anpassen können.

Der Wissenschaftsrat ist vor diesem Hintergrund der Auffassung, dass eine Weiterentwicklung der für die Gesundheitsfachberufe üblichen Ausbildung an berufsbildenden Schulen nicht ausreicht, um die erforderlichen Fähigkeiten und Kompetenzen zu vermitteln. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, **das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege, der Therapieberufe und der Geburtshilfe tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden**. Die hochschulische Ausbildung sollte in erster Linie in Form von primärqualifizierenden, patientenorientierten Studiengängen mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigenden Bachelor-Abschlusses erfolgen. Vor dem Hintergrund der üblichen Größe multidisziplinärer Teams hält es der Wissenschaftsrat für sinnvoll, 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs in den hier betrachteten Gesundheitsfachberufen akademisch zu qualifizieren. Ferner sollten Studienangebote entwickelt werden, die für ausgebildete, erfahrene Kräfte attraktive Möglichkeiten zur akademischen Weiterbildung für spezialisierte patientenorientierte Aufgaben sowie für Tätigkeiten in der Lehre und im Gesundheitsmanagement eröffnen.

Die erforderlichen Studienplätze sollten stärker als bisher an staatlichen Hochschulen und auch an Universitäten eingerichtet werden. Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass die den Hochschulen zur Verfügung stehenden Grundmittel und die Landeszuführungsbeträge für die Medizinischen Fakultäten nicht ausreichen, um die erforderliche Zahl von Studienplätzen für die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen zu schaffen. Vor diesem Hintergrund hält es der Wissenschaftsrat für notwendig, die für die hier empfohlene Akademisierung der Gesundheitsfachberufe erforderlichen Mittel bereitzustellen.

Mit Blick auf die **ärztliche und zahnärztliche Ausbildung** stellt der Wissenschaftsrat fest, dass die Absolventinnen und Absolventen durch ein wissenschaftliches Studium und eine forschungsbasierte Lehre insgesamt gut auf die Anforderungen der beruflichen Praxis vorbereitet werden. Gleichwohl sieht der Wissenschaftsrat wichtige Verbesserungsmöglichkeiten, insbesondere mit Blick auf erweiterte Möglichkeiten zur Bildung individueller Studienschwerpunkte, eine stärker kompetenzorientierte, problemorientierte und patientenzentrierte Gestaltung des Studiums und eine stärkere Gewichtung der Vermittlung wissenschaftlichen Arbeitens.

Im Interesse einer interprofessionellen Ausbildung, die angemessen auf eine Tätigkeit in einem stark arbeitsteilig und kooperativ organisierten Gesundheitswesen vorbereitet, misst der Wissenschaftsrat der Vernetzung der Qualifizierungswege für alle hier betrachteten Berufe große Bedeutung bei. Um dieses Ziel zu erreichen, hält er insbesondere zwei Modelle für geeignet. Das **integrative Modell** sieht vor, an Universitäten neu geschaffene pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftliche Studiengänge unter dem Dach eines Departments für Gesundheitswissenschaften einzurichten, das der Medizinischen Fakultät angegliedert ist. An Fachhochschulen neu geschaffene Studiengänge sollten unter dem Dach einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften eingerichtet werden und eng mit einer Universität mit Medizinischer Fakultät kooperieren. |[4] Der Wissenschaftsrat spricht sich mit diesem Modell für die Einrichtung eines **Gesundheitscampus** zur Umsetzung einer hochschul- bzw. fakultätenübergreifenden Lehre aus.

Für die Bildung eigenständiger wissenschaftlicher Disziplinen im Bereich der Gesundheitsfachberufe sind auch der Auf- und Ausbau genuiner **Forschung** sowie die Schaffung **wissenschaftlicher Karrierewege** erforderlich. In der Pfle-

|[4] Gleiches gilt für Studiengänge, die an Dualen Hochschulen eingerichtet werden. Duale Hochschulen als Hochschulen eigenen Typs existieren derzeit ausschließlich in Baden-Württemberg.

ge, der Therapie- und der Hebammenwissenschaft erkennt der Wissenschaftsrat in diesem Zusammenhang noch großen Entwicklungsbedarf. Die Entwicklung eigenständiger Forschungsprogrammatiken sollte in enger Interaktion mit der Universitätsmedizin und anderen relevanten, an Universitäten angesiedelten Fächern vorangetrieben werden.

A. Ausgangssituation, empirische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen

A.I ARBEITSAUFTRAG UND BEGRIFFSKLÄRUNGEN

I.1 Eingrenzung des Arbeitsauftrags

Demografische und epidemiologische Entwicklungen sowie der medizinische Fortschritt lassen erwarten, dass sich der Bedarf an Gesundheitsversorgungsleistungen zukünftig quantitativ ausweiten und qualitativ verändern wird. Vor diesem Hintergrund befassen sich die vorliegenden Empfehlungen des Wissenschaftsrates mit der Frage, welche hochschulischen Ausbildungsangebote und Qualifikationen zukünftig benötigt werden und wie diese gestaltet werden sollten, um dem sich verändernden Bedarf an Gesundheitsleistungen Rechnung zu tragen. Im Mittelpunkt stehen somit die von Hochschulen in gesundheitsbezogenen Bereichen erbrachten berufsqualifizierenden Ausbildungsleistungen. Weitere von Hochschulen wahrgenommene Aufgaben – insbesondere im Bereich der Forschung – werden vorrangig unter dem Gesichtspunkt ihres Zusammenhangs mit den Ausbildungsleistungen und ihres Beitrags zur wissenschaftlichen Disziplinbildung betrachtet.

Bei der Betrachtung des sich verändernden Versorgungsbedarfs sowie der Folgen dieser Entwicklung für den Ausbildungsauftrag der Hochschulen wird das gesamte Spektrum der Gesundheitsversorgung von der ambulanten Versorgung bis zur universitätsmedizinischen Hochleistungsmedizin berücksichtigt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Berufen, die darauf abzielen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten sowie Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen und Störungen zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Im Mittelpunkt stehen damit Tätigkeiten, die einen unmittelbaren Patientenbezug

aufweisen. Hiervon zu unterscheiden sind Berufe, die nur mittelbar zur Krankenversorgung beitragen, wie dies beispielsweise im Managementbereich von Krankenhäusern oder bei der Herstellung von technischen Hilfsmitteln für den Versorgungsprozess (z. B. in der Augenoptik oder der Zahntechnik) der Fall ist. Diese Berufe werden hier nicht näher behandelt.

Unter den Berufen mit unmittelbarem Patientenbezug stehen diejenigen Berufe im Mittelpunkt, bei denen ein Hochschulabschluss eine obligatorische Voraussetzung für die Berufsausübung ist oder für die bereits erste grundständige Studiengänge – zumindest modellhaft – eingerichtet wurden und die sich entsprechend in einem Prozess der Akademisierung befinden. Zur ersten Gruppe zählen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten; der Schwerpunkt der Empfehlungen liegt auf der Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte sowie der Zahnärztinnen und Zahnärzte. Die zweite Gruppe umfasst die Pflege (einschließlich der Altenpflege), die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Logopädie und das Hebammenwesen.

Der Wissenschaftsrat ist sich der Tatsache bewusst, dass weitere Berufe existieren, für die eine Akademisierung sinnvoll sein kann. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Medizinisch-Technischen Assistentinnen und Assistenten zu nennen, die in vielen Fällen hochkomplexe Aufgaben wahrnehmen. Die in den vorliegenden Empfehlungen vorgenommene Beschränkung auf solche Berufe, für die erste primärqualifizierende Studienangebote bereits bestehen, ist als pragmatische Eingrenzung des Arbeitsauftrags zu verstehen und soll nicht implizieren, dass nur die betrachteten Berufe für eine Akademisierung in Frage kommen. Vielmehr geht der Wissenschaftsrat davon aus, dass die hier an Hand ausgewählter Gesundheitsversorgungsberufe angestellten grundlegenden Überlegungen unter geeigneten Bedingungen auf weitere Berufe übertragen werden können.

I.2 Terminologie

Berufe mit unmittelbarem Patientenbezug werden im Folgenden als **Berufe der Gesundheitsversorgung** bzw. **Gesundheitsversorgungsberufe** bezeichnet. Der Begriff **Gesundheitsfachberufe** wird für solche Gesundheitsversorgungsberufe verwendet, für deren Ausübung – im Gegensatz zum ärztlichen und zahnärztlichen Beruf – eine hochschulische Ausbildung rechtlich nicht erforderlich ist. Zu den hier näher betrachteten Gesundheitsfachberufen zählen die **Pflegeberufe** (Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege), die **Therapieberufe** (Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie) und die **Hebammen und Entbindungspfleger**. Die im geltenden Recht (siehe A.III.1) und in der Praxis häufig verwendeten Begriffspaare „Heilberufe und Heilhilfsberufe“ oder

„Medizinische Berufe und Assistenzberufe“ werden bewusst vermieden, da sie eine berufliche Hierarchisierung a priori festschreiben.

Die Hochschulbereiche, in denen die für die obigen Berufe relevanten Studiengänge angeboten werden, werden übergreifend als „**gesundheitsbezogene Disziplinen**“ bezeichnet. Sofern die entsprechenden Studiengänge im universitären Kontext von Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika zu finden sind, wird von der „**Universitätsmedizin**“ gesprochen. Studiengänge für Gesundheitsfachberufe finden sich hingegen derzeit überwiegend an Fachhochschulen |[5] und nur gelegentlich an Universitäten. Die entsprechenden Bereiche an Fachhochschulen werden unter dem Begriff der „**Gesundheitswissenschaften**“ zusammengefasst. |[6]

A.II DAS GESUNDHEITSWESEN UND SEINE RAHMENBEDINGUNGEN

Das folgende Kapitel widmet sich zunächst den Auswirkungen, die der demografische Wandel und epidemiologische Veränderungen in der Bevölkerung auf den Bedarf an Gesundheitsversorgung haben. In einem zweiten Teil wird die derzeitige und zukünftige Verfügbarkeit von Fachpersonal in den Gesundheitsversorgungsberufen thematisiert. Schließlich werden unter Berücksichtigung der wichtigsten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen die wesentlichen gesundheitsökonomischen Folgen dieser Situation kurz beleuchtet.

II.1 Bedarf an Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund demografischer und epidemiologischer Veränderungen

Die Folgen der demografischen Entwicklung in Deutschland werden seit den 1970er Jahren immer wieder und in unterschiedlicher Intensität diskutiert. Ausgangspunkt dieser Diskussionen war und ist die **Entwicklung der Geburtenzahlen**. Seit den 1960er Jahren ist die Zahl der Geburten sowohl total als auch relativ zum Anteil der Bevölkerung rückläufig. Wurden im Jahr 1964 noch

|[5] Die Differenzierung des Hochschulsektors in den letzten Jahren hat zu terminologischen und klassifikatorischen Unschärfen geführt (vgl. ausführlicher Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Differenzierung der Hochschulen, Lübeck 2010, insbesondere S. 34-44). Dies ist teils auf die Entstehung neuer Hochschultypen (wie der Dualen Hochschule als Weiterentwicklung der Berufsakademien in Baden-Württemberg) und teils auf die Verwendung neuer Bezeichnungen für etablierte Hochschultypen zurückzuführen (so bezeichnen sich viele dem Typus der Fachhochschule zuzurechnende Einrichtungen mittlerweile als „Hochschulen für angewandte Wissenschaften“).

|[6] Die hier erläuterte Terminologie wird auch auf die nachfolgend gebrauchten Statistiken übertragen, sofern die jeweils zugrunde gelegten Datenquellen eine entsprechende begrifflich eindeutige Zuordnung ermöglichen. Auf etwaige Umbenennungen und veränderte Aggregation der Daten wird jeweils hingewiesen.

1.357.000 Kinder im heutigen Bundesgebiet geboren (18,0 je 1.000 Einwohner/innen), waren es 2010 678.000 Kinder (8,3 je 1.000 Einwohner/innen). |[7]

Eine vergleichbare Entwicklung ist auch für die Gesamtbevölkerung der Europäischen Union zu erkennen. |[8]

Gleichzeitig ist nicht zuletzt auf Grund des medizinischen Fortschritts und der mit ihm verbundenen Ausweitung und Verbesserung der zur Verfügung stehenden medizinischen Versorgungsmöglichkeiten die Lebenserwartung deutlich gestiegen. Im Zeitraum von 1960 bis 1962 (nur früheres Bundesgebiet) lag die Lebenserwartung von männlichen Neugeborenen bei 66,9 Jahren und von weiblichen Neugeborenen bei 72,4 Jahren; für den Zeitraum von 2006 bis 2008 (gesamtes Bundesgebiet) ist die Lebenserwartung bei Jungen auf 77,2 Jahre und bei Mädchen auf 82,4 Jahre gestiegen. |[9] Die gestiegene Lebenserwartung kann allerdings das Geburtendefizit nicht vollständig kompensieren, sodass seit 2003 ein **Bevölkerungsrückgang** zu beobachten ist. Von 2003 bis 2009 hat sich die Bevölkerungszahl in Deutschland von 82,5 auf 81,8 Mio. Menschen und damit um knapp 1 % verringert. |[10] Die räumliche Bevölkerungsbewegung mit einem Wanderungssaldo von 118.000 Personen (Zu- abzüglich Auswanderung) im jährlichen Mittel über die Jahre 1999 bis 2008 ist hier bereits berücksichtigt und kann den Trend des Bevölkerungsrückgangs in dem bisherigen Ausmaß nur marginal beeinflussen. |[11]

Der demografische Wandel führt neben dem allgemeinen Bevölkerungsrückgang vor allem zu **Veränderungen in der Altersstruktur**. Von 1980 bis 2009 hat das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung von 38,0 auf 43,4 Jahre zugenommen. |[12] Der größte Effekt der alternden Bevölkerung steht jedoch noch für den Zeitpunkt bevor, zu dem der Großteil der geburtenstarken Jahrgänge aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sein wird. Die amtliche Bevölkerungsvorausberechnung prognostiziert, dass die Zahl der potenziellen Erwerbspersonen (20 bis 64 Jahre) nach 2020 deutlich zurückgehen und gleichzeitig der

|[7] Statistisches Bundesamt: Bevölkerung, Geborene und Gestorbene, https://www.destatis.de

|[8] Vgl. u. a. European Commission/Eurostat: Demography Report 2010 (Commission Staff Working Document), S. 26–30, http://epp.eurostat.ec.europa.eu.

|[9] Vgl. Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial, Wiesbaden 2009.

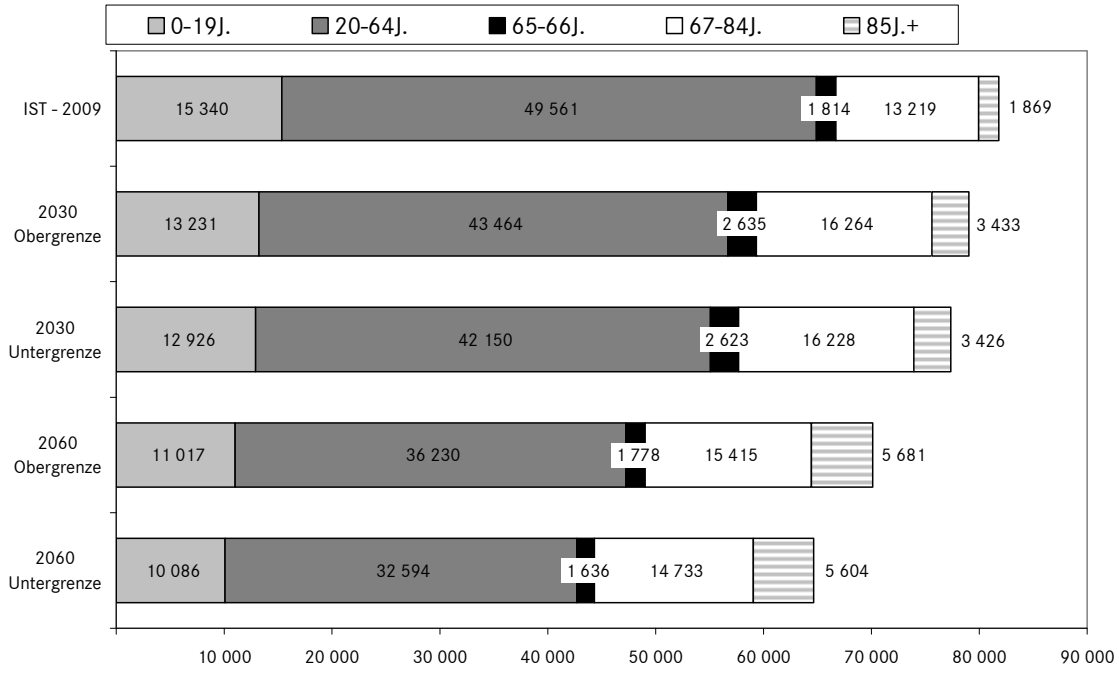
|[10] Statistisches Bundesamt: Bevölkerung nach dem Gebietsstand, https://www.destatis.de.

|[11] Statistisches Bundesamt: Wanderungen zwischen Deutschland und dem Ausland, https://www-genesis.destatis.de (04.05.2011).

|[12] Statistisches Bundesamt: Fachserie 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 1.3: Bevölkerungsfortschreibung, Wiesbaden 2011.

Anteil der Personen in der Nacherwerbsphase zunehmen wird (➲ Abbildung 1). | [13]

Abbildung 1: Verteilung der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen heute und in der Zukunft in Tsd. Einwohner/innen (2030 und 2060 entsprechend der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnung)



Quelle: Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009.

Dabei wird der demografische Wandel in Deutschland deutliche **regionale Unterschiede** aufweisen. Nach der amtlichen Raumordnungsprognose ist in den nächsten Jahren insbesondere mit einer deutlichen Abnahme der Bevölkerung bei gleichzeitig signifikanter Alterung derselben in weiten Teilen der neuen Bundesländer zu rechnen. Spätestens ab 2025 wird die Bevölkerung auch in den alten Bundesländern insgesamt schrumpfen. Diese Schrumpfung wird sich jedoch auch im alten Bundesgebiet nicht über alle Regionen und Gemeinden hinweg gleich ereignen. Vielmehr wird sich ein komplexes Bild mit dynamischen und stagnierenden Räumen und entsprechenden Verschiebungen der regionalen Bevölkerungsstrukturen ergeben. | [14]

| [13] Statistisches Bundesamt: Ausführliche Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland, Wiesbaden 2009.

| [14] Bundesamt für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (Hrsg.): Raumordnungsprognose 2025/2050. Bevölkerung, private Haushalte, Erwerbspersonen, Bonn 2009.

Der demografische Wandel ist darüber hinaus im Zusammenhang mit **gesamtwirtschaftlichen Entwicklungen und soziokulturellen Folgen** zu betrachten, die an dieser Stelle nur angedeutet werden können. Unter den gesamtwirtschaftlichen Tendenzen ist insbesondere zu bedenken, dass der Rückgang und die Veränderungen in der Struktur der Bevölkerung Einfluss auf die bundesweite Wirtschaftsleistung und den finanziellen Handlungsspielraum der öffentlichen Hand nehmen, was auch zu Veränderungen in der Finanzierung des Bildungs- und Gesundheitssystems führen dürfte. Mit Blick auf soziokulturelle Veränderungsprozesse ist insbesondere auf den Wandel der Familien- und Lebensformen hinzuweisen. Der Anteil der Familien mit Kindern geht weiter zurück, während unter dem älteren Teil der Bevölkerung der Anteil der Männer, der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund und der Anteil der Alleinstehenden zunehmen. |[15] Dies beeinflusst zum einen bestimmte Erkrankungswahrscheinlichkeiten (Vulnerabilität). Zum anderen kann die Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Personen immer weniger durch das familiäre Umfeld geleistet werden. Insgesamt sind somit als Folge demografischer und epidemiologischer Entwicklungen sowohl eine quantitative Ausweitung als auch eine qualitative Veränderung des vom Gesundheitssystem zu tragenden Versorgungsbedarfs zu erwarten.

II.1.a Quantitative Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf den Versorgungsbedarf

Die demografische Entwicklung führt zu einer **Zunahme des Anteils älterer Menschen** in der Bevölkerung. Dabei wird insbesondere auch der Anteil der Hochbetagten, die 85 Jahre und älter sind, stark zunehmen. Diese Situation führt zu gravierenden **Änderungen der Versorgungsbedarfe**, weil mit fortschreitendem Alter ein Anstieg der Gesundheitsprobleme zu beobachten ist. Das trifft sowohl auf Erkrankungen als auch auf Pflegebedürftigkeit zu.

Zu den typischen Erkrankungen, die mit fortschreitendem Alter vermehrt auftreten, gehören Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen, Krebserkrankungen, neurodegenerative Erkrankungen und psychische Erkrankungen. |[16] Darüber hinaus steigt auch die Zahl der mehrfach und chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten. **Multimorbidität** und **chronische Erkrankungen** stellen das Gesundheitswesen schon heute vor ver-

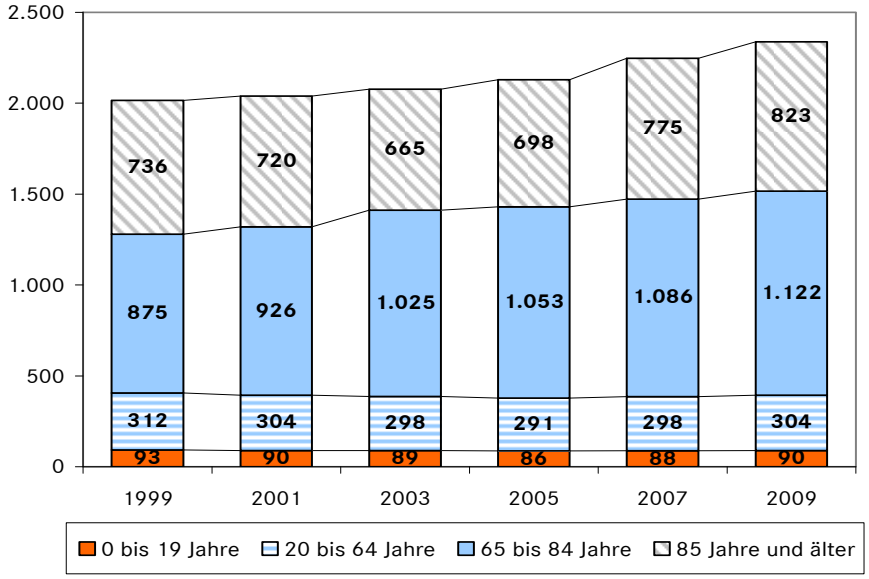
|[15] Hoffmann, E., Menning, S., Schelhase, T.: Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter, in: Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch-Institut: Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2009, S. 21–30.

|[16] Robert Koch-Institut; Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland: Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends, 7. Ausgabe, Berlin 2010, insbesondere S. 11–15.

änderte Anforderungen. Sie führt zu einer intensiveren Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens im ambulanten wie im stationären Bereich.

Neben der Häufigkeit von Erkrankungen steigt im Alter auch das Risiko der **Pflegebedürftigkeit**, die durch eine dauerhafte, auf Grund von Erkrankung oder Behinderung in der Selbstständigkeit eingeschränkte Lebenssituation von Menschen gekennzeichnet ist. So ist der Pflegestatistik zu entnehmen, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2009 von 2 Mio. auf 2,3 Mio. Menschen angestiegen ist. Der Großteil der Pflegebedürftigen entfällt dabei auf diejenigen, die 65 bis 84 Jahre alt sind (48 %), und auf diejenigen, die 85 Jahre und älter sind (35,2 %) (➲ Abbildung 2). Das Wachstum an Pflegebedürftigkeit insgesamt ist in den letzten zehn Jahren ausschließlich auf die zunehmende Zahl der pflegebedürftigen Älteren und Hochaltrigen zurückzuführen.

Abbildung 2: Pflegebedürftige in Tsd. nach Altersgruppen für den Zeitraum von 1999 bis 2009



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Pflegestatistik – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegeleistungen. (www.gbe-bund.de, 23.01.2012)

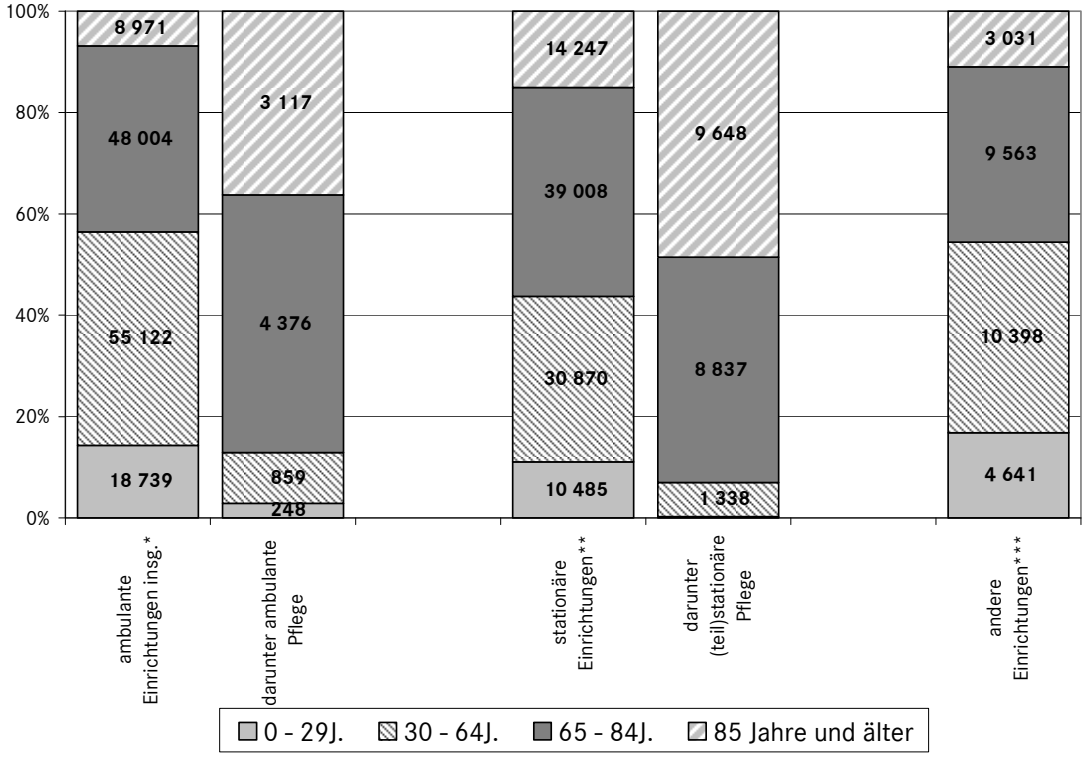
Die der Darstellung zugrunde gelegten Daten sind Anhangtabelle 1 zu entnehmen.

Die mit dem Alter zunehmenden Gesundheitsprobleme gehen mit einer steigenden Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsleistungen einher. Bei der Betrachtung der **Kosten im Gesundheitswesen** |[17] zeigt sich, dass im Jahr

|[17] Im Folgenden wird – der Definition in der amtlichen Statistik folgend – zwischen „Krankheitskosten“ und „Gesundheitsausgaben“ unterschieden. Investive Kosten werden lediglich in den Gesundheitsausgaben, nicht jedoch in den Krankheitskosten abgebildet. Die begriffliche Unterscheidung ist nötig, weil Anga-

2008 von den insgesamt 254,3 Mrd. Euro aller laufenden Krankheitskosten 123,1 Mrd. Euro auf die Gruppe derjenigen entfielen, die 65 Jahre und älter waren. Beinahe die Hälfte der Kosten (48,4 %) entstand dem Gesundheitswesen somit für ein gutes Fünftel der Bevölkerung (20,3 %). Dieses Verhältnis verstärkt sich nochmals mit Blick auf die Gruppe derjenigen, die 85 Jahre und älter sind. Diese Gruppe, die 2008 lediglich einen Anteil von 2,2 % der Bevölkerung ausmachte, verursachte 10,3 % der gesamten Krankheitskosten. |[18]

Abbildung 3: Krankheitskosten nach Sektoren und Altersgruppen für 2008 in Mio. Euro



Anmerkungen:
* Unter „ambulanten Einrichtungen“ werden verstanden: Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Apotheken, Handwerk/Einzelhandel, ambulante Pflege, sonstige ambulante Einrichtungen. ** Unter „(teil)stationären Einrichtungen“ werden verstanden: Krankenhäuser, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen, (teil)stationäre Pflege.
*** Unter „anderen Einrichtungen“ werden verstanden: Ausland, Gesundheitsschutz, sonstige Einrichtungen und private Haushalte, Rettungsdienst, Verwaltung.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Gesundheit: Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 7.2: Krankheitskosten. 2002–2008, Wiesbaden 2010. Die der Darstellung zugrunde gelegten Daten sind Anhangtabelle 3 zu entnehmen.

ben zu Krankheitskosten und die Gesundheitsausgaben in unterschiedlich aggregierter Form vorliegen. So können die Krankheitskosten altersspezifisch angegeben werden, während dies für die Gesundheitsausgaben nicht möglich ist. – Für die Definitionen und die Erhebungsmethodiken: Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung. Methoden und Grundlagen 2008, Wiesbaden 2011.

|[18] Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 7.2: Gesundheit. 2002–2008, Wiesbaden 2010.

Betrachtet man überdies die altersspezifische Verteilung der Krankheitskosten nach Sektoren, so fällt insbesondere das mit dem Alter ansteigende Risiko für Pflegebedürftigkeit ins Gewicht. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich entfällt der bei weitem größte Teil der **Kosten für Pflegeleistungen** auf die Gruppe der Älteren und Hochaltrigen (➲ Abbildung 3). Vor diesem Hintergrund wird ersichtlich, dass der Versorgungsbedarf im Zuge der demografischen Alterung quantitativ zunehmen wird. |[19]

II.1.b Quantitative Auswirkungen der epidemiologischen Entwicklung auf den Versorgungsbedarf

Die sich abzeichnenden Veränderungen in der **Epidemiologie der Bevölkerung** sind zum Teil eng mit der beschriebenen demografischen Entwicklung verknüpft. In diesen Zusammenhang gehört z. B. das bereits erwähnte geriatrische Phänomen der **Multimorbidität**, das mit eigenen Bedarfsspezifika einhergeht (siehe A.II.1.c).|[20]

Das Risiko für chronische Erkrankungen nimmt, wie oben beschrieben, ebenfalls im Alter zu. Jedoch handelt es sich hier um eine epidemiologische Entwicklung, die auch altersunabhängig stattfindet. So ist bereits bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten eine **Zunahme chronischer Erkrankungen** zu beobachten. Insbesondere Allergien und Übergewichtigkeit haben gegenüber Akuterkrankungen im Kindes- und Jugendalter deutlich an Bedeutung gewonnen. |[21] Die Zunahme chronischer Erkrankungen kann somit auch unabhängig vom demografischen Wandel als ein wichtiger epidemiologischer

|[19] Die altersspezifische Dynamik der Krankheitskosten findet sich weiter differenziert nach Ausgabenprofilen der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Krankenhäuser, der ambulanten Behandlungen und der Arzneimittel dargestellt in: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Drs. 16/13770), Bonn 2009, S. 67–70.

|[20] Auf Prognosen zur quantitativen Entwicklung von Multimorbidität wird an dieser Stelle auf Grund der Schwierigkeiten bei Definition und Messung verzichtet. Vgl. hierzu Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Drs. 16/13770), Bonn 2009, S. 251-252.

|[21] Vgl. insbesondere die Ergebnisse der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Langzeitstudie Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Im Einzelnen: Schlaud, M., Atzpodien, K., Thierfelder, W.: Allergische Erkrankungen, in: Bundesgesundheitsblatt 50 (5 & 6, 2007): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS), hrsg. v. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Paul-Ehrlich-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Robert Koch-Institut, S. 701–710; Kurth, B-M., Schaffrath, Rosario A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, in: ebd. S. 736–743.

Trend bezeichnet werden, den es in Hinsicht auf die zukünftige Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen gilt.

Im Bereich der **Mundgesundheit** ist insbesondere auf zwei epidemiologische Trends hinzuweisen. Zum einen führt der zahnmedizinische Fortschritt zu einem besseren Erhalt von Zähnen bis ins hohe Alter; zum anderen kommt es dadurch zu einer erhöhten Prävalenz von parodontalen und anderen Zahnerkrankungen. Im Kontext der bereits beschriebenen demografischen und epidemiologischen Veränderungen sind diese Trends insofern von Bedeutung, als insbesondere Ältere und Hochbetagte mit chronischen (Mehrfach-)Erkrankungen und Pflegebedürftige der Mund- und Zahnhygiene nicht mehr die gleiche Aufmerksamkeit zukommen lassen können, der Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung auf Grund fehlender wohnortaufsuchender Versorgungsformen schwieriger wird und sich eine Verschlechterung der Mundgesundheit negativ auf den allgemeinen Gesundheitszustand, insbesondere in Hinsicht auf Infektionskrankheiten, auswirken kann. |[22]

Insgesamt sind mit einem Anstieg an Multimorbidität und an chronischen Erkrankungen zwei wesentliche epidemiologische Entwicklungen identifiziert, die den künftigen Versorgungsbedarf noch über die benannten Effekte des demografischen Wandels hinaus weiter erhöhen werden.

II.1.c Qualitative Veränderungen des Versorgungsbedarfs

Die beschriebenen demografischen und epidemiologischen Entwicklungen führen nicht nur zu einer quantitativen Ausweitung des Versorgungsbedarfs insgesamt, sondern auch zu qualitativ veränderten Anforderungen an die Versorgungsleistungen und Versorgungsstrukturen. Besonders eindrücklich illustrieren lässt sich dies am Beispiel von Demenzerkrankungen, deren Häufigkeit in Folge des demografischen Wandels in Zukunft stark zunehmen wird. Die im Krankheitsverlauf zunehmende Pflegebedürftigkeit führt in aller Regel nach einer mehr oder minder langen Phase der Pflege im häuslichen Umfeld zur Weiterbehandlung in einer stationären Pflegeeinrichtung. Dabei erfordert die Behandlung der vielfältigen Störungen eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Berufe. Insbesondere beim Übergang von der häuslichen in die stationäre Pflege ist zudem eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig.

|[22] Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Drs. 16/13770), Bonn 2009, S. 366–368.

Ähnliche Anforderungen ergeben sich aus dem im Zuge des demografischen Wandels ebenfalls verstärkt auftretenden Phänomen der Multimorbidität. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat darauf hingewiesen, dass die zunehmende Bedeutung der Multimorbidität eine stärker personen- und eine weniger krankheitsfokussierte Versorgung erforderlich macht. |[23] Dabei ist häufig eine enge Zusammenarbeit von Angehörigen verschiedener Gesundheitsversorgungsberufe notwendig.

Vor diesem Hintergrund werden Konzepte zur sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung an den Schnittstellen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe als zukunftsweisend beurteilt. |[24] Auch die – nicht auf die Gruppe der älteren und hoch betagten Menschen beschränkte – Zunahme chronischer Erkrankungen führt zu ähnlichen Konsequenzen. Weitere Trends sind der verstärkte Auf- und Ausbau ambulanter Strukturen für die Pflege und Krankenversorgung, die Nutzung neuer Technologien für Diagnostik, Therapie und im Bereich von Assistenzsystemen und Telemonitoring sowie eine steigende Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in allen Bereichen des Gesundheitssystems. |[25]

Darüber hinaus wird diskutiert, welche Auswirkungen die hier skizzierten Entwicklungen des Versorgungsbedarfs auf die Anforderungen an die Qualifikation des Personals in den Gesundheitsversorgungsberufen haben werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass neben neuen fachlichen Kompetenzen insbesondere die Fähigkeit zur **interprofessionellen Zusammenarbeit** in multidisziplinären Teams stark an Bedeutung gewinnen wird. |[26]

II.2 Zur Entwicklung des Personals im Gesundheitswesen

Der demografische Wandel führt nicht nur zu einer Veränderung des künftigen gesellschaftlichen Bedarfs an Gesundheitsversorgung, sondern hat auch Auswirkungen auf die Anzahl des **zur Verfügung stehenden Personals** in unter-

|[23] Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Drs. 16/13770), Bonn 2009, S. 251.

|[24] Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Drs. 16/13770), Bonn 2009, S. 299–303.

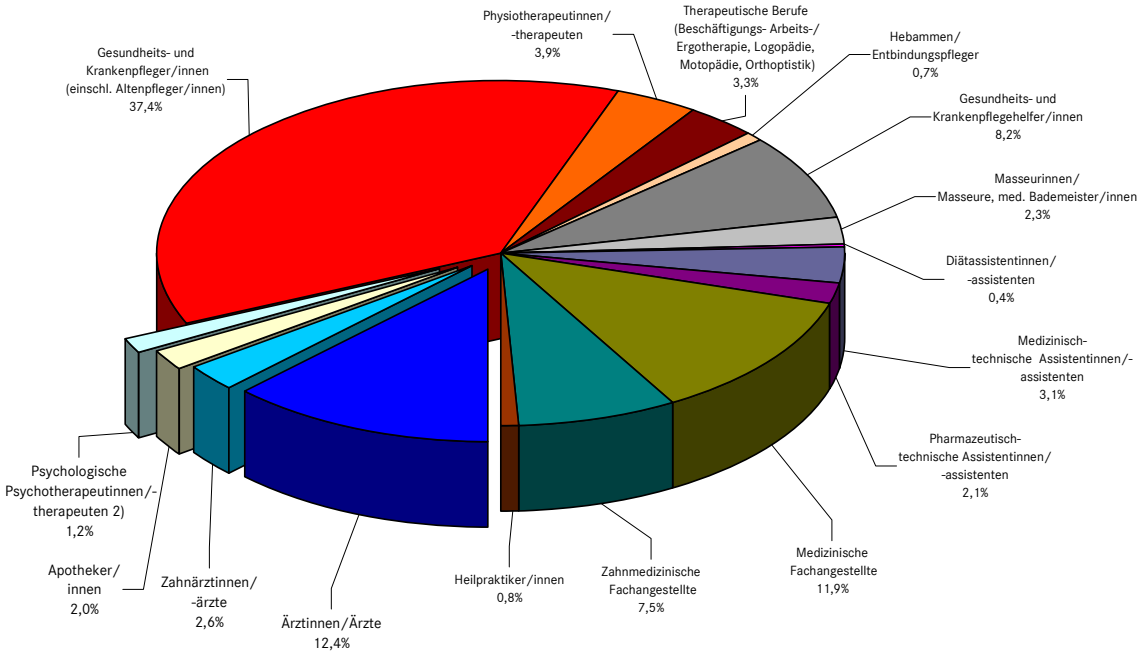
|[25] Köhler, T., Schröder, H., Klaes, L. et al.: Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei Gesundheitsfachberufen, in: FreQueNz Newsletter 2011, hrsg. v. Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation, Stuttgart 2011, S. 7/8, http://www.frequenz.net (24.05.2012).

|[26] Köhler, T., Schröder, H., Klaes, L. et al.: Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei Gesundheitsfachberufen, in: FreQueNz Newsletter 2011, hrsg. v. Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation, Stuttgart 2011, S. 9, http://www.frequenz.net (24.05.2012).

schiedlichen Beschäftigungsbereichen. Diese Situation wirft die Frage auf, ob der künftige Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen gedeckt werden kann. Vor diesem Hintergrund wird die Entwicklung des im Gesundheitswesen beschäftigten Personals im Folgenden etwas genauer betrachtet.

Die zahlenmäßig größte Beschäftigtengruppe des Gesundheitswesens stellen die Pflegeberufe dar, die neben der Gesundheits- und Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege auch die Altenpflege umfassen (➲ Abbildung 4). Diesen Berufen gehörten im Jahr 2010 zusammengenommen 37,4 % aller Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung an. In diesem Zusammenhang sind außerdem die Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer mit einem Anteil von 8,2 % am gesamten Gesundheitspersonal zu nennen. Zählt man die Medizinischen und die Zahnmedizinischen Fachangestellten zusammen, so ergibt sich die zweitgrößte Beschäftigtengruppe mit einem Anteil von 19,4 %. Es folgen die Ärztinnen und Ärzte mit einem Anteil von 12,4 %.

Abbildung 4: Beschäftigte (Vollzeitäquivalente) in Gesundheitsversorgungsberufen[1)] nach ihren Anteilen im Jahr 2010



1) In der Terminologie der Gesundheitspersonalrechnung: „Gesundheitsdienstberufe“ einschließlich „Altenpflegerinnen/-pfleger“
2) Seit 2006 als eigenständige Kategorie ausgewiesen; bis 2006 geführt unter „Therapeutische Berufe“

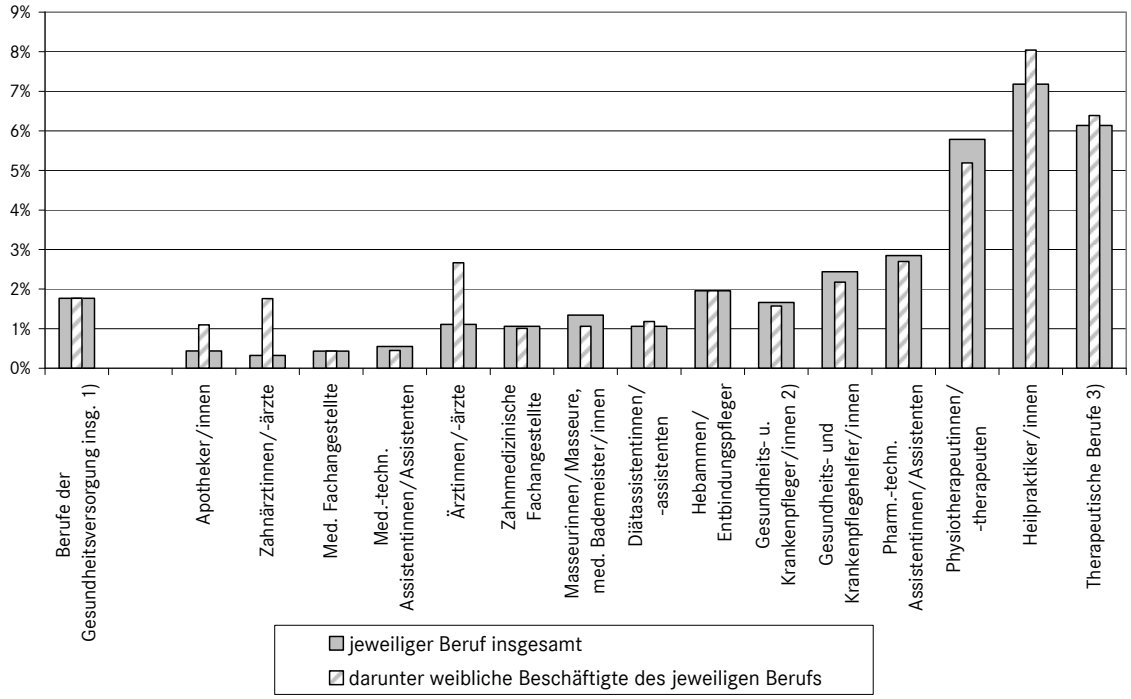
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitspersonalrechnung, Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. (www.gbe-bund.de, 04.02.2011)

Die der Darstellung zugrunde gelegten Daten sind Anhangtabelle 4 zu entnehmen.

Die Zahl der Beschäftigten in den Berufen der Gesundheitsversorgung ist im Zeitraum von 2000 bis 2010 kontinuierlich von 2,0 Mio. auf 2,4 Mio. Vollzeitäquivalente gestiegen (➲ Anhangtabelle 4). Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 1,8 %. Für keine Berufsgruppe waren die

Beschäftigtenzahlen rückläufig; für einige ist jedoch ein besonders deutlicher Anstieg zu verzeichnen. So wuchs die Gruppe der therapeutischen Berufe |[27] jedes Jahr um durchschnittlich 6 %, die der statistisch gesondert gezählten Physiotherapeutinnen und -therapeuten um 5,8 % und die der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger um 1,9 %. Für die Ärztinnen und Ärzte war eine jährliche Wachstumsrate von 1 % zu verzeichnen (➲ Abbildung 5). Auffällig ist die leicht wachsende Personalkapazität im Bereich der Hebammen und Entbindungspfleger bei zugleich tendenziell sinkender Geburtenzahl. |[28]

Abbildung 5: Entwicklung der Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) nach durchschnittlicher jährlicher Wachstumsrate über den Zeitraum von 2000 bis 2010



1) In der Terminologie der Gesundheitspersonalrechnung handelt es sich um „Gesundheitsdienstberufe“ einschließlich „Altenpfleger/innen“
2) einschl. Altenpfleger/innen
3) Beschäftigungs-, Arbeits-/Ergotherapie, Logopädie, Motopädie, Orthoptistik

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitspersonalrechnung, Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. (www.gbe-bund.de, 04.02.2011)

Die der Darstellung zugrunde gelegten Daten sind Anhangtabelle 4 zu entnehmen.

|[27] Im Gegensatz zur im übrigen Text verwendeten Terminologie, der zufolge der Begriff „Therapieberufe“ die Physiotherapie, die Logopädie und die Ergotherapie umfasst (siehe A.I.2), wird die Physiotherapie in Abbildung 4 und Abbildung 5 – der Erfassungssystematik der Gesundheitsberichterstattung folgend – gesondert ausgewiesen.

|[28] Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Geburten in Deutschland – Ausgabe 2012, Wiesbaden 2012, S. 6.

Viele Berufe der Gesundheitsversorgung sind durch einen **hohen Anteil an weiblichen Beschäftigten** gekennzeichnet. Der Anteil der Ärztinnen ist zwischen 2000 und 2010 von 36,9 % auf 43,1 % und der Anteil der Zahnärztinnen im gleichen Zeitraum von 36,5 % auf 41,2 % gestiegen (➲ Abbildung 5, Anhangtabelle 5). In den anderen Berufen der Gesundheitsversorgung sind Frauen traditionell in der Mehrheit, bis hin zu einem Frauenanteil von annähernd 100 % in der Geburtshilfe, der Diätassistenz oder der (zahn)medizinischen Assistenz (➲ Abbildung 5, Anhangtabelle 5). Mit Blick auf die Deckung des wachsenden Versorgungsbedarfs ist zu berücksichtigen, dass Frauen häufiger als Männer in Teilzeitverhältnissen beschäftigt sind. So sind beispielsweise 40 % der Humanmedizinerinnen, aber nur 3 % der Humanmediziner in Teilzeit erwerbstätig. |[29] Im Zusammenhang mit dem in vielen Berufen weiter steigenden Frauenanteil wird aus dieser Tatsache gelegentlich auf eine abnehmende Personalkapazität im Gesundheitswesen geschlossen.|[30] Hierzu ist anzumerken, dass nicht nur die Zahl der in den Gesundheitsversorgungsberufen tätigen Personen, sondern auch die Zahl der in Vollzeitäquivalenten gemessenen Kapazität in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist (➲ Abbildung 5, Anhangtabelle 4). Somit lässt sich die These, dass eine mit einem steigenden Frauenanteil verbundene Ausweitung von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen zu einem Rückgang der insgesamt verfügbaren personellen Ressourcen führe, empirisch nicht bestätigen.

Erwähnenswert sind überdies **Veränderungen in den Altersstrukturen** der Beschäftigten. Im Zeitraum von 2000 bis 2010 hat die Zahl der älteren Beschäftigten in allen Berufen der Gesundheitsversorgung stärker zugenommen als die Zahl der jüngeren, die in einigen Berufsgruppen stagnierte oder sogar leicht rückläufig war (Abbildung 6). Diese Tatsache gab Anlass zu anhaltenden Diskussionen über einen allgemeinen Mangel an Fachpersonal im Gesundheitswesen, der im nachfolgenden Exkurs näher betrachtet wird. An dieser Stelle soll lediglich darauf hingewiesen werden, dass für eine sachgerechte Beurteilung der Personalsituation zwischen einem **Ersatzbedarf** (beispielsweise durch Alterung des Personals) auf der einen Seite und einem **Mehrbedarf** infolge veränderter Versorgungserfordernisse auf der anderen Seite unterschieden werden muss. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass das verfügbare Erwerbs-

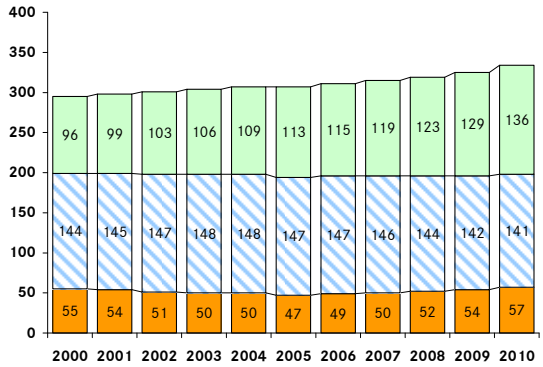
|[29] Schwarzer, A.; Gregor, F.: Medizinerreport 2012 – Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern, hrsg. v. Hochschul-Informations-System (HIS), Hannover 2012, S. 23.

|[30] Zu solchen Aussagen kommt beispielsweise eine Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer unter Rückgriff auf Daten des Mikrozensus' und des Statistischen Bundesamtes zu Arbeitszeiten im gesamten Dienstleistungssektor, von denen auf die Arbeitszeiten von Ärztinnen und Ärzten geschlossen wird (Kopetsch, T.: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 6. Aufl., hrsg. v. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, [im Erscheinen], S. 135–138).

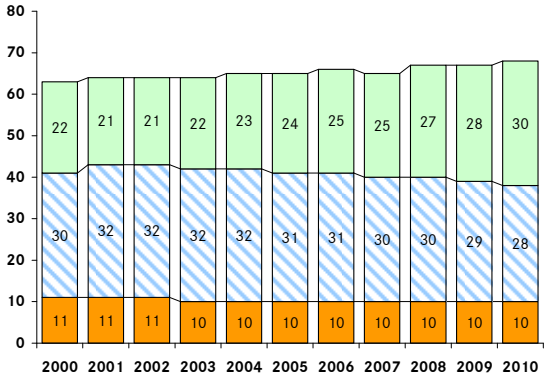
personenpotenzial in den vergangenen Jahren ausgereicht hat, um nicht nur den entstandenen Ersatzbedarf zu decken, sondern darüber hinaus auch ein zum Teil erhebliches personelles Wachstum zu ermöglichen (➲ Abbildung 6).

Abbildung 6: Beschäftigte (total in Tausend) im deutschen Gesundheitswesen nach Altersgruppen im Zeitraum von 2000 bis 2010 (ausgewählte Berufe)

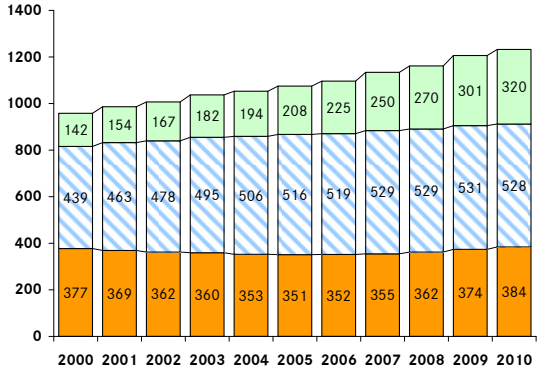
Ärztinnen und Ärzte



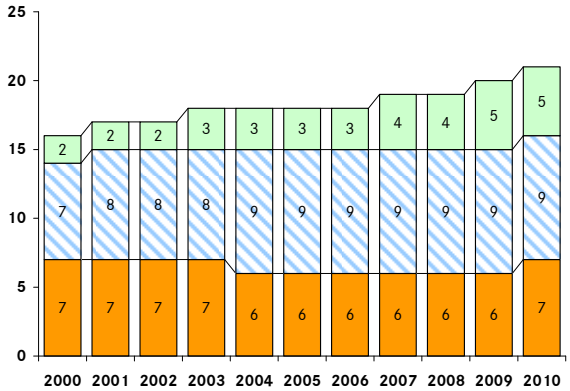
Zahnärztinnen und Zahnärzte



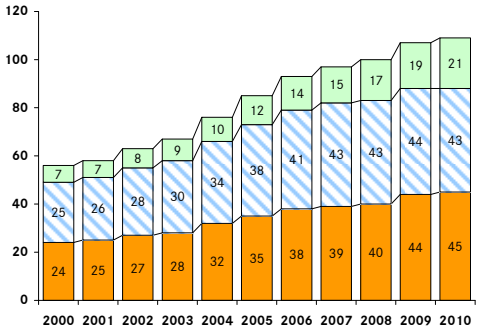
Gesundheits- u. Krankenpflegerinnen/-pfleger



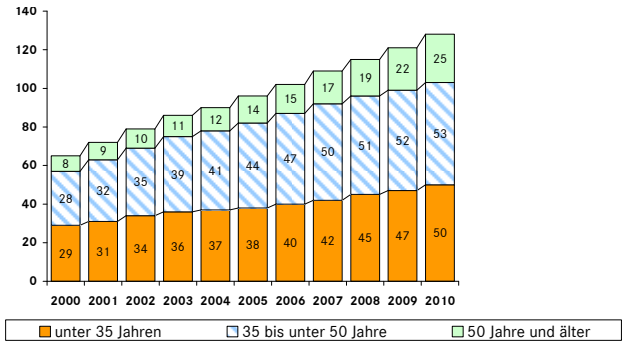
Hebammen und Entbindungspfleger



Therapeutische Berufe



Physiotherapeutinnen und -therapeuten



Anmerkung:
In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden Therapeutische Berufe (Ergotherapie, Logopädie, Motopädie, Orthoptistik) und Physiotherapeutinnen und –therapeuten getrennt erfasst.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitspersonalrechnung, Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. (www.gbe-bund.de, 04.02.2011).

Auch für die kommenden Jahre ist anzunehmen, dass der entstehende Ersatzbedarf gedeckt werden kann. Inwieweit dies auch für mögliche Mehrbedarfe durch einen steigenden Versorgungsbedarf gilt, hängt neben der allgemeinen Demografie von vielen weiteren Faktoren wie dem berufstypischen Berufseintritts- und Berufsaustrittsalter, der Attraktivität der relevanten und konkurrierenden Arbeitsmärkte sowie dem Potenzial der Stillen Reserve auf diesen Arbeitsmärkten (damit zusammenhängend insbesondere auch der berufsspezifischen Frauenerwerbsquote) ab.

Exkurs: Zur Diskussion eines allgemeinen Mangels an Fachpersonal im Gesundheitswesen

Die Annahme eines bereits sichtbaren oder zumindest bevorstehenden Mangels an Fachpersonal im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren die gesundheitspolitischen Debatten geprägt. Im Mittelpunkt der Diskussion stand dabei insbesondere das ärztliche Personal. Einige Akteure der Selbstverwaltung sahen „die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in Gefahr"; |[31] zuweilen war sogar von „drastischen Versorgungsengpässen" |[32] und einem „drohende[n] Kollaps des Gesundheitswesens" |[33] die Rede. Das Deutsche Krankenhausinstitut prognostizierte im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Mangel von 37.000 Ärztinnen und Ärzten für das Jahr 2019, |[34] das WifOR-Institut in Zusammenarbeit mit PricewaterhouseCoopers ein Fehlen von 56.000 Ärztinnen und Ärzten bis 2020 |[35] und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Bundesärztekammer einen ungedeckten Ersatzbedarf von knapp 67.000 Ärztinnen und Ärzten bis zum Jahr 2020. |[36] Dieses Bild wurde von anderen Akteuren wie dem Dachverband der Deutschen Hochschulmedizin relativiert, der viel-

|[31] Kopetsch, T.: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 6. Aufl., hrsg. v. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, [im Erscheinen], S. 145.

|[32] Vgl. Kopetsch, T.: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 6. Aufl., hrsg. v. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, [im Erscheinen], S. 51 u. 145.

|[33] WifOR: Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, hrsg. v. PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Frankfurt a. M. 2010, S. 72.

|[34] Blum, K., Löffert, S.: Ärztemangel im Krankenhaus. Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen, hrsg. v. Deutschen Krankenhausinstitut, Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf 2010, S. 35.

|[35] WifOR: Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, hrsg. v. PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Frankfurt a. M. 2010, S. 36.

|[36] Kopetsch, K.: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 6. Aufl., hrsg. v. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, [im Erscheinen], S. 144.

mehr von Verteilungsproblemen als von einem generellen Personalmangel an Ärztinnen und Ärzten spricht. |[37] Einige Leistungsfinanzierer gehen sogar von einem eher sinkenden Versorgungsbedarf aus. |[38]

Diese **unterschiedlichen Einschätzungen** sind auf eine Vermischung der empirischen Grundlagen und in einigen Fällen auch auf die Intransparenz der Datenerhebung selbst zurückzuführen. Außerdem muss bei der Analyse und Interpretation der Daten zwischen einem Mehrbedarf infolge veränderter Versorgungserfordernisse durch den demografischen Wandel, durch epidemiologische Entwicklungen und den medizinischen Fortschritt auf der einen und einem Ersatzbedarf infolge personeller Entwicklungen (beispielsweise durch Alterung des Personals) auf der anderen Seite differenziert werden.

Hinsichtlich des vorrangig für die Ärztinnen und Ärzte ermittelten Fachkräfteangebots fällt auf, dass viele Studien sich allein oder überwiegend auf die These eines **altersstrukturell bestehenden und sich weiter fortsetzenden Ersatzbedarfs** stützen. Dabei ist zu bedenken, dass Anfang der 1990er-Jahre noch die Auffassung verbreitet war, dass in Deutschland eine ärztliche Überversorgung herrsche und in der Folge mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 entsprechende Konsequenzen für die Bedarfsplanung gezogen wurden; so wurden ausgehend von einer fiktiven Normalquote an praktizierenden Vertragsärztinnen und -ärzten pro Einwohner/in in bestimmten Planungskreisen Grenzen für die Unter- bzw. Überversorgung festgelegt. Die Trendumkehr von einer so genannten ‚Ärzteschwemme' zu einem so genannten ‚Ärztemangel' wurde schließlich in der 2002 erstmals erschienenen Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer postuliert. 2007 wurde von einem Ersatzbedarf von 77.000 Ärztinnen und Ärzten innerhalb der nachfolgenden zehn Jahre ausgegangen. |[39] Diese Einschätzung wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer cum grano salis bis heute aufrechterhalten. |[40]

|[37] MFT: Deutsche Hochschulmedizin bildet ausreichend Mediziner aus. Pressemitteilung der Deutschen Hochschulmedizin, Berlin, 15. Juli 2011, http://www.mft-online.de (29.05.2011).

|[38] Vgl. Uhlemann, T.; Lehmann, K.: Steuerungsprobleme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in: Jacobs K., Schulz S.: Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land, hrsg. v. Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), Berlin 2011, S. 11–34, hier S. 14.

|[39] Kopetsch, T.: Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. Daten, Fakten, Trends, 4. Aufl., hrsg. v. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung o. O., 2007, S. 30.

|[40] Obwohl in den Studien zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung ab 2010 auch ein Mehrbedarf infolge des demografischen Wandels Erwähnung findet, haben sich die Rechnungen nicht verändert; 2010 ging man sogar von einem vergleichsweise geringeren Ersatzbedarf in Höhe von 67.000 Ärztinnen und Ärzten aus. Dies legt nahe, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer ihre These

Eine solche prognostizierte Negativentwicklung des ärztlichen Personalangebots lässt sich mit Blick auf die Gesundheitsberichterstattung nicht bestätigen (siehe A.II.2). Im Gegenteil ist in den letzten zehn Jahren (in denen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer bereits von einem Ärztemangel sprachen) die Zahl der Ärztinnen und Ärzte durchschnittlich im Jahr um 3.000 Beschäftigte gewachsen. Dieser Trend war sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor festzustellen. Die Arztdichte ist zwischen 2000 und 2009 ebenfalls leicht von 3,4 Ärztinnen und Ärzten auf 3,6 Ärztinnen und Ärzte pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner gestiegen. |[41] Auch unter Berücksichtigung der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer für die Zukunft angenommenen altersstrukturellen Effekte würde ein kontinuierliches personelles Wachstum erhalten bleiben. |[42] Angesichts der bisherigen Personalentwicklung kann so zwar künftig von einer Relativierung des bisherigen Wachstums ausgegangen werden; die Rede von einem generellen Fachkräftemangel wegen einer vermeintlichen Überalterung der Ärzteschaft ist jedoch unsachgemäß. Festzustellen sind allerdings teils deutliche regionale Unterschiede in der Verteilung der Ärztinnen und Ärzte. Die Frage nach einem Gewinn oder Verlust von Ärztinnen und Ärzten durch Zu- bzw. Abwanderung

vom Ärztemangel weiterhin allein auf Zahlen zur Entwicklung innerhalb der Ärzteschaft stützen; da die Berechnungsmethoden nicht veröffentlicht wurden, kann dies jedoch nicht verifiziert werden. Vgl. Kopetsch T.: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 6. Aufl., hrsg. v. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, [im Erscheinen], S. 144.

|[41] In den 34 von der OECD erfassten Ländern schwankt dieser Wert zwischen 1 Arzt/Ärztin pro 1.000 Einwohner/innen in Chile und 6,1 Ärzten/Ärztinnen pro 1.000 Einwohnerinnen in Griechenland. Höhere Werte als in Deutschland finden sich – neben Griechenland – in Österreich (4,7), Norwegen (4,0), der Schweiz und Portugal (beide 3,8) sowie Island und Schweden (beide 3,7). - OECD: Health at a glance 2011, http://www.oecd.org (26.04.2011).

|[42] So gehen Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer davon aus, dass sich die Zahl der altersbedingt ausscheidenden Ärztinnen und Ärzte der vertragsärztlichen Versorgung von derzeit jährlich 4.508 auf jährlich 4.863 im Jahr 2020 (jährlicher Mehrabgang: 355) und im stationären Bereich in der gleichen Zeit von jährlich 831 auf jährlich 2.537 (jährlicher Mehrabgang: 1.706) erhöhen wird. Vgl. Kopetsch T.: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 6. Aufl., hrsg. v. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, [im Erscheinen], S. 51 u. 77. Daraus ergibt sich gegenüber der dargestellten Entwicklung in den letzten Jahren ein jährlicher Mehrabgang von bis zu 2.061 Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2020. Nicht erfasst sind dabei Privatärztinnen und Privatärzte im niedergelassenen Bereich, angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte in Behörden und Körperschaften sowie anderen Einrichtungen, für die keine gesonderten Statistiken über die Altersstruktur vorliegen. Diese Gruppe machte 2010 insgesamt 48.600 Beschäftigte aus, die in der Gesundheitsberichtserstattung Berücksichtigung finden. Für diesen Anteil von 14,6 % der Ärzteschaft ist daher ein entsprechender altersstruktureller Effekt zusätzlich anzunehmen, ohne dass er genau beziffert werden könnte. Großzügig kalkuliert dürfte daher für das Jahr 2020 ein altersbedingter jährlicher Mehrabgang von insgesamt 2.500 Ärztinnen und Ärzten gegenüber dem Jahr 2010 erwartet werden. Dies steht einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte um 3.000 Beschäftigte in den vergangenen zehn Jahren gegenüber.

ins Ausland kann auf Grund des geringen Saldos vernachlässigt werden. |[43] Da außerdem die Zahl der Absolventinnen und Absolventen der Humanmedizin konstant, die Abbrecherquoten sehr gering und die Übergangsquoten in eine ärztliche Tätigkeit hoch sind, ist für die Humanmedizin derzeit nicht von einem abnehmenden Personalangebot auszugehen. |[44]

Diese Einschätzungen zur relativ konstanten Entwicklung des Fachkräfteangebots lassen sich mit Ausnahme der Pflegeberufe auf alle anderen Gesundheitsberufe übertragen. Für die Pflegeberufe ist darauf hinzuweisen, dass zwar auch bei ihnen insgesamt eine kontinuierliche Steigerung der Personalzahlen zu beobachten ist. Allerdings hat im vollstationären Sektor ein Rückgang stattgefunden, der gelegentlich als genereller **‚Pflegefachkräftemangel'** interpretiert wird. Auch diese These ist jedoch zu relativieren. Waren im Jahr 2000 noch 396.000 Pflegekräfte in Krankenhäusern tätig, so reduzierte sich dies 2006 auf 374.000 Pflegekräfte. Seither war wiederum ein Anstieg auf zuletzt 382.000 Pflegekräfte zu beobachten. |[45] Insgesamt war somit im betrachteten Zeitraum im stationären Sektor ein leichter Rückgang der Zahl der Pflegekräfte zu verzeichnen, der im Gegensatz zum oben beschriebenen Wachstum der Zahl der Ärztinnen und Ärzte stand. Dennoch lässt sich aus dem innerberuflich entstehenden Ersatzbedarf zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein genereller Personalmangel in den Pflegeberufen ableiten. Für die Zukunft kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass ein möglicher künftiger Mehrbedarf an Versorgungsleistungen zu einem Fachkräftemangel führen könnte (siehe A.II.1, A.II.2). |[46]

|[43] Zehn Jahre nach dem Abschluss des Studiums sind 5 % der Humanmedizinerinnen und Humanmediziner im Ausland tätig, was dem Durchschnitt aller Universitätsabsolventinnen und –absolventen entspricht (Schwarzer A., Gregor F.: Medizinerreport 2012 – Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern, hrsg. v. Hochschul-Informations-System (HIS), Hannover 2012, S. 18f).

|[44] Schwarzer, A.; Gregor, F.: Medizinerreport 2012 – Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern, hrsg. v. Hochschul-Informations-System (HIS), Hannover 2012, insbesondere S. 7, 9, 13, 15, 20.

|[45] Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitspersonalrechnung. Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000 (www.gbe-bund.de, 18.10.2011)

|[46] Eine Erhebung des Landes Nordrhein-Westfalen zeigt, dass der entstehende Ersatzbedarf (in der Erhebung als „Sofortbedarf" bezeichnet) in allen Pflegeberufen – mit Ausnahme der Altenpflege – durch die Absolventenzahlen gedeckt werden kann. Bei Berücksichtigung des zukünftigen Mehrbedarfs (in der Erhebung als „Neubedarf" bezeichnet) werden Defizite prognostiziert. Im Jahr 2009 wurde von einem Mangel von insgesamt 1.200 Pflegekräften für das Folgejahr ausgegangen (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung: Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen, hrsg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales de Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2010, insbesondere S. 73).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass für die Frage nach den künftig erforderlichen personellen Ressourcen nicht der Ersatzbedarf infolge der Alterung des derzeitigen Personals, sondern der durch den demografischen und epidemiologischen Wandel sowie den medizinischen Fortschritt entstehende Mehrbedarf an Versorgungsleistungen entscheidend ist.

II.3 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und gesundheitsökonomische Konsequenzen

Das Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren von verschiedenen Veränderungen geprägt worden. Ein wesentliches Ergebnis der gesundheitspolitischen Reformen war die Einführung wettbewerblicher Instrumente bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. In diesem Kontext hat auch die ordnungspolitische Funktion des Gesetzgebers eine größere Bedeutung erhalten. Wo zwischen den Organisationen der Selbstverwaltung ein stärkerer Wettbewerb gefordert ist, werden die vom Staat ausgeübte Rechtsaufsicht über die Akteure der Selbstverwaltung sowie die Steuerungskompetenzen, beispielsweise in der Bedarfsplanung, immer wichtiger. Die Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses war beispielsweise als ein Schritt in diese Richtung zu verstehen. In diesem finden sich die Akteure der Gesetzlichen Krankenversicherung (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) in einem übergeordneten Gremium zusammen, dessen Beschlüsse zum Leistungskatalog schließlich dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt werden.

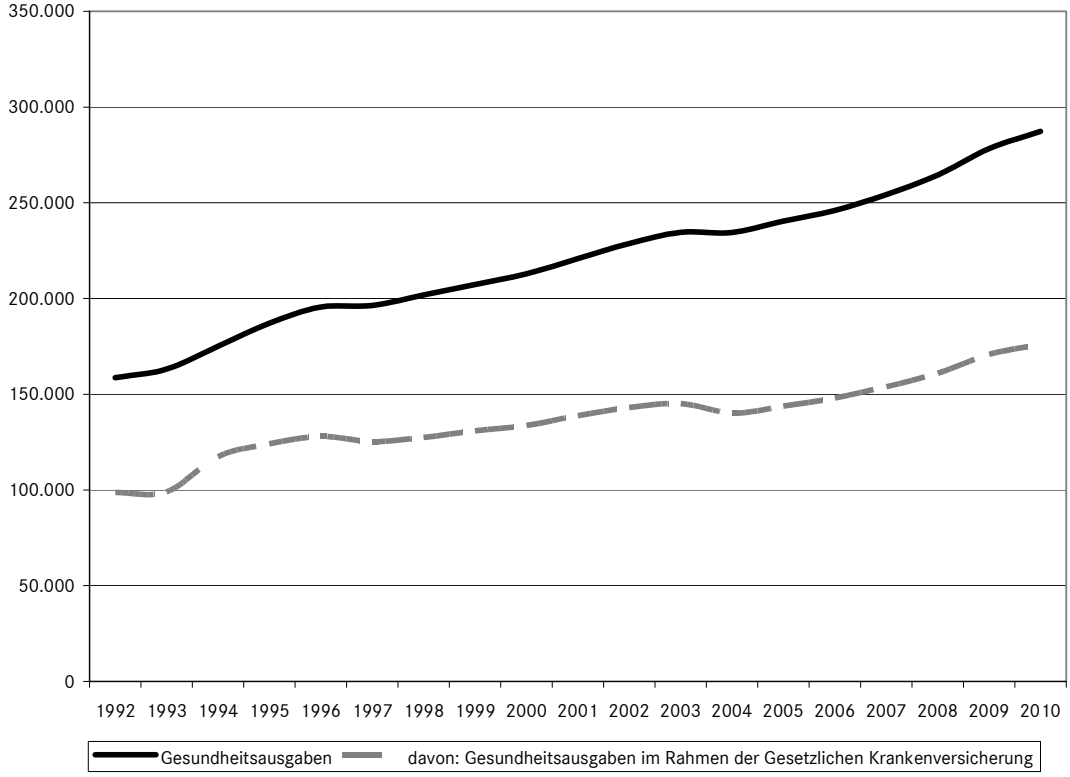
Die gesundheitspolitischen Entwicklungen wurden und werden maßgeblich von der **Kostenentwicklung im Gesundheitswesen** geprägt. Die Gesundheitsausgaben sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen (➲ Abbildung 7). |[47] Betrugen die Ausgaben im Jahr 1992 noch rund 159 Mrd. Euro, so waren es 2010 rund 287 Mrd. Euro. |[48] Im betrachteten Zeitraum sind die Gesundheitsausgaben somit um durchschnittlich 3,3 % pro Jahr gewachsen. Die von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragenen Gesundheitsausgaben, die gegenwärtig 58 % der Gesundheitsausgaben insgesamt entsprechen, haben sich im selben Zeitraum von rund 98 Mrd. Euro auf rund 165 Mrd. Euro und damit jährlich

|[47] Für die Gesundheitsausgaben existiert kein Preisindex, der eine verlässliche Inflationsbereinigung ermöglichen würde (Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998, Kapitel 8.8: Preisstruktur und -entwicklung, https://www.gbe-bund.de (13.04.2012)). Daher wird die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hier – dem Vorgehen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes entsprechend – durchgängig auf der Grundlage nominaler Preise dargestellt.

|[48] Die Differenz gegenüber den zuvor genannten Gesamtkosten im Gesundheitswesen (siehe Seite 18) ergibt sich durch ein abweichendes Bezugsjahr.

um 3,2 % erhöht. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stieg von 9,6 % im Jahr 1992 auf 11,6 % im Jahr 2010. |[49]

Abbildung 7: Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. Euro pro Jahr für den Zeitraum von 1992 bis 2010

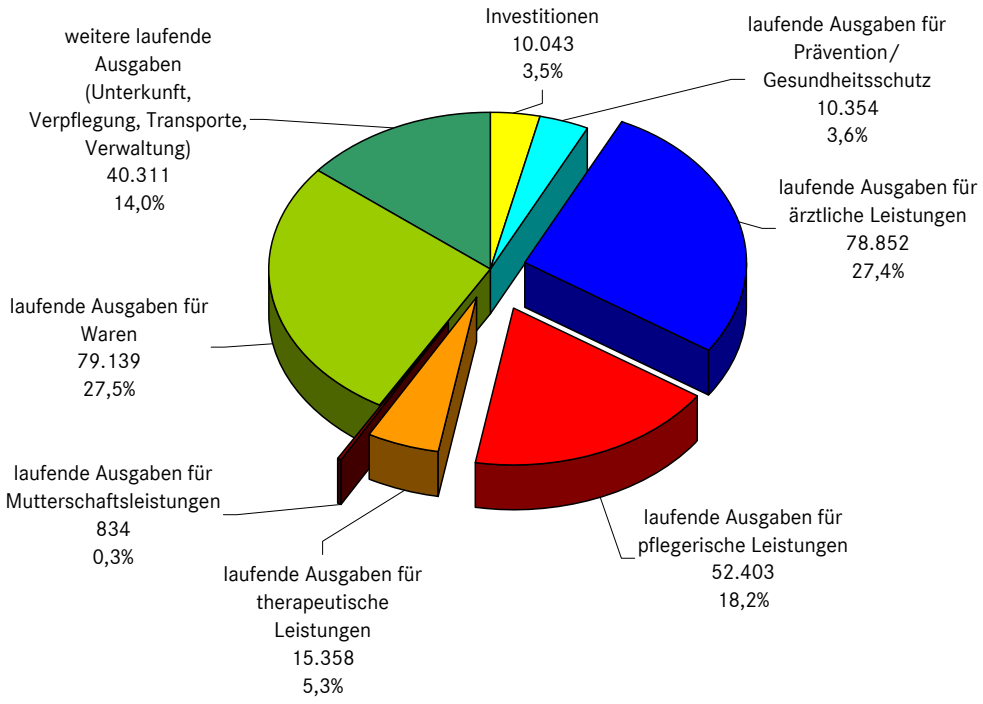


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. Euro: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger, Statistisches Bundesamt 2011. (www.gbe-bund.de,15.04.2012); Statistisches Bundesamt anlässlich des Weltgesundheitstages (05.04.2012).

Der Großteil der Gesundheitsausgaben wird für Waren (einschließlich Arznei- und Hilfsmittel) sowie für ärztliche Versorgungsleistungen aufgebracht. Auf beide Bereiche entfällt jeweils ein gutes Viertel der Ausgaben. Pflegeleistungen machen demgegenüber einen Anteil von 18,2 % und therapeutische Leistungen einen Anteil von 5,3 % an den Gesamtausgaben aus (➲ Abbildung 8).

|[49] Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. € (absolut und je Einwohner). Gliederungsmerkmal: Jahre, Statistisches Bundesamt 2012 (www.gbe-bund.de, 23.05.2012).

Abbildung 8: Gesundheitsausgaben in Deutschland für das Jahr 2010 in der Verteilung nach Leistungsart in Mio. Euro



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. Euro: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger, Statistisches Bundesamt 2011. (www.gbe-bund.de,15.09.2011)

Die der Darstellung zugrunde gelegten Daten sind Anhangtabelle 6 zu entnehmen.

In Hinsicht auf die Ausgabenentwicklung der letzten zehn Jahre ist festzuhalten, dass die Ausgaben für Leistungen im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Prävention deutlicher, nämlich um annähernd 50 %, gestiegen sind als die Gesundheitsausgaben über alle Leistungsarten (+31 %) insgesamt. Die Ausgaben für ärztliche Leistungen sind im gleichen Zeitraum mit 33 % leicht überdurchschnittlich, diejenigen für pflegerische, therapeutische und geburtshelferische Leistungen hingegen mit 26 % leicht unterdurchschnittlich gestiegen.

Für die Zukunft ist – auch infolge des demografischen Wandels – von einer weiteren Kostensteigerung im Gesundheitswesen auszugehen. |[50] Der Beitrag des demografischen Wandels zu dieser Entwicklung wird mit Blick auf die Steigerung der Krankheitskosten|[51], die sich auf Grund der schrumpfenden Bevölke-

|[50] Während diese allgemeine Feststellung weitestgehend unstrittig ist, werden die Höhe der demografiebedingten Ausgabensteigerung und ihre Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung kontrovers diskutiert; vgl. hierzu exemplarisch: Schlander M., Schwarz O., Thielscher C.: Gesundheitsausgaben in Deutschland: Eine makroökonomische Analyse ihrer langfristigen Finanzierbarkeit, in: Kremin-Buch, B., Unger F., Walz H., Häusler E. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie. Eine Langfristorientierung, Sternenfels 2005, S. 83-129; Niehaus F.: Alter und steigende Lebenserwartung. Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, hrsg. v. Wissenschaftlichen Institut der PKV, Köln 2006, insbesondere S. 143-146; Rürup, B.: Was kostet Gesundheit 2030?, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 5 (2007), S. 65-71.

|[51] Zur Abgrenzung von Gesundheitsausgaben und Krankheitskosten siehe Fußnote 17.

rung zudem auf weniger Menschen verteilen werden, besonders deutlich (siehe A.II.1.a, Anhangtabelle 2). Vor diesem Hintergrund wird – auch im internationalen Kontext – die Frage diskutiert, ob eine veränderte Arbeitsteilung im Gesundheitswesen mit einer stärkeren Beteiligung von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe eine Kosten dämpfende Wirkung haben könnte. Hierzu sind bisher nur wenige aussagekräftige Studien verfügbar, die sich insbesondere auf die Übernahme von vormals von Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungen der Primärversorgung durch Pflegekräfte erstrecken. Eine systematische Auswertung der vorhandenen Untersuchungen kommt zu dem Schluss, dass der Kosten dämpfende Effekt bei insgesamt gleicher Versorgungsqualität wesentlich von den Gehaltsunterschieden zwischen ärztlichen und Pflegekräften abhängt. |[52]

Offen bleibt ferner die wichtige Frage, ob medizinischer Fortschritt in der Zukunft zwangsläufig mit jährlichen Teuerungen einhergehen muss. Verschiedentlich wird in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung einer stärker auf Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichteten Gesundheitsversorgung aufmerksam gemacht. Im Kontext der demografischen Entwicklung gewinnt insbesondere ein Fortschritt auf dem Gebiet der altersspezifischen Prävention mit dem Ziel der Vermeidung oder zumindest Verzögerung von Chronifizierungen, insbesondere im Kindes- und Jugendalter, und von Pflegebedürftigkeit, insbesondere im höheren Alter, an Bedeutung. |[53]

A.III DIE AKADEMISCHEN BERUFE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG UND IHRE ZUSAMMENARBEIT

Die akademischen Berufe der Gesundheitsversorgung |[54] wirken in einem prinzipiell auf allen Ebenen arbeitsteilig organisierten Gesundheitswesen zusammen. Dabei ist die Frage der Aufteilung von Aufgaben und Verantwortungen im Gesundheitswesen von Rechtsunsicherheiten geprägt. Allerdings ist neben der Komplexität der Versorgungsaufgabe insbesondere die Qualifikation der Berufe und ihrer einzelnen Angehörigen maßgebend für die im juristischen Einzelfall zu klärende Frage, ob eine Aufgabe von Beschäftigten der Gesundheitsfachberu-

|[52] Laurant, M.; Reeves, D.; Hermens, R. et al.: Substitution of doctors by nurses in primary care (Review), in: The Cochrane Library 2004 (4), insbesondere S. 9.

|[53] Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Drs. 16/13770), Bonn 2009, S. 351–355.

|[54] Im vorliegenden Zusammenhang zählen hierzu diejenigen Berufe, für die – zumindest modellhaft – primärqualifizierende Studiengänge vorhanden sind.

fe und gegebenenfalls mit welchen Sorgfaltspflichten für die Ärztinnen und Ärzte übernommen werden kann oder nicht. Die Qualifikation kann vor diesem Hintergrund als wesentlicher Treiber betrachtet werden, um andere Berufe – auch rechtlich – vermehrt in die Lage zu versetzen, Aufgaben der Gesundheitsversorgung eigenständig zu übernehmen. Das Ausbildungsrecht ist konstitutiv für die haftungsrechtlichen Entscheidungen.

Im Zentrum der vorliegenden Empfehlungen stehen die für die Gesundheitsversorgungsberufe notwendigen Qualifikationen. Fragen der Delegation und Substitution werden daher nicht näher behandelt.

Im Folgenden werden die rechtlichen Grundlagen und die faktischen Bedingungen der beruflichen Zusammenarbeit thematisiert, um zu klären, welche Aufgaben die Berufe im Einzelnen und in Bezug zueinander übernehmen und den Status quo und die Spielräume einer kooperativen Leistungserbringung zu eruieren.

III.1 Rechtliche Grundlagen

Die Verteilung von Aufgaben und Verantwortungsbereichen in der Gesundheitsversorgung ist aus verschiedenen Rechtsgrundlagen abzuleiten. |[55]

III.1.a Regelungen zur Berufsausbildung und zum Berufszugang

Die bundesrechtlichen Regelungen zur Berufsausbildung und zum Berufszugang gehen jeweils von einem bestimmten Berufsbild aus, auf das die Ausbildung abzielt. In den meisten Berufsgesetzen ist dieses Ausbildungsziel bereits ausdrücklich, wenn auch unterschiedlich ausführlich, normiert. Insgesamt gilt, dass sich Konkretisierungen des Ausbildungsziels über die jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen ableiten lassen. Die Angehörigen des jeweiligen Heilberufs |[56] können grundsätzlich alle Aufgaben übernehmen, für die sie im Rahmen ihrer Ausbildung befähigt wurden.

|[55] Die nachfolgenden Ausführungen basieren insbesondere auf folgenden Zusammenstellungen der rechtlichen Grundlagen: Igl, G.: Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. München 2010, S. 1–23; Offermanns, M.; Bergmann, K.O.: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts, hrsg. v. Deutschen Krankenhausinstitut, Düsseldorf 2008, S. 46–63; Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Drs. 16/6339), Bonn 2007, S. 56–61.

|[56] Entgegen der eingeführten Terminologie (siehe A.I.2) wird der Begriff des „Heilberufs“ in diesem Kapitel verwendet, weil es sich um den juristisch korrekten Terminus handelt. Dies gilt im Folgenden entsprechend für den Begriff der „Heilkunde“.

Erstmalig im Gesetz über die Berufe in der **Krankenpflege** (KrPflG |[57]) wurde zwischen den originären Aufgaben des Berufs, die von den Berufsangehörigen eigenständig und eigenverantwortlich durchgeführt werden, und solchen Aufgaben differenziert, die im Rahmen der Mitwirkung erfolgen und die Delegationsmöglichkeiten ärztlicher Tätigkeiten beschreiben (vgl. § 3 KrPflG). Des Weiteren ermöglicht nach einer Gesetzesänderung 2008 § 3 Abs. 3 in Verbindung mit § 4 Abs. 7 KrPflG, dass im Rahmen von Modellvorhaben „erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden" können. Damit hat der Gesetzgeber ermöglicht, dass Pflegefachkräfte auf der Basis einer weitergehenden Qualifizierung auch vermehrt Tätigkeiten übernehmen können, die zwar nicht weiter normiert sind, aber prinzipiell dem Heilkundevorbehalt unterliegen.

Ziel der ärztlichen Ausbildung sind nach § 1 Absatz 1 Satz 1 der Approbationsordnung für Ärzte wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete **Ärztinnen und Ärzte**, die zur eigenverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt sind.

Soweit das Bundesrecht in älteren Berufsgesetzen wie bei den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten oder den Logopädinnen und Logopäden kein explizites Ausbildungsziel beschreibt, wird das Berufsbild ausschließlich über die in der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsordnung geregelten Ausbildungsinhalte bestimmt. Aber auch insgesamt gilt, dass sich Konkretisierungen des Ausbildungsziels über die jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen ableiten lassen. Die Berufsgesetze für die **Physiotherapie, die Ergotherapie, die Logopädie sowie für das Hebammenwesen** enthalten außerdem seit 2009 eine Modellklausel, nach der Ausbildungsangebote möglich sind, die der Weiterentwicklung des jeweiligen Berufes „unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen sollen." |[58] Die Modelle beinhalten allerdings, anders als in der Gesundheits- und Krankenpflege, auch für den Fall einer Qualifizierung an Hochschulen keine Erweiterung der Aufgaben. Dem Gesetzgeber kommt es lediglich auf die Feststellung an, ob die Ausbildung in den praktisch tätigen Berufen auch an Hochschulen Ziel führend ist und gegebenenfalls mit einer Qualitätsverbesserung einhergeht.

|[57] Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Art. 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515).

|[58] Vgl. Gesetz über die Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009.

Da die Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Bereich der Heilberufe durch Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz auf die Zulassung zum Beruf beschränkt ist, enthalten die entsprechenden bundesrechtlichen Regelungen grundsätzlich keine Regelungen zur Berufsausübung.

III.1.b Vorbehaltsregelungen

Als Ausnahme von der Grundregel, dass die Angehörigen des jeweiligen Heilberufs alle Aufgaben übernehmen können, für die sie im Rahmen ihrer Ausbildung befähigt wurden, gibt es Tätigkeiten, die einer bestimmten Berufsgruppe vorbehalten sind. § 2 Abs. 5 Bundesärzteordnung (BÄO) beschreibt den ärztlichen Beruf als „Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung ‚Arzt' oder ‚Ärztin'". Die Heilkunde wird wiederum definiert als „jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen" (§ 1 des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)). Damit wird der genuin ärztliche Aufgaben- und Verantwortungsbereich umschrieben. Erweitert wird dieser Heilkundevorbehalt des Heilpraktikergesetzes durch das Psychotherapeutengesetz sowie das Zahnheilkundegesetz |[59]. Zugleich werden in § 1 Absatz 5 und 6 Zahnheilkundegesetz delegierbare Tätigkeiten im zahnärztlichen Bereich benannt.

In weiteren Spezialgesetzen, die insbesondere bestimmte gefahrengeneigte Tätigkeiten umreißen, finden sich explizite Vorbehaltsregelungen. Beispielsweise heißt es in § 24 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz), dass die Behandlung von Patienten mit den relevanten Infektionskrankheiten „im Rahmen der berufsmäßigen Ausübung nur Ärzten gestattet" ist. Eine ähnliche Regelung findet sich in § 2 des Gesetzes über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden oder § 9 des Gesetzes zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz).

Aus dem Heilkundevorbehalt, der eine Delegation ärztlicher Tätigkeiten formalrechtlich nicht vorsieht, sowie aus den oben genannten Einzelbestimmungen sowie aus dem Umstand, dass der ärztliche Beruf nach § 1 Abs. 2 BÄO ein freier Beruf ist, wird abgeleitet, dass es prinzipiell Tätigkeiten gibt, die Ärztinnen und Ärzte höchstpersönlich erbringen müssen.

|[59] Diese erlauben die Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die Ausübung der heilkundlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten nach § 1 des Psychotherapeutengesetzes bzw. die Ausübung der Zahnheilkunde durch Zahnärztinnen und -ärzte nach § 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG).

Eine weitere Vorbehaltsregelung betrifft Hebammen und Entbindungspfleger bzw. die im MTA-Gesetz geregelten medizinisch-technischen Assistenzberufe. § 4 Hebammengesetz beinhaltet die Leistung der Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeit, die nur von den Berufsangehörigen durchgeführt werden darf.

§ 9 MTA-Gesetz regelt den jeweiligen Zweigen der MTA vorbehaltene Tätigkeiten, die sich auf besonders gefahrgeneigte Aufgaben beziehen.

III.1.c Sozialrecht

Das Sozialrecht und hier vor allem das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Neuntes Buch und Elftes Buch (SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung; SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen; SGB XI – Soziale Pflegeversicherung) regelt primär die Leistungserbringung im Gesundheitsbereich bei Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Den Ärztinnen und Ärzten inklusive Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten wird eine zentrale Position eingeräumt. § 15 Abs. 1 SGB V legt fest: „Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V etwas anderes bestimmt ist. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.“ Was eine ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung ausmacht, wird in § 28 Abs. 1 SGB V generalklauselartig umschrieben: „Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.“

Allerdings werden die Bereiche ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung als solche gegen andere Bereiche abgegrenzt. § 27 SGB V nennt unter anderem die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wobei unter den so genannten „Heilmitteln“ Dienstleistungen gefasst werden, die von bestimmten Berufen erbracht werden. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 1. Juli 2001 erstmals erlassene Heilmittel-Richtlinie samt einem dazugehörigen Heilmittelkatalog regelt dabei näher, welche Heilmittel von der gesetzlichen Krankenversicherung mitgetragen werden. Als so genannte „Heilmittelerbringer“ werden dabei Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Masseure und medizinische Bademeister sowie Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Podologinnen und Podologen bestimmt. Diese können im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nur dann tätig werden, wenn dies von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt verordnet wurde. Die Verordnungsmenge der Dienstleistungen wird je nach ärztlicher Diagnose limitiert; Folgeverordnungen

bedürfen in der Regel einer erneuten ärztlichen Konsultation und einer entsprechenden Folgeverordnung.

III.1.d Haftungsrecht

Das Haftungsrecht kommt zum Tragen, wenn ein Patient geschädigt wurde und ein Fehlverhalten seitens der Leistungserbringer vorliegt. Es zieht gegebenenfalls zivil- (Bürgerliches Gesetzbuch, BGB) oder strafrechtliche Konsequenzen (Strafgesetzbuch, StGB) nach sich. Dabei hat die Definition der beruflichen Aufgaben und Verantwortungen große Auswirkungen auf die Rechtsprechung bei verschiedenen Arten des Verschuldens bei Organisation, Anordnung und Übernahme. Die Rechtsprechung hat dabei strittige Aufgabenverteilungen insbesondere mittels des juristischen Begriffs der **Delegation** geklärt. Die Delegation beschreibt dabei die Übernahme einer Aufgabe, die auf Grund der zuvor genannten Rechtsgrundlagen prinzipiell in den Bereich von Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten fällt, durch Angehörige eines anderen Berufs, beispielsweise der Gesundheitsfachberufe. Der Maßstab für die Delegationsfähigkeit einer Aufgabe ist dabei vor allem der Patientenschutz. Dieser wiederum wird in Relation zur Komplexität der Aufgabe und zur Ausbildung der delegationsempfangenden Person gesehen. Meist erfolgt die Delegation nur für einen bestimmten Zeitraum und geht mit gewissen Sorgfaltspflichten für die Ärztinnen und Ärzte (Auswahl-, Instruktions-, Überwachungs- und Kontrollpflichten) einerseits und Organisationspflichten für die leistungserbringende Einrichtung, etwa den Krankenhausträger, andererseits einher. Auf Grund des vom einzelnen Konfliktfall ausgehenden Haftungsrechts sind dabei Aufgabenbereiche der Ärztinnen und Ärzte thematisiert worden, die als nicht delegationsfähig gelten. Dies gilt insbesondere für die Bereiche der Diagnose und Indikationsstellung und die Erstellung des Therapie- und Operationsplans. Hingegen werden Aufgabenbereiche, die als grundsätzlich delegationsfähig gelten, haftungsrechtlich per se nicht verhandelt. Dies geht mit einer großen Rechtsunsicherheit in der Praxis einher. Im stationären Bereich beispielsweise variieren das Spektrum und die Menge der delegierten Aufgaben sehr stark zwischen den Krankenhäusern und innerhalb dieser teilweise zwischen den Fachabteilungen.

In Hinsicht auf die juristisch nicht normierten grundsätzlich delegierbaren Aufgaben hat sich inzwischen der Begriff der **Substitution** etabliert. Mit ihm ist die Übertragung einer eigenständigen Heilkundeausübungsbefugnis auf eine Berufsgruppe bzw. einige Angehörige dieser Berufsgruppe gemeint. Sorgfaltspflichten für die Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte entfallen dabei zugleich; die Angehörigen einer Berufsgruppe führen entsprechend substituierte Aufgaben eigenverantwortlich durch. De facto laufen die Diskussionen um eine Substitution von Aufgaben darauf hinaus, zuallererst die Aufgabenbereiche einzelner Berufe genauer festzulegen und nicht mehr von der

zentralen Verantwortungsposition der Ärztinnen und Ärzte und der Frage der Delegierbarkeit einzelner Aufgaben auszugehen. |[60]

III.2 Aufgabenprofile der einzelnen Berufe

Aus den rechtlichen Grundlagen lassen sich genaue Aufgabenprofile der einzelnen Berufe nur bedingt ableiten. Die Aufgabenprofile werden weit eher von der herrschenden Versorgungspraxis geprägt. Grundlage für die folgenden Ausführungen bilden neben relevanten internationalen Standards die Berufsinformationen der Bundesagentur für Arbeit |[61] und die Definitionen des Statistischen Bundesamtes |[62] sowie die Selbsteinschätzungen der relevanten Berufsverbände und Kammern. |[63]

§ 1 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) von 2002 beschreibt als Ziel der ärztlichen Ausbildung den „wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete[n] Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist.“ **Ärztinnen und Ärzte** sind an nahezu allen Prozessen der Gesundheitsversorgung beteiligt. Sie beraten und untersuchen Patientinnen und Patienten, erheben Befunde und diagnostizieren Krankheiten. Sie legen Maßnahmen zur Therapie fest, führen medizinische Behandlungen und Vorsorgeuntersuchungen durch und dokumentieren Diagnosen sowie Behandlungsverläufe. Der ursprünglich für die Weiterbildung entwickelte kanadische Lernzielkatalog, der für viele ähnliche Lernzielkataloge in anderen Ländern prägend ist, beschreibt sieben Rollen des ärztlichen Handelns, die so genannten *CanMEDS roles*. Diese umfassen die Rolle des medizinischen Experten (*Medical Expert*), des Kommunikators (*Communicator*), des interprofessionellen Mitarbeiters (*Collaborator*), des Verantwortungsträgers und Managers (*Manager*), des Gesundheitsberaters und -fürsprechers (*Health Advocator*), des Gelehrten (*Scholar*) und des professionell Handelnden (*Professional*). |[64] Der in Deutschland derzeit erarbeitete „Nationale

|[60] Vgl. für diese Einteilung insbesondere Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Drs. 16/6339), Bonn 2007, S. 61.

|[61] Bundesagentur für Arbeit: BERUFENET, http://berufenet.arbeitsagentur.de (07.10.2011).

|[62] Statistisches Bundesamt: Klassifikationen. Klassifikation der Berufe (KldB) 1992, Wiesbaden 2010 [1992]; Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 7.3.1: Personal, Wiesbaden 2010, S. 8–12.

|[63] Der Wissenschaftsrat hat im Zuge der Erarbeitung der vorliegenden Empfehlungen einige Berufsverbände und Kammern angehört und um eine entsprechende Selbsteinschätzung der jeweils vertretenen Berufe und ihrer Charakteristika gebeten.

|[64] Frank, J.R.: The CanMEDS 2005. Physician Competency Framework, hrsg. v. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa 2005.

Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin“ (NKLM) bezieht sich ebenfalls stark auf die CanMEDs-Rollen. Außerdem wird mit ihm der Versuch unternommen, die Ausbildungsanforderungen weniger an Lerninhalten und mehr an Lernzielen zu orientieren. Dadurch würde – auch im Sinne des Berufsausbildungsrechtes – das Aufgabenprofil von Ärztinnen und Ärzten deutlich geschärft. |[65]

Zahnärztinnen und Zahnärzte haben eine analoge zentrale Position für den im Berufsausübungsrecht abgegrenzten Bereich der Zahnheilkunde. Sie untersuchen Patientinnen und Patienten, erheben den Zahnstatus und diagnostizieren Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten samt Anomalien der Zahnstellung. Sie legen Maßnahmen zur Therapie fest, führen zahnmedizinische Behandlungen und Vorsorgeuntersuchungen durch und dokumentieren die Diagnose sowie den Behandlungsverlauf. Außerdem beraten sie Patientinnen und Patienten über Möglichkeiten, Zahn- und Kiefererkrankungen bzw. -schädigungen vorzubeugen. Analog zum Lernzielkatalog in der Humanmedizin wird aktuell ein „Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Zahnmedizin“ (NKLZ) erarbeitet.

Die nachfolgenden Ausführungen zu den Gesundheitsfachberufen beschränken sich weitgehend auf das traditionelle Verständnis ihrer Aufgabenprofile, wie es sich aus den Berufsinformationen der Bundesagentur für Arbeit |[66] und den Definitionen des Statistischen Bundesamtes |[67] ergibt. Auf Grund der fortschreitenden Komplexitätssteigerung des Versorgungsauftrags befinden sich die Aufgabenprofile dieser Berufe in einem dynamischen Entwicklungsprozess (siehe A.III.4), der auch Auswirkungen auf die Zusammenarbeit der Gesundheitsversorgungsberufe hat (siehe A.III.3).

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger betreuen und versorgen eigenverantwortlich kranke und pflegebedürftige Menschen in unterschiedlichen Pflegesituationen; sie gestalten den Pflegeprozess und führen ärztlich veranlasste

|[65] Am 12. Dezember 2008 bat der Hochschulausschuss der Kultusministerkonferenz die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung darum, in Abstimmung mit dem Medizinischen Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland einen Fachqualifikationsrahmen für die Medizin zu erarbeiten. Daraufhin wurde am 12. November 2009 eine Lenkungsgruppe „Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)“ eingesetzt. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin lag zum Zeitpunkt der Erarbeitung dieser Empfehlungen noch nicht in einer zitierfähigen Fassung vor und konnte daher nur bedingt berücksichtigt werden.

|[66] Bundesagentur für Arbeit: BERUFENET, http://berufenet.arbeitsagentur.de (07.10.2011).

|[67] Statistisches Bundesamt: Klassifikationen. Klassifikation der Berufe (KldB) 1992, Wiesbaden 2010 [1992]; Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 7.3.1: Personal, Wiesbaden 2010, S. 8–12.

Maßnahmen (z. B. Medikamentenverabreichung, Verbandswechsel) durch, assistieren bei Untersuchungen und Behandlungen und übernehmen Dokumentationsaufgaben. Pflegerisches Handeln zielt auf die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit in der Lebensführung. Zur kurativmedizinischen Gesundheitsversorgung ist die Pflege insofern komplementär, als sie Krankheiten nicht zu heilen versucht, sondern bei der Bewältigung der individuellen Folgen von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit unterstützt.

Physiotherapeutinnen und -therapeuten erarbeiten anhand ärztlicher Verordnungen und eigener Befunderhebungen Behandlungspläne für Patientinnen und Patienten, deren körperliche Bewegungsmöglichkeiten auf Grund hohen Alters, einer Krankheit, Verletzung oder Behinderung eingeschränkt sind. Sie führen entsprechende Maßnahmen durch (z. B. Bewegungstherapie mit und ohne Geräte, Atem-, Elektro-, Wärmetherapie, Massagen), die auch vorbeugend eingesetzt werden können. Physiotherapeutisches Handeln zielt primär auf die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Beweglichkeit.

Ergotherapeutinnen und -therapeuten beraten, behandeln und fördern Patientinnen und Patienten jeden Alters, die durch eine physische oder psychische Erkrankung, durch eine Behinderung oder durch eine Entwicklungsverzögerung in ihrer Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit beeinträchtigt sind oder werden können. Sie erarbeiten individuelle Behandlungspläne und führen Therapien sowie Maßnahmen der Prävention durch. Ergotherapeutisches Handeln zielt primär auf die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Alltagsbetätigungen.

Logopädinnen und Logopäden beraten, untersuchen und behandeln Patientinnen und Patienten mit Sprach-, Sprech-, Stimm-, Hör- und Schluckstörungen als Folge von Erkrankungen des zentralen Nervensystems oder der peripheren Input- und Output-Systeme. Logopädisches Handeln zielt primär auf die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Kommunikationsfähigkeiten sowie der Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen.

Hebammen und Entbindungspfleger beraten Schwangere über Schwangerschaft, Geburtsablauf und die Zeit nach der Geburt. Sie bereiten physisch und psychisch auf die Geburt vor und leiten normale Entbindungen selbstständig. Nach der Entbindung betreuen Hebammen die Mütter und deren Neugeborene.

Eine Typologie der Gesundheitsversorgungsberufe, die neben der hier vorgenommenen Umschreibung der Aufgabenprofile außerdem eine Aufstellung der

noch näher zu beschreibenden Ausbildungsverhältnisse und -anforderungen beinhaltet, ist auf der Internetseite des Wissenschaftsrates verfügbar. |[68]

III.3 Zusammenarbeit der Berufe

Die oben beschriebene rechtliche Situation sowie unterschiedliche Berufstraditionen haben ein Gesundheitswesen hervorgebracht, das stark an beruflichen Hierarchien orientiert ist. Wo Abstimmungen zwischen den Berufen erforderlich sind, räumte man in der Vergangenheit dem ärztlichen Beruf eine exklusive Rolle (Subordinationsprinzip) ein. In den letzten Jahrzehnten hat jedoch die Komplexität in der Gesundheitsversorgung stark zugenommen. Dies hat dazu geführt, dass sich zum einen die einzelnen Berufe weiter ausdifferenziert und sich daraus zum anderen neue Anforderungen an die Fähigkeiten zur Reflexion des eigenen Handelns und – damit stark zusammenhängend – an die Fähigkeiten zur beruflichen Zusammenarbeit entwickelt haben. Andere, insbesondere die anglo-amerikanischen Länder, haben auf ähnliche Entwicklungen reagiert, indem sie die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen stärker mit Blick auf kooperative Strukturen ausgerichtet wurden (Kooperationsprinzip). |[69] Dabei wurde wiederholt auch auf die Bedeutung der Ausbildung so genannter *reflective practitioners* als einer wichtigen Voraussetzung für **interprofessionelle Kooperation und Koordination** hingewiesen. |[70]

In Deutschland wird die **innerberufliche Differenzierung** mit Blick auf die Ärztinnen und Ärzte besonders deutlich. Hier haben sich im Bereich der fachärztlichen Weiterbildung die Möglichkeiten zur Spezialisierung vervielfältigt. |[71] Im Bereich der Pflegeberufe hat sich das berufliche Spektrum ebenfalls ausdifferenziert. Im Zentrum steht zwar nach wie vor das traditionelle Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflegerin oder des Gesundheits- und Krankenpflegers bzw. des entsprechenden Berufs in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Daneben gibt es jedoch eine Vielzahl weiterer Berufe, die in der Pflege tätig sind. Sie unterscheiden sich in der Regel hierarchisch, wobei das Spektrum von Pflegeassistentinnen und -assistenten bis zu Leiterinnen und Leitern des Pflegedienstes reicht. Funktional lassen sich vom Case Management

|[68] http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/typologie_gesundheitsberufe.pdf

|[69] Vgl. exemplarisch für den Bereich der Pflege in den USA und in Kanada Health Canada, Office of Nursing Policy: Nursing Issues: Education, o. O. 2006, http://www.hc-sc.gc.ca (23.01.2012); Ellenbecker C.H.: Preparing the Nursing Workforce of the Future in: Policy, Politics & Nursing Practice 115 (2010) 11.

|[70] Zur Grundlegung des Konzepts der *reflective practitioners* vgl. Schön D.A.: The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action, New York 1983.

|[71] So nennt die aktuelle Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer insgesamt 51 unterschiedliche Facharztbezeichnungen (Bundesärztekammer: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 25.06.2010, http://www.bundesaerztekammer.de (10.10.2011)).

über Study Nurses bis hin zu vertieften Tätigkeiten in der Pflegepraxis, die im internationalen Kontext häufig unter dem Begriff der *Clinical Nurse Specialists* zusammengeführt werden (z. B. Pflegefachpersonal in der Onkologie oder Intensivmedizin, der Neonatologie und der Palliativmedizin), eine Reihe von beruflichen Einsatzmöglichkeiten unterscheiden. |[72]

In der ambulant geprägten **Zahnmedizin** hat eine berufliche Differenzierung nur bedingt stattgefunden. Für Zahnärztinnen und Zahnärzte existieren Weiterbildungsmöglichkeiten auf den Gebieten der Kieferorthopädie, der Oralchirurgie und des öffentlichen Gesundheitswesens sowie in je einem Kammerbereich Parodontologie und Allgemeine Zahnheilkunde. Die fachärztliche Zahnmedizin nimmt aber gegenüber der Humanmedizin eine kleinere Rolle ein; die meisten Zahnärztinnen und Zahnärzte sind allgemeinpraktizierend tätig. Darüber hinaus beschränkt sich die berufliche Differenzierung maßgeblich auf den Bereich der Assistenzberufe. Hier haben sich in der Vergangenheit die Möglichkeiten der Spezialisierung zur Zahnmedizinischen Fachassistentin oder zum Zahnmedizinischen Fachassistenten, zur Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin oder zum Zahnmedizinischen Prophylaxeassistenten, zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin oder zum Zahnmedizinischen Verwaltungsassistenten und zur Dentalhygienikerin oder zum Dentalhygieniker ergeben. Voraussetzung für die entsprechenden Spezialisierungen ist jeweils eine Berufsausbildung zur oder zum Zahnmedizinischen Fachangestellten. Die Spezialisierung erfolgt ausnahmslos in Form von Fortbildungen, die von Einrichtungen der Landeszahnärztekammern angeboten werden.

Im Bereich des **Hebammenwesens** lassen sich berufliche Differenzierungen wie im ärztlichen oder pflegerischen Bereich nicht feststellen. Auf Grund der eigenen Berufstradition und im Gegensatz zu den anderen Gesundheitsfachberufen ist das Verhältnis der Hebammen und Entbindungspfleger heute von einer prinzipiellen Gleichrangigkeit gegenüber den Ärztinnen und Ärzten geprägt. So leiten Hebammen und Entbindungspfleger physiologische Geburtsvorgänge selbstständig (Vorbehaltstätigkeit nach § 4 Hebammengesetz). Eine Ärztin oder ein Arzt darf hingegen nach § 4 des Hebammengesetzes nur im Notfall eine Geburt ohne eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger leiten; ansonsten besteht für sie oder ihn die Pflicht zur Hinzuziehung derselben. Der in den letzten Jahrzehnten sukzessiv entstandene Abstimmungsbedarf zwischen Ärztinnen und Ärzten einerseits und Hebammen und Entbindungspflegern andererseits hat zu neuen Anforderungen in der beruflichen Zusammenarbeit geführt.

|[72] Delamaire, M-L., Lafortune, G.: Nurses in Advanced Roles. A description and evaluation of experiences in 12 developed countries, hrsg. v. OECD. OECD Health Working Papers No. 54, Paris 2010.

Die **berufliche Zusammenarbeit im Gesundheitswesen** war in den letzten Jahren auch von einem **Trend zu vermehrter Delegation** geprägt. Im stationären Bereich werden Tätigkeiten wie das Anlegen und Wechseln von Verbänden und Infusionen, venöse Blutentnahmen oder intravenöse und intramuskuläre Injektionen bereits heute überwiegend von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe übernommen. |[73] Auch komplexere Tätigkeiten wie Medikamentenanamnese, das Legen und Entfernen von Kathetern, Beobachtung, Kontrolle und Dokumentation der Wirkung bei Schmerztherapie einschließlich der Einleitung entsprechender Maßnahmen wie z. B. die Gabe von Zytostatika oder OP-Lagerung bis hin zu operativen Interventionen wie Venenstripping und Nahtschluss werden zumindest in einzelnen Krankenhäusern an Gesundheitsfachberufe delegiert. |[74] In einer Umfrage für das Deutsche Krankenhausinstitut gaben 19 % der Krankenhäuser außerdem an, dass sie eine über den üblichen Rahmen der Delegation hinausgehende Neuverteilung der Aufgaben erproben. |[75]

Im ambulanten Bereich lässt sich exemplarisch auf das zwischen 2005 und 2008 in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen durchgeführte Modellprojekt „Arzt-entlastende Gemeinde-nahe, E-Healthgestützte, Systemische Interventionen“ (AGnES) verweisen. |[76] Ziel des AGnES-Projektes war es, vor dem Hintergrund der Erfahrung mit so genannten Gemeindeschwestern in der Deutschen Demokratischen Republik ärztliche Leistungen in einem definierten Umfang an Pflegekräfte für die Durchführung bestimmter Hausbesuche zu delegieren. Im Zentrum stand dabei die Versorgung von älteren und hochaltrigen multimorbiden Patienten in prinzipiell vertragsärztlich unterversorgten Regionen. Die Ergebnisse des AGnES-Projekts waren unter anderem Grund, „AGnES"-Kräfte bundesweit in der Regelversorgung zu etablieren. Ärztlich angeordnete, von Praxisassistentinnen und -assistenten erbrachte Hilfeleistungen in der häuslichen Versorgung können Hausärztinnen und -ärzte seit April 2009 als Kostenpauschalen abrechnen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen, die in der „Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in

|[73] Blum, K., Offermanns, M., Perner, P.: Krankenhaus Barometer. Umfrage 2007, hrsg. v. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf 2007, S. 36/37.

|[74] Offermanns, M.; Bergmann, K.O.: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts, hrsg. v. Deutschen Krankenhausinstitut, Düsseldorf 2008, S. 30–33.

|[75] Blum, K., Offermanns, M., Perner, P.: Krankenhaus Barometer. Umfrage 2007, hrsg. v. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf 2007, S. 38.

|[76] Dieses und weitere Modelle einer kooperativen und professionsübergreifenden Versorgung werden ausführlicher und unter Bezugnahme auf internationale Beispiele beschrieben in: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Drs. 16/13770), Bonn 2009, S. 421–433.

der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen“ (so genannte Delegations-Vereinbarung als Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag) erfüllt sind. Daneben gibt es auf Grund einer Änderung des § 63 SGB V, die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführt wurde, die Möglichkeiten für Modellvorhaben, die u.a. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern „die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer“ (§ 63 Abs. 3b SGB V) erlauben. Physiotherapeutinnen und -therapeuten werden dabei in ähnlicher Weise involviert. Außerdem wird die Möglichkeit zu weiterer „Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt“ (§ 63 Abs. 3c SGB V) an Pflegefachkräfte vorgesehen, sofern diese dafür qualifiziert sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die für eine Übertragung in Frage kommenden Tätigkeiten in einer am 20. Oktober 2011 erlassenen und am 22. März 2012 in Kraft getretenen Richtlinie konkretisiert. Hiernach ist es Pflegefachpersonal zukünftig möglich, 31 Tätigkeiten eigenständig und dauerhaft zu übernehmen, die bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren und allenfalls delegiert werden konnten. Das Spektrum reicht vom Anlegen von Infusionen, Magensonden und Blasenkathetern über die Verordnung von und die Versorgung mit Medizinprodukten und Pflegehilfsmitteln bis zu standardisierten Verfahren der Schmerzmedikation. |[77]

Der Trend zu interprofessionellen Arbeitsformen in der Gesundheitsversorgung zeigt sich außerdem in Regelungen zur so genannten „Integrierten Versorgung“, die an internationalen Leitvorstellungen von *Managed Care* orientiert sind. |[78] Nach § 140a ff SGB V können Krankenkassen Selektivverträge mit verschiedenen Leistungsanbietern abschließen, um so eine sektorenübergreifende Versorgung von Patienten zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang sind in Deutschland bisher insbesondere die so genannten „Disease-Management-Programme“ nach § 137f SGB V hervorzuheben. Dabei handelt es sich um systematische Behandlungsprogramme, die weniger von den professional bedingten Leistungsbereichen, sondern von bestimmten Krankheitsbildern ausgehen. Verschiedene Leistungserbringer werden dabei koordinativ einbezogen; die einzelnen Therapieschritte sollen auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz

|[77] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V in der Fassung vom 20. Oktober 2011, http://www.g-ba.de (12.06.2012).

|[78] Hierzu ausführlich: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Drs. 16/13770), Bonn 2009, S. 433–466.

aufeinander abgestimmt sein. In Deutschland existieren Disease-Management-Programme bisher für einige weit verbreitete chronische Erkrankungen wie Asthma bronchiale oder Diabetes mellitus Typ 2. Bisherige Evaluationen stellen medizinische und ökonomische Vorteile gegenüber der Regelversorgung heraus. |[79] Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beurteilt den Nutzen solcher Formen der Integrierten Versorgung dort besonders positiv, wo eine arbeitsteilige Versorgung unter Berücksichtigung verschiedener Fachdisziplinen explizit intendiert ist. |[80] Die bisherigen Evaluationen zu den Disease-Management-Programmen lassen solche Schlussfolgerungen allenfalls für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte erkennen. Die Frage nach dem Nutzen einer Einbindung anderer Gesundheitsberufe wird nicht aufgeworfen. Erste Erfahrungen aus anderen Ländern legen nahe, dass die berufsübergreifende Zusammenarbeit zu einer Qualitätssteigerung in der Gesundheitsversorgung beitragen kann. |[81]

Als Ergebnis dieser Entwicklungen sind Aufgabenfelder entstanden, in denen erhöhte Anforderungen an pflegerisches, therapeutisches und geburtshelferisches Fachpersonal gestellt werden. Damit verbunden ist eine Erweiterung der Handlungsräume von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, die wiederum zu einer steigenden Bedeutung von Fähigkeiten der interdisziplinären Kommunikation und Teamorientierung führt. |[82] Es ist zu vermuten, dass sich diese Tendenz vor dem Hintergrund der dargelegten demografischen und epidemiologischen Veränderungen weiter fortsetzen wird.

|[79] Bundesversicherungsamt: Bericht des Bundesversicherungsamtes zur vergleichenden Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen bei Diabetes mellitus Typ 2, Bonn 2009; Holle, R., Stark, R., Schunk, M., Meisinger, C., Leidl, R.: Ergebnisse der KORA-Studie zur Prozess- und Outcomequalität von Disease-Management-Programmen, hrsg. v. Helmholtz Zentrum München, Deutsches Zentrum für Gesundheit u. Umwelt, Berlin 2009, http://www.aok-gesundheitspartner.de; Szecsenyi, J.: Ergebnisse der ELSID-Studie. Vergleich von DMP und Regelversorgung, hrsg. v. Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg 2009, http://www.aok-gesundheitspartner.de (11.01.2012).

|[80] Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Drs. 16/13770), Bonn 2009, S. 467f.

|[81] Eine systematische Übersichtsarbeit zu diesem Thema findet sich bei Zwarenstein, M.; Goldman, J.; Reeves, S.: Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review), in: The Cochrane Library 2009 (3), S. 1-31.

|[82] Vgl. Köhler, T., Schröder, H., Klaes, L. et al.: Zukünftige Qualifikationserfordernisse bei Gesundheitsfachberufen, in: FreQueNz Newsletter 2011, hrsg. v. Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation, Stuttgart 2011, http://www.frequenz.net (24.05.2012).

Die Komplexität in Aufgabenbereichen der **Pflege** ist in den letzten Jahren vor allem in Hinsicht auf die Patientenedukation und -beratung, in Hinsicht auf Pflegehandlungen mit vermehrt technischer Unterstützung und in Hinsicht auf die Versorgungssteuerung gestiegen: |[83]

1 – Die beratende und den Patienten einbeziehende Unterstützung von Menschen mit chronischen (Mehrfach-)Erkrankungen oder langfristiger, funktionsbedingter Pflegebedürftigkeit mit dem Ziel des Erhalts an größtmöglicher Selbstpflege- und Selbstversorgungskompetenz hat an Bedeutung gewonnen. Vielfach muss dabei den allgemein erhöhten Informations- und Partizipationsbedürfnissen der Patienten und den unterschiedlichen sozialen und familiären Umfeldern verstärkt Rechnung getragen werden.

2 – Neben beratenden Aufgaben hat in der Pflege auch der technische Unterstützungsbedarf an Komplexität gewonnen. Dies ergibt sich zum einen dadurch, dass verstärkt technische Hilfsmittel wie Beatmungsgeräte, Infusomaten oder Smart-Home-Technologien in das Pflegegeschehen integriert werden. Im stationären Sektor hat diese Entwicklung zur Herausbildung spezialisierter Tätigkeitsfelder – z. B. in der Anästhesie oder Endoskopie – geführt, die gelegentlich als „Funktionspflege“ (im Gegensatz zur „Normalpflege“) bezeichnet werden. Im Kontext der ambulanten Pflege (als Bestandteil der ambulanten Primärversorgung) und/oder der pflegerischen Langzeitversorgung müssen Pflegekräfte vermehrt eigenständig die entsprechenden Interventionen evaluieren, ergebnisorientiert reflektieren und anpassen können. Zum anderen haben auch einige traditionellere Pflegehandlungen wie die Versorgung chronischer Wunden an Komplexität gewonnen. Hier müssen Pflegekräfte nicht mehr länger nur Verbandswechsel vornehmen, sondern die somatische Ausgangslage und die Ursachen chronischer Wunden ebenso wie die daraus ableitbaren Behandlungsnotwendigkeiten evidenzbasiert und in Hinsicht auf die individuelle Situation des Patienten und seines sozialen Umfeldes erkennen und Dritten wie Ärztinnen und Ärzten oder Kostenträgern gegenüber begründen können.

3 – Des Weiteren haben einige von professionell Pflegenden übernommene Aufgaben im Bereich der Versorgungssteuerung an Komplexität gewonnen.

|[83] Die Beschreibung der Komplexitätssteigerung in den Gesundheitsfachberufen beruht auf der Einschätzung der einschlägigen Berufsverbände und Kammern, die der Wissenschaftsrat im Zuge der Erarbeitung der vorliegenden Empfehlungen angehört hat, sowie auf der Expertise von externen, zu dieser Thematik befragten Sachverständigen.

Von Case Managern wird zunehmend erwartet, dass sie Bedarfserhebungen (Assessments) auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse durchführen, Zielvereinbarungen und Hilfeplanprozesse für die Versorgung gestalten, die bedarfskonforme Zuweisung zu einzelnen Akteuren der Versorgung steuern und Versorgungspläne ergebnisorientiert und über die Grenzen von Sektoren, Organisationen und Professionen hinweg gewährleisten können.

In den Bereichen der **Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie** ist die Komplexität vor allem bei Aufgaben in der Beratung und Patientenedukation und bei therapeutischem Handeln mit vermehrt technischer Unterstützung gewachsen:

1 – Die beratende und den Patienten oder die Patientin einbeziehende Unterstützung von Menschen mit chronischen (Mehrfach-)Erkrankungen zum Ziel des Erhalts von größtmöglicher Autonomie hat für die Therapieberufe an Bedeutung gewonnen. Beispielsweise ist der Erhalt größtmöglicher selbstständiger Beweglichkeit (Physiotherapie) sowie die Unterstützung von Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung (Ergotherapie) und Kommunikationsfähigkeiten (Logopädie) – häufig für alle drei therapeutischen Handlungsbereiche zugleich – unter Einbezug der Patientinnen und Patienten, beispielsweise mit Schlaganfällen oder mit demenziellen Erkrankungen, sowie ihres sozialen Umfelds oder Arbeitsumfelds mit einer erhöhten Komplexität für die therapeutische Versorgung verbunden.

2 – Neben beratenden Aufgaben hat in den Therapieberufen auch der technische Unterstützungsbedarf an Komplexität gewonnen. Dies ergibt sich vor allem aus dem zunehmenden Einsatz technischer Hilfsmittel bei therapeutischen Interventionen. Exemplarisch ist auf roboter- und gerätegestützte Verfahren bei der motorischen Rehabilitation und die Förderung der Mobilität bei Trägern von zunehmend funktionaleren Prothesen zu verweisen. Auch in der wachsenden Verantwortung für intensivversorgungspflichtige Patientinnen und Patienten, insbesondere zur Vermeidung von sekundären Komplikationen, agieren Therapeutinnen und Therapeuten in einem zunehmend technischer gestalteten Behandlungsumfeld. In der Logopädie kann auf den Einsatz von elektronischen Kommunikationshilfen oder Cochleaimplantaten hingewiesen werden. Nicht zuletzt in außerklinischen Kontexten muss das Fachpersonal in den Therapieberufen vermehrt eigenständig die entsprechenden technischen Interventionen evaluieren, ergebnisorientiert reflektieren und anpassen können.

Im **Hebammenwesen** hat die Komplexität vor allem in Aufgaben der Beratung und Patientenedukation sowie in der Geburtsbetreuung zugenommen:

1 – In Hinsicht auf die Beratung und den Einbezug von Schwangeren haben, nicht zuletzt durch die zunehmenden Wahlmöglichkeiten der Geburtskontexte im klinischen und außerklinischen Bereich, die Informations- und Partizipationsbedürfnisse der Frauen unter stärkerem Einbezug der Partner zugenommen. Auch die Zunahme von chronischen Erkrankungen müssen dabei bedacht und deren Auswirkungen auf die Gebärende und das Kind unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse eingeschätzt werden.

2 – Der Übergang zur Geburt in klinischen statt in häuslichen Kontexten bei gleichzeitigem Anstieg der Interventionsraten durch Ärztinnen und Ärzte verdeutlicht das Erfordernis klar abgrenzbarer, evidenzbasierter Konzepte für hebammengeleitete Geburtshilfen im Krankenhaus. Die Komplexität der geburtshelferischen Tätigkeit ist dadurch insofern für die Hebammen und Entbindungspfleger angestiegen, als sie die Wirksamkeit ihres eigenen geburtshelferischen Handelns in Abgrenzung und Ergänzung ärztlich geleiteter Geburten stärker reflektieren und entsprechend angepasst handeln müssen. Dabei wächst auch die Bedeutung der Abstimmung mit anderen Professionen, insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten sowie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern.

Für **alle Gesundheitsfachberufe** relevant ist die zunehmende Fokussierung auf den jeweils aktuellen Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten und die bestehenden Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Bewältigung der individuellen Folgen von Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit. Somit besteht ein wachsendes Potential für den Einsatz nicht nur in der medizinisch-kurativen Gesundheitsversorgung, sondern auch in Bereichen der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Rehabilitation.

A.IV STAND UND ENTWICKLUNG DER HOCHSCHULISCHEN AUSBILDUNG FÜR DIE GESUNDHEITSVERSORGUNGSBERUFE IN DEUTSCHLAND

Wie das Gesundheitswesen unterliegen auch das deutsche Wissenschaftssystem und mit ihm die Hochschullandschaft gravierenden Veränderungen. Zu den im Kontext dieser Empfehlung wichtigsten zählen die wachsende gesellschaftliche Beteiligung an hochschulischer Bildung und die damit zusammenhängende Notwendigkeit für die Hochschulen, sich für neue gesellschaftliche Gruppen zu öffnen und entsprechend attraktive Studienangebote zu entwickeln, sowie die steigende regionale Bedeutung von Hochschulen in Zeiten demografischer Ver-

änderungen. |[84] Diese Veränderungen berühren die hochschulische Qualifizierung für Berufe der Gesundheitsversorgung in besonderer Art und Weise.

IV.1 Die Hochschulausbildung für Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte

Das Studium der Humanmedizin und das Studium der Zahnmedizin besitzen eine lange Tradition. Sie ist untrennbar mit der Geschichte der Universitäten selbst verbunden. Die Medizin gehörte neben der Theologie und der Jurisprudenz zu den drei so genannten „oberen Fakultäten" der mittelalterlichen Universität. Dennoch gab es bis weit in die Neuzeit hinein keine einheitlich ausgebildete Ärzteschaft im heutigen Sinn. Bis in das 18. Jahrhundert wurde die Gesundheitsversorgung vielmehr von Laienheilern, Wundärzten und im zahnheilkundlichen Bereich von Zahnreißern geprägt, die im Gegensatz zu den ‚gelehrten Ärzten' mit Universitätsabschluss keine oder allenfalls eine handwerkliche Ausbildung, häufig zum Bader oder zum Barbier, vorweisen konnten. Die Versorgung durch einen universitär ausgebildeten Arzt wurde nur wenigen, vermögenden Menschen in den Städten zuteil. Dies änderte sich erst durch umfassende Prozesse der Professionalisierung und Akademisierung im Übergang vom 18. in das 19. Jahrhundert. In dieser Zeit fanden wissenschaftliche Erkenntnisse auf den Gebieten der Anatomie, der Physiologie und der Pathologie Eingang in die ärztliche Praxis. Daran anschließend begann die Vereinheitlichung der ärztlichen Ausbildung auf universitärem Niveau. Erst in der Mitte des 19. Jahrhunderts – in Deutschland insbesondere durch ein Gesetz von 1852, demzufolge es nur noch universitär ausgebildete praktische Ärzte, Wundärzte und Geburtshelfer geben sollte – setzte sich schließlich das ärztliche Leitbild eines akademisch gebildeten Allgemeinpraktikers durch. Weitere typische Merkmale wie die staatliche Reglementierung der Ausbildung und des Berufszugangs qua Approbation sowie die Möglichkeit des beruflichen Zusammenschlusses in Kammern mit der Übertragung staatlicher Regulierungskompetenzen folgten erst in der Zeit danach. |[85] Diese Merkmale der Professionalisierung, Akademisierung, Approbationspflichtigkeit und Verkammerung besitzen bis heute neben den Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten lediglich die Apothekerinnen und Apotheker sowie seit jüngerer Zeit die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

|[84] Vgl. ausführlicher Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Rolle der Fachhochschulen im Hochschulsystem, Berlin 2010, insbesondere S. 17–27; Empfehlungen zur Differenzierung der Hochschulen, Köln 2011, insbesondere S. 11–34.

|[85] Huerkamp, C.: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens, Göttingen 1985, insbesondere S. 22–59.

Das Studium sowohl der Human- als auch der Zahnmedizin unterliegt staatlichen Reglementierungen. Die Approbationsordnung für Ärzte von 2002 (ÄApprO) und die Approbationsordnung für Zahnärzte von 1955 (ZÄPrO) legen den Studienverlauf, die Studieninhalte und die zu erbringenden Prüfungsleistungen detailliert fest. In der humanmedizinischen Ausbildung erlaubt die ÄApprO seit dem Sommersemester 1999 außerdem die Einrichtung von **Modellstudiengängen**, bei denen in Abweichung von der Regelausbildung auf den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (M1) verzichtet werden und der Nachweis der entsprechenden Prüfungsleistungen zu einem späteren Zeitpunkt, zumeist im Zuge des zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung (M2), erfolgen kann. Außerdem dürfen in den Modellstudiengängen die Zeitpunkte für das Krankenpflegepraktikum, die Ausbildung in Erster Hilfe, die Famulaturen und das Praktische Jahr variieren. Wichtigstes Ziel der Modellstudiengänge ist eine engere Zusammenführung der vorklinischen und der klinischen Studienphase. Modellstudiengänge sind bisher an den universitätsmedizinischen Standorten in Mannheim, Berlin, Hannover, Aachen, Bochum, Köln und Witten-Herdecke eingerichtet worden. Zum Wintersemester 2012/2013 sollen Modellstudiengänge in Hamburg und Oldenburg folgen. Eine Evaluation der etablierten Modellstudiengänge in der Humanmedizin durch den Wissenschaftsrat ist vorgesehen. Neben Modellstudiengängen existieren auch Regelstudiengänge, die sich durch vereinzelte, sonst eher für die Modellstudiengänge typische Elemente auszeichnen und als reformierte Regelstudiengänge bezeichnet werden können. |[86]

Eine Novellierung der Approbationsordnung für Zahnärzte steht seit Jahren aus, wobei die Bemühungen jüngst wieder intensiviert worden sind; der Wissenschaftsrat hat 2005 Leitlinien für eine weit reichende Reform der zahnmedizinischen Ausbildung verfasst. |[87]

Die **Studienanfängerzahlen** in der Humanmedizin sind seit Jahren relativ konstant. In den Jahren seit 1993 nahmen fast ausnahmslos zwischen 10.500 und 11.000 Personen ein Studium der Humanmedizin auf. Die **Zahl der Absolventinnen und Absolventen** betrug 1993 knapp 11.000. Nach einem vorübergehenden Rückgang hat sie seit 2007 wieder zugenommen und lag 2010 bei ca. 10.000. Die durchschnittliche Studiendauer betrug in den letzten Jahren

|[86] Putz, R.: Entwicklung der Studiengänge nach der neuen Approbationsordnung 2002, in: Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland: Innovationen im Medizinstudium. Reformen in der medizinischen Lehre, hrsg. v. Bitter-Suermann, D., Berlin 2011, S. 19–28.

|[87] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, in: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. II, Köln 2006, S. 267–330.

zwischen 12,5 und 13 Semestern. |[88] Legt man eine mittlere Studiendauer von sechs Jahren zugrunde, ergibt sich im Schnitt der letzten zehn Jahre eine Studienerfolgsquote von 86 %. 2010 lag diese mit 95 % allerdings deutlich darüber. Der Studienerfolg in der Humanmedizin ist damit im Vergleich mit Studiengängen aller Fachbereiche an Universitäten (69 %) oder der Hochschulen insgesamt (74 %) deutlich überdurchschnittlich. |[89]

In der Zahnmedizin erweisen sich die Studienanfängerzahlen als ähnlich konstant. Seit 1993 nahmen jedes Jahr zwischen 1.600 und 1.900 Studierende ein Studium auf. Die Absolventenzahlen lagen konstant zwischen 1.500 und 2.000. Die durchschnittliche Studiendauer betrug zwischen 10,9 und 11,4 Semestern. |[90] Nimmt man eine mittlere Studiendauer von sechs Jahren an, so ergibt sich eine durchschnittliche Studienerfolgsquote von 92 % in den letzten zehn Jahren. 2010 betrug sie 98 %. Damit liegt der Studienerfolg in der Zahnmedizin deutlich über dem Hochschuldurchschnitt (➲ Tabelle 1).

Insgesamt unterscheidet sich die **Studierendenentwicklung** in der Human- und Zahnmedizin von der allgemein wachsenden Anzahl von Studierenden in anderen Fächern. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Vergabe der human- und zahnmedizinischen Studienplätze (wie sonst derzeit nur noch in der Veterinärmedizin und der Pharmazie) nach wie vor einem zentralen Studienplatzvergabesystem durch die Stiftung für Hochschulzulassung (ehemals Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS)) unterliegt und dadurch stark reguliert ist. Im Hochschulpakt 2020, durch den vor dem Hintergrund der doppelten Abiturjahrgänge und des Wegfalls der Wehrpflicht zusätzliche Studienmöglichkeiten geschaffen wurden und werden, erfolgte keine entsprechende Ausweitung der Studienkapazitäten für die Human- und Zahnmedizin. Im Ergebnis sind die human- und zahnmedizinischen Studienanfängerzahlen in den letzten Jahren hinter dem generellen Anstieg der Studienanfängerzahlen zurückgeblieben.

|[88] Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.3.1: Nichtmonetäre hochschulstatistische Kennzahlen 1980–2009, Wiesbaden 2011, S. 366.

|[89] Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur. Erfolgsquoten 2009. Berechnung für die Studienanfängerjahre 1997 bis 2001, Wiesbaden 2011, S. 13.

|[90] Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.3.1: Nichtmonetäre hochschulstatistische Kennzahlen 1980–2009, Wiesbaden 2011, S. 366.

Tabelle 1: Studienanfängerinnen und -anfänger sowie Absolventinnen und Absolventen in der Humanmedizin und Zahnmedizin im Zeitraum von 1993 bis 2010

	Humanmedizin *)			Zahnmedizin **)		
	Studien-anfänger/innen	Absolventinnen/ Absolventen	Studienerfolgs-quote bei Studiendauer von 6 Jahren	Studien-anfänger/innen	Absolventinnen/ Absolventen	Studienerfolgs-quote bei Studiendauer von 6 Jahren
1993	10.958	11.107		1.800	1.982	
1994	10.555	10.694		1.699	1.723	
1995	10.398	9.913		1.653	1.865	
1996	10.733	10.040		1.638	1.403	
1997	10.769	9.299		1.629	1.769	
1998	10.801	9.299		1.585	1.737	
1999	10.814	9.283	84,7%	1.640	1.569	87,2%
2000	10.691	9.141	86,6%	1.740	1.490	87,7%
2001	10.755	8.929	85,9%	1.761	1.532	92,7%
2002	10.886	8.835	82,3%	1.759	1.411	86,1%
2003	10.835	8.902	82,7%	1.794	1.505	92,4%
2004	10.419	8.833	81,8%	1.759	1.628	102,7%
2005	10.627	8.826	81,6%	1.873	1.458	88,9%
2006	10.673	8.695	81,3%	1.877	1.510	86,8%
2007	10.691	9.525	88,6%	1.901	1.510	85,7%
2008	10.598	9.798	90,0%	1.901	1.744	99,1%
2009	10.816	10.023	92,5%	1.891	1.683	93,8%
2010	10.832	9.894	95,0%	1.877	1.721	97,8%

Anmerkungen:

Die Berechnung der Studienerfolgsquote geht von einer Studiendauer von sechs Jahren aus. Abweichungen der tatsächlichen Studiendauer von diesem angenommenen Wert können in einzelnen Jahren (hier: 2004) zu einer rechnerischen Studienerfolgsquote von mehr als 100 % führen.

*) Für den Bereich der Humanmedizin wurden lediglich die Studienanfänger/innen berücksichtigt, deren Abschlussziel das humanmedizinische Staatsexamen ist. Promotionsanfänger/innen und Studienanfänger/innen in sonstigen an Medizinischen Fakultäten angebotenen Studiengängen wurden nicht berücksichtigt.

**) Für den Bereich der Zahnmedizin wurden die Studienanfänger/innen im ersten Hochschulsemester aus dem jeweiligen Sommer- und Wintersemester zugrunde gelegt.

Quelle: Für Humanmedizin: Sonderabfrage beim Statistischen Bundesamt im Auftrag des Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland. – Für Zahnmedizin: Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.1: Studierende an Hochschulen, 1993–2010; Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.2: Prüfungen an Hochschulen, 1993–2010.

Zum **Übergang der Studienabsolventinnen und -absolventen in die ärztliche Tätigkeit** existieren heterogene Datenbestände und unterschiedliche Aussagen. Eine Studie des WifOR-Instituts postuliert, dass im Jahr 2008 ein Anteil von 24,2 % der Absolventinnen und Absolventen keine ärztliche Tätigkeit aufgenommen hat. |[91] Dabei wurde allerdings nicht berücksichtigt, dass die zugrunde gelegten Daten zu registrierten, aber nicht-kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzten auch Personen im Ruhestand einschließen, was zu einer Überschätzung der tatsächlichen Schwundquote führt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung

|[91] WifOR: Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, hrsg. v. PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Frankfurt a. M. 2010, S. 61.

und die Bundesärztekammer geben für die Jahre 2004 bis 2009 einen durchschnittlichen Schwund von 11,3 % der Absolventinnen und Absolventen beim Übergang in die ärztliche Tätigkeit an. |[92] Diese Quote beruht auf einem Vergleich der Zahl der Absolventinnen und Absolventen mit den Neuanmeldungen bei den Landesärztekammern. Auf der Grundlage von systematisch durchgeführten Befragungen von Absolventinnen und Absolventen kommt das Hochschul-Informations-System (HIS) zu einer nochmals geringeren Schwundquote: Von den 96 % der Absolventinnen und Absolventen des Jahrgangs 2009, die ein Jahr nach dem Studienabschluss erwerbstätig waren, waren 98 % als Ärztin oder Arzt tätig. Befragungen früherer Jahrgänge ergaben ähnliche Zahlen. |[93] Für die Zahnmedizin liegen keine gesonderten Daten vor.

Mit Blick auf die **Studierendenschaft** fällt besonders der hohe und weiter wachsende Anteil an Frauen auf. Sowohl in der Human- als auch in der Zahnmedizin betrug der Anteil der weiblichen Studierenden zum Wintersemester 2010/2011 61 %. |[94] Somit dürfte sich der mit Blick auf die ärztliche Tätigkeit zu beobachtende Trend einer steigenden Frauenerwerbsbeteiligung (➲ Abbildung 5) weiter verstärken.

IV.2 Die Hochschulausbildung für Gesundheitsfachberufe

Verglichen mit der Human- und Zahnmedizin haben die Gesundheitsfachberufe mit Ausnahme der Hebammen und Entbindungspfleger eine erst **junge Geschichte**. Die Pflege- und Therapieberufe haben sich überwiegend im Zuge des späten 19. und des 20. Jahrhunderts herausgebildet und professionalisiert. Bis heute ist ein Hochschulstudium für die Berufsausübung nicht obligatorisch und allenfalls bei Beschäftigten in gehobenen und Führungspositionen sowie bei einer Tätigkeit in der Lehre häufiger vorhanden.

Der übliche Qualifizierungsweg in den Gesundheitsfachberufen ist in Deutschland die Ausbildung an einer berufsbildenden Schule |[95], die entweder an ein

|[92] Kopetsch, T.: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 6. Aufl., Hrsg. v. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung [im Erscheinen], S. 43/44.

|[93] Für die ebenfalls befragten Jahrgänge 1997, 2001, 2005 und 2007 wurden ähnlich hohe Übergangsquoten ermittelt (Schwarzer, A.; Gregor, F.: Medizinerreport 2012 – Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern, hrsg. v. Hochschul-Informations-System (HIS), Hannover 2012, S. 15).

|[94] Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.1: Studierende an Hochschulen Wintersemester 2010/2011, Wiesbaden 2011, S. 33.

|[95] Die Bezeichnungen für die Schulen, die die Ausbildung in den hier betrachteten Gesundheitsfachberufen leisten, variieren. Mit dem Begriff „berufsbildende Schulen“ sind im Folgenden alle solchen Einrichtungen gemeint.

Krankenhaus angeschlossen ist oder mit einem Krankenhaus kooperiert. Die hier betrachteten Schulen nehmen dabei eine **Sonderstellung im sekundären Bildungssektor** ein, wie sie sich beispielsweise in der Bezeichnung „Schulen des Gesundheitswesens“ einiger Bundesländer widerspiegelt. |[96] Aus diesem Grund ist auch die diese Schulen betreffende Datenlage heterogen und damit teilweise diffizil. Auch ergeben sich aus dieser Sonderstellung einige Besonderheiten hinsichtlich der Ausbildungsfinanzierung. Die Gesundheits- und Krankenpflegeschulen werden häufig von Krankenhäusern getragen und können auf diesem Weg über Einnahmen der Krankenhäuser finanziert werden, die für diesen Zweck nach § 17a des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz) Zuschläge auf ihre Fallpauschalen erhalten. Dies schließt ein Ausbildungsentgelt für die Schülerinnen und Schüler ein. Die Finanzierung der schulischen Ausbildung erfolgt in diesem Fall also indirekt über Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Anders sieht es für diejenigen berufsbildenden Schulen aus, die sich in freier Trägerschaft befinden und sich selbst finanzieren müssen, wie dies insbesondere auf Schulen zur Ausbildung in der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie zutrifft. Diese können je nach Landesrecht allenfalls eine staatliche Refinanzierung als Ersatzschule erhalten. Nicht selten muss aus diesem Grund von den Schülerinnen und Schülern zusätzlich ein Schulgeld verlangt werden. Ein Ausbildungsentgelt wird nicht bezahlt.

Im Schuljahr 2009/2010 schlossen über 21.000 Menschen eine **schulische Ausbildung** im Bereich der **Krankenpflege**, **der Altenpflege und der Kinderkrankenpflege** ab. Die Zahl der Absolventinnen und Absolventen blieb über die letzten zwanzig Jahre relativ konstant. Jedoch ist eine leichte Verschiebung der Zahl der Absolventinnen und Absolventen zugunsten der Altenpflege zu beobachten (➲ Tabelle 2).

|[96] Für eine ausführliche Darstellung der Ausbildung in den Pflegeberufen siehe Steffen, P.; Löffert, S.: Ausbildungsmodelle in der Pflege. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, hrsg. v. Deutschen Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf 2010.

Tabelle 2: Abschlüsse an berufsbildenden Schulen in Pflegeberufen für den Zeitraum von 1990 bis 2010

Schuljahr	Absolventinnen/ Absolventen insgesamt	davon: Gesundheits- und Kranken-pfleger/ -innen	Altenpfleger/ -innen	Gesundheits- und Kinderkranken-pfleger/-innen
1990/91	21.892	17.363	2.312	2.217
1991/92	20.854	16.694	2.004	2.156
1992/93	21.836	16.975	2.446	2.415
1993/94	21.030	15.464	3.317	2.249
1994/95	22.320	16.651	3.242	2.427
1995/96	23.440	17.322	3.631	2.487
1996/97	21.004	16.901	2.039	2.064
1997/98	23.347	17.601	3.525	2.221
1998/99	23.797	17.895	3.736	2.166
1999/00	21.113	16.143	2.935	2.035
2000/01	21.074	15.927	3.118	2.029
2001/02	20.389	15.397	3.073	1.919
2002/03	19.490	14.631	3.099	1.760
2003/04	19.447	14.245	3.099	2.103
2004/05	19.896	14.543	3.508	1.845
2005/06	22.106	14.568	5.584	1.954
2006/07	20.816	13.560	5.567	1.689
2007/08	20.123	13.889	4.632	1.602
2008/09	20.731	14.300	4.809	1.622
2009/10	21.284	14.505	5.020	1.759

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Absolventen mit bestandener Abschlussprüfung aus Schulen des Gesundheitswesens, basierend auf Statistik der beruflichen Schulen des Statistischen Bundesamtes. (www.gbe-bund.de, 30.09.2011)

Dagegen hat in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme der schulischen Abschlüsse im Bereich der **Therapieberufe** stattgefunden. Waren es 1990/1991 noch 4.000 Abschlüsse über alle drei Berufe, so schlossen 2009/2010 7.400 Schülerinnen und Schüler ihre Ausbildung in der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie ab. Unter ihnen machen die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten den größten Anteil und die Logopädinnen und Logopäden den geringsten Anteil aus (➲ Tabelle 3).

Über die typische Ausbildung an berufsbildenden Schulen hinaus hat in den letzten Jahren die Anzahl einschlägiger Studiengänge an Hochschulen kontinuierlich zugenommen, wobei die hier entstandenen Studienkapazitäten im Vergleich mit den schulischen Kapazitäten noch sehr überschaubar sind. Dabei lässt sich das bestehende Studienangebot prinzipiell in **drei unterschiedliche Arten von Studiengängen** unterteilen.

Tabelle 3: Abschlüsse an berufsbildenden Schulen in Therapieberufen für den Zeitraum von 1990 bis 2010

Schuljahr	Absolventinnen/ Absolventen insgesamt	davon: Physiotherapeutinnen/ -therapeuten	Krankengymnastinnen/ -gymnasten *)	Ergotherapeutinnen/ -therapeuten	Logopädinnen/ Logopäden
1990/91	3.989	-	3.230	528	231
1991/92	4.071	-	3.305	521	245
1992/93	4.661	179	3.610	634	238
1993/94	5.057	1.015	2.918	850	274
1994/95	6.292	2.123	2.669	1.065	435
1995/96	5.075	1.916	1.612	1.244	303
1996/97	4.885	2.882	522	1.102	379
1997/98	6.964	4.587	541	1.390	446
1998/99	7.688	4.847	679	1.631	531
1999/00	7.375	4.529	668	1.550	628
2000/01	6.686	4.449	-	1.595	642
2001/02	7.142	4.595	-	1.824	723
2002/03	6.679	4.335	-	1.638	706
2003/04	6.290	3.943	-	1.587	760
2004/05	6.956	4.390	-	1.810	756
2005/06	7.604	5.025	-	1.818	761
2006/07	7.665	5.102	-	1.751	812
2007/08	7.799	5.383	-	1.591	825
2008/09	7.638	5.128	-	1.609	901
2009/10	7.412	4.996	-	1.554	862

Anmerkungen:

*) In den alten Bundesländern war die Bezeichnung „Krankengymnastin und Krankengymnast“ lange Zeit üblich. 1995 wurden diese in Bayern und Berlin in die Kategorie der „Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten“ überführt. 2001 wurde die Bezeichnung „Krankengymnastinnen und Krankengymnasten“ vollständig in „Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten“ geändert, wie es bereits in den neuen Ländern üblich war.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Absolventen mit bestandener Abschlussprüfung aus Schulen des Gesundheitswesens, basierend auf Statistik der beruflichen Schulen des Statistischen Bundesamtes. (www.gbe-bund.de, 30.09.2011)

Den Großteil des Studienangebots machen Studiengänge aus, die sich an Personen richten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einer berufsbildenden Schule und ggf. Berufserfahrung verfügen. Die Aufnahme eines solchen Studiums stellt individuell eine **berufliche Weiterbildung auf akademischem Niveau** dar, ist hochschulrechtlich gesehen aber ein Erststudium.

Seit einiger Zeit existieren für die Gesundheitsfachberufe außerdem grundständige Studiengänge, die sich in primärqualifizierende und ausbildungsintegrierende Studiengänge unterteilen lassen.

Bei **primärqualifizierenden Studiengängen** wird die Berufsqualifizierung über das erfolgreiche Absolvieren eines Hochschulstudiums erreicht; eine vorherige Ausbildung an einer berufsbildenden Schule ist nicht erforderlich. Die Möglichkeit zur Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge besteht derzeit auf der Grundlage von berufsgesetzlichen Modellklauseln. Der Gesetzgeber hat die-

se 2003 für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie 2009 für Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Hebammen und Entbindungspfleger geschaffen (siehe A.III.1.a). Alle Modellklauseln gelten zunächst bis 2017 und sollen frühestens 2015 vom Bundesministerium für Gesundheit evaluiert werden.

Bereits seit etwas längerer Zeit gibt es **ausbildungsintegrierende Studiengänge**, bei denen die Berufsqualifizierung durch eine Verzahnung von schulischen und hochschulischen Ausbildungsanteilen erfolgt. Üblicherweise werden dabei die theoretischen Anteile an einer Hochschule, einige Anteile an einer berufsbildenden Schule und die praktischen Anteile an kooperierenden Praxiseinrichtungen (Krankenhäusern, Praxen, Gesundheitszentren etc.) erbracht, wobei insbesondere die Schulen über die erforderlichen Kooperationsbeziehungen zu den Praxiseinrichtungen verfügen. Im Unterschied zu einem dualen Studium findet die Ausbildung daher nicht nur in Verbindung von Hochschulen und Praxiseinrichtungen statt, sondern verteilt auf drei Bereiche mit je eigenen Verantwortlichkeiten; die ausbildungsintegrierenden Studiengänge zeichnen sich somit durch eine triale Struktur aus.

Im Bereich der **Pflege** können primärqualifizierende Studiengänge auf der Grundlage der Modellklausel von 2003 von den schulischen Anforderungen auch hinsichtlich des praktischen Unterrichts abweichen, sofern dies der Vermittlung erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten dient und das grundsätzliche Ausbildungsziel nicht gefährdet wird (siehe III.1.a). Die bestehenden Studiengänge machen von dieser Möglichkeit in unterschiedlichem Ausmaß Gebrauch.

Im Bereich der **Therapieberufe** und des **Hebammenwesens** besteht insoweit derzeit noch große Ähnlichkeit zwischen primärqualifizierenden und ausbildungsintegrierenden Studiengängen, als die Hochschulen in Bezug auf die praktisch Ausbildung entsprechend der Modellklausel von 2009 an dieselben berufsgesetzlichen Vorgaben gebunden sind.

Für **andere Berufe der Gesundheitsversorgung** (z. B. Diätassistentinnen und -assistenten, Orthoptistinnen und Orthoptisten, Medizinische Fachangestellte oder Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker) existieren bisher keine Möglichkeiten eines primärqualifizierenden Studiums. Auch Weiterbildungsstudiengänge existieren für diese Berufe nicht oder nur in einem sehr geringen Ausmaß. Die originäre Berufsqualifizierung erfolgt vielmehr auf unterschiedlichen Wegen des sekundären und postsekundären Bildungssektors. |[97]

|[97] Eine Übersicht zu den unterschiedlichen berufsgesetzlich definierten Ausbildungsstandards und Qualifizierungsniveaus findet sich auf der Website des Wissenschaftsrates (http://www.wissenschaftsrat.de).

Im Folgenden werden die für diese Empfehlungen relevanten Gesundheitsfachberufe näher betrachtet.

IV.2.a Die Hochschulausbildung in der Pflege

Pflegewissenschaftliche Studiengänge stellen einen kleinen, aber dynamisch wachsenden Bereich an Hochschulen dar. Die ersten Studiengänge, die in den 1980er- und 1990er-Jahren aufgebaut wurden, waren ausschließlich Weiterbildungsangebote, deren Schwerpunkt auf der Qualifizierung von Lehrpersonal für die berufliche Bildung oder von Pflegepersonal in Leitungspositionen lag. Noch heute existiert ein Großteil der weiterbildenden Studiengänge im Bereich der Pflegepädagogik und des Pflegemanagements an Hochschulen in freier, nicht selten kirchlicher Trägerschaft. Schwerpunktmäßig auf eine patientenorientierte Tätigkeit ausgerichtete Studiengänge entstanden erst im Zuge der beschriebenen Änderungen im Krankenpflegegesetz von 2007, durch die ein Hochschulstudium auch unmittelbar und ohne vorherigen beruflichen Abschluss zur Ausübung einer Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin oder als Gesundheits- und Krankenpfleger qualifizieren konnte. |[98] Seither wurden nach Angaben der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft und des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe etwa 20 primärqualifizierende Studiengänge mit unmittelbar patientenorientiertem Ausbildungsziel auf Bachelor-Niveau eingerichtet, die über jeweils etwa 30 Studienplätze pro Jahr verfügen; zwei dieser Studiengänge werden von Universitäten angeboten. Außerdem befinden sich derzeit zahlreiche Studiengänge im Aufbau, darunter auch einige weitere an Universitäten. |[99] Ferner gibt es – nicht zuletzt auf Master-Niveau – Studiengänge, die entweder auf Bereiche der ersten Weiterbildungsangebote,

|[98] Eine erste Ausnahme stellte ein Ausbildungskonzept des Sozialministeriums in Hessen dar, das explizit auch auf eine Erweiterung der patientenorientierten Kompetenzen von Pflegefachpersonal durch entsprechende Weiterbildungsstudiengänge abzielte. Eine Diskussion um die übergreifende Einführung entsprechender Qualifizierungsangebote wurde schließlich erstmals 1992 von der Robert Bosch Stiftung angetrieben, siehe: Robert Bosch Stiftung: Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege, Gerlingen 1992.

|[99] Dem Wissenschaftsrat liegen unterschiedliche Informationen zur Zahl der pflegewissenschaftlichen Studiengänge mit patientenorientiertem Ausbildungsziel vor. Dies ist zum Teil auf die uneinheitliche Verwendung des Begriffs „primärqualifizierend“ zurückzuführen. Die Dekanekonferenz Pflegewissenschaft nennt 35 Studiengänge, von denen sich allerdings ein Großteil im Aufbau befindet; unter ihnen dürfen 19 Studiengänge als etabliert gelten. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe nennt 22 Studiengänge, wobei sich einige der Nennungen von denen der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft unterscheiden. Der Gesundheitsforschungsrat weist ebenfalls 22 genuin pflegewissenschaftliche Studiengänge auf Bachelor-Niveau aus (Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H. et al.: Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 137 (Suppl. 2) (2012), S. 29-76.)

das heißt Pflegepädagogik oder Pflegemanagement, spezialisiert sind oder ein stark pflegeübergreifendes Profil (z. B. Master in Gesundheitswissenschaften oder Public Health) besitzen und damit nur bedingt der Pflegewissenschaft im engeren Sinn zugeordnet werden können.

Die Zahl der **Studienanfängerinnen und -anfänger** im Studienbereich „Pflegewissenschaft/-management“ ist von knapp 600 im Jahr 2005 auf gut 1.100 im Jahr 2010 gestiegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Zahl nicht nur Studierende von patientenorientierten Studiengängen umfasst, die in der Amtlichen Statistik nicht gesondert erfasst werden. |[100] Der Anteil an universitären Studienanfängerinnen und -anfängern ist nach wie vor gering. In der Pflegewissenschaft im engeren Sinn betrug ihr Anteil im Jahr 2010 lediglich rund 9 %. Der Großteil der Studiengänge ist an Fachhochschulen zu finden, die für das Wachstum der Studienangebote in den letzten Jahren maßgeblich waren.

Auffällig ist überdies der hohe Frauenanteil. In der Pflegewissenschaft im engeren Sinn machten Frauen 2010 75 % der Studienanfängerinnen und -anfänger aus (➲ Tabelle 4).

Die Zahl der **Studienabsolventinnen und -absolventen** lag gegenüber den Anfängerzahlen – u. a. auf Grund von Abbrüchen – 2010 bei knapp 700 in der Pflegewissenschaft im engeren Sinn (➲ Tabelle 5). Bezieht man die Zahl der Hochschulabsolventinnen und -absolventen auf die 21.000 Abschlüsse an berufsbildenden Schulen (➲ Tabelle 2), so ergibt sich ein Verhältnis von 1 zu 30. Dabei ist zu beachten, dass – wie oben ausgeführt – nicht alle der 700 Hochschulabsolventinnen und -absolventen einen patientenorientierten Studiengang absolviert haben.

|[100] Unter der Kategorie „Gesundheitswissenschaften allgemein“ führt die amtliche Statistik einen nicht weiter differenzierten Studienbereich „Pflegewissenschaft/Pflegemanagement“, der keine Identifikation unmittelbar patientenorientierter Studiengänge zulässt. Für eine umfassendere Darstellung der Defizite einer auf die Pflege bezogenen Bildungsberichterstattung siehe Slotala, L., Ewers, M.: Bildungsberichterstattung in der Pflege, in: Pflege & Gesellschaft 17 (2012)1, S. 63–78.

Tabelle 4: Studienanfängerinnen und -anfänger (1. Fachsemester) in pflegewissenschaftlichen und pflegenahen Studienbereichen im Zeitraum von 2005 bis 2010

Jahr	Pflegewissenschaft/ -management *)			Gesundheitspädagogik			Gesundheitswissenschaften/ -management **)		
	Studien-anfänger/ -innen insg.	davon an Univer-sitäten	davon Frauen	Studien-anfänger/ -innen insg.	davon an Univer-sitäten	davon Frauen	Studien-anfänger/ -innen insg.	davon an Univer-sitäten	davon Frauen
2005	574	25,4%	75,3%	366	56,0%	84,4%	1.897	34,3%	60,3%
2006	560	28,8%	80,4%	394	55,6%	80,5%	2.017	28,9%	63,1%
2007	543	13,1%	77,0%	524	55,0%	83,2%	2.507	36,9%	65,6%
2008	846	22,5%	74,8%	497	54,5%	82,3%	3.351	25,8%	69,5%
2009	994	8,8%	81,2%	593	60,7%	84,8%	4.219	24,4%	68,9%
2010	1.124	8,9%	74,5%	653	29,1%	83,8%	4.465	24,9%	70,7%

Anmerkungen:
*) Das Fach „Krankenpflege-Ausbildung“ wird ab dem Wintersemester 2004/05 dem Fach „Pflegewissenschaft“ zugeordnet und wechselt damit den Studienbereich von „Sozialwesen“ zu „Gesundheitswissenschaften allgemein“

**) Das Fach „Management im Gesundheits- und Sozialbereich“ wird ab dem Wintersemester 2004/05 dem Fach „Gesundheitswissenschaft/-management“ zugeordnet und wechselt damit aus dem Studienbereich „Wirtschaftswissenschaften“ zu „Gesundheitswissenschaften allgemein“. Das Fach „Sozialmedizin/Öffentliches Gesundheitswesen“ wird ab dem Wintersemester 2004/05 dem Fach „Gesundheitswissenschaft/-management“ zugeordnet und wechselt damit aus dem Studienbereich „Sozialwesen“ in den Studienbereich „Gesundheitswissenschaften allgemein“

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.1: Studierende an Hochschulen, verschiedene Jahrgänge.

Tabelle 5: Studienabsolventinnen und -absolventen in pflegewissenschaftlichen und pflegenahen Studienbereichen im Zeitraum von 2005 bis 2010

Jahr	Pflegewissenschaft/ -management *)			Gesundheitspädagogik			Gesundheitswissenschaften/ -management **)		
	Absolven-tinnen und Absolventen	davon an Univer-sitäten	davon Frauen	Absolven-tinnen und Absolventen	davon an Univer-sitäten	davon Frauen	Absolven-tinnen und Absolventen	davon an Univer-sitäten	davon Frauen
2005	453	9,7%	75,3%	204	39,2%	78,9%	1.025	10,1%	69,6%
2006	458	9,6%	78,6%	273	37,0%	81,3%	1.279	5,0%	64,6%
2007	572	7,9%	73,6%	325	25,8%	83,7%	1.397	5,0%	62,5%
2008	679	14,0%	75,8%	444	22,7%	81,3%	1.598	28,2%	63,3%
2009	665	10,8%	76,4%	412	27,9%	80,3%	2.279	29,5%	63,1%
2010	676	5,8%	79,3%	481	28,1%	84,0%	2.693	31,0%	63,9%

Anmerkungen:
*) Das Fach „Krankenpflege-Ausbildung“ wird ab dem Wintersemester 2004/05 dem Fach „Pflegewissenschaft“ zugeordnet und wechselt damit den Studienbereich von „Sozialwesen“ zu „Gesundheitswissenschaften allgemein“

**) Das Fach „Management im Gesundheits- und Sozialbereich“ wird ab dem Wintersemester 2004/05 dem Fach „Gesundheitswissenschaft/-management“ zugeordnet und wechselt damit aus dem Studienbereich „Wirtschaftswissenschaften“ zu „Gesundheitswissenschaften allgemein“. Das Fach „Sozialmedizin/Öffentliches Gesundheitswesen“ wird ab dem Wintersemester 2004/05 dem Fach „Gesundheitswissenschaft/-management“ zugeordnet und wechselt damit aus dem Studienbereich „Sozialwesen“ in den Studienbereich „Gesundheitswissenschaften allgemein“

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.1: Studierende an Hochschulen, verschiedene Jahrgänge.

In Hinsicht auf die Zusammensetzung der **Studierendenschaft** ist neben dem dargestellten hohen Frauenanteil zu erwähnen, dass die pflegewissenschaftlichen Studiengänge häufiger als viele andere Studiengänge und in besonderem Kontrast zur Human- und Zahnmedizin von Studierenden mit einer nichtakademischen Bildungsherkunft belegt werden. |[101] Da dies häufig auch eine schlechtere ökonomische Ausgangslage hinsichtlich der Bildungsfinanzierung impliziert, gilt es in diesem Zusammenhang zusätzlich zu bedenken, dass viele pflegewissenschaftliche Studienangebote von Hochschulen in freier Trägerschaft angeboten werden und daher private Studiengebühren anfallen können.

IV.2.b Die Hochschulausbildung in den Therapieberufen und im Hebammenwesen

Weiterbildende Studiengänge für die Berufe der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie existieren seit den 1990er Jahren. **Ausbildungsintegrierende Studiengänge** wurden ab 2001 aufgebaut. Die seit 2009 bestehende Möglichkeit zur Einrichtung von **primärqualifizierenden Studiengängen** wurde erst in der jüngsten Vergangenheit genutzt. Insgesamt werden derzeit nach Angaben des Hochschulverbands Gesundheitsfachberufe an 20 Hochschulen und Hochschulen gleichgestellten Einrichtungen rund 40 grundständige Studiengänge für die Therapieberufe angeboten, die zumeist mit einem Bachelor of Science, seltener mit einem Bachelor of Arts in Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie abgeschlossen werden (Stand: Juli 2011). Im Unterschied zu den pflegewissenschaftlichen haben die therapiewissenschaftlichen Studiengänge in der Regel ein eindeutiger patientenorientiertes Qualifikationsziel. Neben auf ein einzelnes Fach bezogenen Studiengängen existieren auch Studienangebote, die zu einem zwei oder drei Therapieberufe übergreifenden Bachelor-Abschluss führen (zum Beispiel „Bachelor in Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie“); meistens kann jedoch ein Schwerpunkt in der Physiotherapie, in der Ergotherapie oder in der Logopädie gewählt werden, der auch zu einer unmittelbar patientenorientierten Therapietätigkeit qualifiziert. Die weit überwiegende Mehrzahl der Studiengänge wird von Fachhochschulen angeboten.

Darüber hinaus existieren verschiedene Master-Studiengänge, die in der Mehrheit ein über einen einzelnen Beruf hinausgehendes Profil besitzen und etwa zu einem Master of Science in Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie oder einem Master of Science in Therapiewissenschaft führen.

| [101] Isserstedt, W., Middendorff, E., Kandulla, M. et al.: Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland. 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informations-System, hrsg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn/Berlin 2010, S. 136.

In der Amtlichen Statistik können die therapiewissenschaftlichen Studiengänge weitgehend über die gesundheitswissenschaftliche Subkategorie „Nichtärztliche Heilberufe/Therapien“ identifiziert werden. Einige der relevanten Studienkapazitäten dürften sich außerdem im Bereich „Gesundheitswissenschaten/-management“ finden (➲ Tabelle 4). Die **Studienanfängerzahlen** belegen, dass das Studienangebot insgesamt wächst. 2010 nahmen knapp 1.100 Studienanfängerinnen und –anfänger ein Studium im Bereich der Therapiewissenschaft auf (➲ Tabelle 6). Diese Zahl entspricht in etwa der sich aus der Zählung der Bachelor-Studiengänge (33) und ihrer jeweiligen Kapazitäten (ca. 30) ergebenden Schätzung. Auffällig ist der mit zuletzt 82,6 % hohe Anteil an Frauen.

Tabelle 6: Studienanfängerinnen und -anfänger (1. Fachsemester) in therapiewissenschaftlichen Studienbereichen im Zeitraum von 2005 bis 2010

Jahr	Nichtärztliche Heilberufe/Therapie		
	Studienanfänger/ -innen insg.	davon an Universitäten	davon Frauen
2005	737	45,9%	85,8%
2006	484	21,3%	77,7%
2007	608	23,0%	79,3%
2008	815	23,1%	80,0%
2009	709	17,9%	78,8%
2010	1.063	10,0%	82,6%

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.1: Studierende an Hochschulen, verschiedene Jahrgänge.

Die Zahl der Absolventinnen und Absolventen in therapiewissenschaftlichen Studienbereichen lag gegenüber den Anfängerzahlen – u. a. auf Grund von Abbrüchen – 2010 bei über 800 (➲ Tabelle 7). Bezieht man diese Zahl der Hochschulabsolventinnen und -absolventen auf die 7.700 Abschlüsse an berufsbildenden Schulen (➲ Tabelle 3), so ergibt sich ein Verhältnis von 1 zu 10. Eine Differenzierung des Verhältnisses von Hochschul- und Schulabsolventinnen und -absolventen nach den einzelnen therapeutischen Gesundheitsfachberufen lässt die Statistik nicht zu. Jedoch ist auf Grund der Verteilung bei den schulischen Abschlüssen davon auszugehen, dass das Verhältnis in der Physiotherapie zulasten und in der Ergotherapie und Logopädie zugunsten der Hochschulabsolventinnen und -absolventen differiert.

Tabelle 7: Studienabsolventinnen und -absolventen in therapiewissenschaftlichen Studienbereichen im Zeitraum von 2005 bis 2010

Jahr	Nichtärztliche Heilberufe/Therapie		
	Absolventinnen und Absolventen	davon an Universitäten	davon Frauen
2005	202	18,3%	81,2%
2006	489	25,6%	82,6%
2007	523	10,9%	83,9%
2008	606	9,6%	84,2%
2009	873	13,3%	85,3%
2010	835	11,3%	85,0%

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.1: Studierende an Hochschulen, verschiedene Jahrgänge.

In Hinsicht auf die Zusammensetzung der **Studierendenschaft** ist – wie schon für die Studierenden in der Pflegewissenschaft – neben dem dargestellten hohen Frauenanteil auf die häufigere nicht-akademische Bildungsherkunft hinzuweisen. Außerdem ist zu bedenken, dass ein nicht unwesentlicher Teil der Studienangebote mit privaten Studiengebühren verbunden ist.

Für **Hebammen und Entbindungspfleger** gibt es an deutschen Hochschulen bisher drei Bachelor-Studiengänge. Die Hochschule Osnabrück bietet den Abschluss eines Bachelor of Science in Midwifery in Form eines ausbildungsintegrierenden Studiums von sechs Semestern, die Fachhochschule Ludwigshafen am Rhein den Abschluss eines Bachelor of Arts in Hebammenwesen in Form eines ausbildungsintegrierenden Studiums von sieben Semestern und die Hochschule für Gesundheit in Bochum den ersten primärqualifizierenden Studiengang an, der mit einem Bachelor of Science in Hebammenkunde abgeschlossen werden kann. Auf dieser Grundlage kann von maximal 100 Studienanfängerinnen und -anfängern pro Jahr in Studiengängen mit einem explizit auf Tätigkeiten der Geburtshilfe ausgerichteten Profil ausgegangen werden. Die Amtliche Statistik erfasst diese Studienkapazitäten gegenwärtig nicht gesondert, sodass keine genauen Zahlen vorliegen. Den ca. 100 Studienanfängerinnen und -anfängern standen im Schuljahr 2009/2010 rund 500 Abschlüsse von Hebammen und Entbindungspflegern an berufsbildenden Schulen gegenüber. |[102] Das Verhältnis von Absolventinnen und Absolventen an Hochschulen zu denen an berufsbildenden Schulen wird demzufolge derzeit auf ungefähr 1 zu 5 geschätzt.

|[102] Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Absolventen mit bestandener Abschlussprüfung aus Schulen des Gesundheitswesens, basierend auf Statistik der beruflichen Schulen des Statistischen Bundesamtes (www.gbe-bund.de, 04.06.2012).

Darüber hinaus dürften für die Studiengänge im Bereich des Hebammenwesens die bereits für die pflege- und therapiewissenschaftlichen Studienangebote herausgestellten Charakteristika (mit Ausnahme der Studiengebühren) gelten.

A.V STAND UND ENTWICKLUNG VON FORSCHUNG UND WISSENSCHAFTLICHEN KARRIEREWEGEN IN DEN GESUNDHEITSBEZOGENEN DISZIPLINEN

V.1 Zur Wissenschaftlichkeit der Gesundheitsversorgungsberufe

Die in den letzten Jahren stattgefundenen Entwicklungen in den Gesundheitsfachberufen firmieren häufig unter dem Begriff der „Akademisierung". Diese Entwicklung wird oft vornehmlich unter dem Gesichtspunkt der Berufsqualifizierung betrachtet. Darüber hinaus umfasst der mit der Akademisierung verbundene Prozess der wissenschaftlichen Disziplinbildung auch den Auf- und Ausbau von eigenständiger Forschung und – damit eng verbunden – von wissenschaftlichen Karrierewegen. Von verschiedenen Seiten wird genuiner Forschungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen konstatiert. |[103]

Zum Stand der dezidiert auf die Bereiche von Pflege, Therapie und Geburtshilfe bezogenen Forschung liegen so gut wie keine spezifischen empirischen Daten vor. In der Systematik der forschungsfördernden Institutionen wird kein entsprechender Bereich ausgewiesen, was Aussagen über vorhandene Forschungsleistungen sehr erschwert.

Der Gesundheitsforschungsrat des Bundesministeriums für Bildung und Forschung hat im Dezember 2011 Empfehlungen zur Forschung in den Gesundheitsfachberufen abgegeben und ein entsprechendes Konzeptpapier erarbeitet. |[104] Die darin zusammengestellten Informationen zeigen, dass an deutschen Hochschulen eine auf die Pflege, die Therapieberufe und die Geburtshilfe bezogene Forschung – verglichen mit der Forschung in den Lebenswissenschaften

| [103] Vgl. Bartholomeyczik, S.: Pflegeforschung. Entwicklung, Themenstellungen und Perspektiven, in: Handbuch Pflegewissenschaft, hrsg. v. Schaeffer, D., Wingenfeld, K.: Weinheim 2011 [2000], S. 67–94; Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H. et al.: Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 137 (Suppl. 2) (2012), S. 29-76; Behrens, J.; Görres, S.; Schaeffer, D., et al.: Agenda Pflegeforschung für Deutschland, Halle (Saale) 2012, S.18-38.

| [104] Vgl. Ewers, M., Grewe, T.; Höppner, H. et al.: Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 137 (Suppl. 2) (2012), S. 29-76.

insgesamt – lediglich in geringem Ausmaß vorhanden ist und überwiegend auf Individualforschung zurückgeführt werden kann. Drittmittelbasierte Gruppenförderinstrumente befinden sich noch weitestgehend im Aufbau. Die Etablierung und Schärfung genuiner pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlicher Forschungsprofile und die damit letztlich erst ermöglichte Bildung eines disziplinären Selbstverständnisses, das sich von den jeweiligen Bezugsdisziplinen der Biomedizin und Naturwissenschaften, der Sozial- und Erziehungswissenschaften, der Geisteswissenschaften und Philosophie und der Psychologie absetzt, |[105] befinden sich noch in der Entwicklung.

An deutschen Universitäten existieren insgesamt sechs Institute für Pflegewissenschaft. An der Charité – Universitätsmedizin Berlin und an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg gehören die Institute mit jeweils zwei Lehrstühlen zu den entsprechenden Medizinischen Fakultäten. An der Universität Witten/Herdecke existiert ein Department für Pflegewissenschaft mit fünf Lehrstühlen innerhalb einer Fakultät für Gesundheit, die außerdem aus human- und zahnmedizinischen Departments besteht. An der Universität Bielefeld und der Universität Bremen gehören die pflegewissenschaftlichen Institute zu einer Fakultät für Gesundheitswissenschaften (ohne Human- oder Zahnmedizin). An der einer Universität gleichgestellten Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar gibt es eine aus vier Lehrstühlen bestehende eigene Fakultät für Pflegewissenschaft. In Deutschland wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung 2004 der Förderschwerpunkt „Angewandte Pflegeforschung" zum Aufbau der Pflegewissenschaft initiiert. Darüber hinaus bietet insbesondere die im Ausland, allen voran in den Vereinigten Staaten von Amerika, bereits seit Längerem etablierte Pflegeforschung verschiedene Anknüpfungspunkte für den Auf- und Ausbau von pflegewissenschaftlicher Forschung in Deutschland. |[106]

In der Therapie- und der Hebammenwissenschaft existieren dagegen zur Zeit keine universitären Lehrstühle, die mit Wissenschaftlerinnen und Wissen-

|[105] Für eine exemplarische Aufarbeitung der Bezugsdisziplinen in der Physiotherapie siehe Willimczik, K., Bollert, G., Geuter, G.: Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Philosophie – Mutter aller Wissenschaften, in: Physioscience 5 (2009), S. 27–33; Bollert, G., Erhardt, T., Geuter, G. et al.: Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Medizin und Sportwissenschaft, in: Physioscience 5 (2009), S. 76–85; Bollert, G., Dick, M., Geuter, G. et al.: Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Pädagogik und Psychologie, in: Physioscience 5 (2009), S. 124–132; Bollert, G., Borgetto, B., Geuter, G. et al.: Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Soziologie und Gesundheitswissenschaften/Public Health, in: Physioscience 5 (2009), S. 174–183.

|[106] Für eine weitergehende Übersicht siehe Bartholomeyczik, S.: Pflegeforschung. Entwicklung, Themenstellungen und Perspektiven, in: Handbuch Pflegewissenschaft, hrsg. v. Schaeffer, D., Wingenfeld, K., Weinheim 2011 [2000], S. 67–94.

schaftlern aus der jeweiligen Berufspraxis besetzt wären. Forschung innerhalb von Gruppenförderinstrumenten befindet sich allenfalls im Aufbau. Eine Sonderrolle nimmt innerhalb der Therapiewissenschaft allerdings die Logopädieforschung ein. Auf Grund der engen Bezüge zu traditionell universitären Disziplinen wie den Sprachwissenschaften oder der Neurolinguistik existiert hier bereits eine breite Forschungsbasis. Auch existieren an Universitäten bereits mehrere Lehrstühle für Logopädie; diese sind jedoch bisher fast ausnahmslos mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern besetzt, die selbst über keine oder nur sehr geringe logopädische Berufserfahrung verfügen. Eine genuin logopädische Forschung in Abgrenzung zu sprach- und neurowissenschaftlicher Forschung existiert daher bisher ebenfalls nur sehr eingeschränkt.

Das Konzept des Gesundheitsforschungsrates beschreibt vor diesem Hintergrund das Erfordernis, die pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Forschungspotenziale stärker zu nutzen. Mit Blick auf die Herausforderungen für die künftige Gesundheitsversorgung wird dabei insbesondere die anwendungsorientierte Forschung hervorgehoben. Die Evidenzbasierung pflegerischer, therapeutischer und geburtshelferischer Interventionen (Translationsforschung), die systematische Überprüfung des Nutzens derselben (Klinische Forschung) und etwaige, darauf basierende Überführungen in die Routineversorgung (Versorgungsforschung) werden in den Vordergrund gestellt. |[107]

Mit der Situation der Forschung in der Medizin und der wissenschaftlichen Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern hat sich der Wissenschaftsrat in der Vergangenheit bereits mehrfach befasst. Insbesondere mit Blick auf die klinische Forschung wurden in verschiedenen Schriften Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt. |[108] Der Wissenschaftsrat hat wiederholt darauf hingewiesen, dass die Forschung durch die mangelnde Vereinbarkeit von klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeiten erheblich behindert wird. In Stellungnahmen zu einzelnen universitätsmedizinischen Standorten wurde daher empfohlen, vermehrt Möglichkeiten zu schaffen, um klinisch tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler von Aufgaben in der Krankenversorgung zu entlasten und ihnen mehr Freiräume für Forschung und Lehre zu geben (siehe B.III.2). In diesem

|[107] Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W. et al.: Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 137 (Suppl. 2) (2012), hier S. 16f.

|[108] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen, Köln 1986, S. 41-65; Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Köln 1992; Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin, in: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 1995, Köln 1996, S. 77-99; Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin. Aufgaben, Organisation, Finanzierung, Köln 1999.

Zusammenhang wurde insbesondere eine Ausweitung von Rotationsprogrammen zur Freistellung von Ärztinnen und Ärzten für Forschungsarbeiten (z. B. so genannte Gerok-Stellen der Deutschen Forschungsgemeinschaft) empfohlen. |[109]

V.2 Wissenschaftliche Karrierewege in den gesundheitsversorgungsbezogenen Hochschulbereichen

Mit der Frage nach der Wissenschaftlichkeit ist die Frage nach den Karrierewegen innerhalb der gesundheitsbezogenen Hochschulbereiche eng verknüpft. Mit Blick auf Ausbildungsleistungen der Universitätsmedizin und der Gesundheitswissenschaften erfüllen angemessene wissenschaftliche Karrierewege vor allem zwei Ziele. Erstens wird über sie allererst das erforderliche Lehrpersonal geschaffen, das in Zukunft die Qualifizierungswege zu gestalten und die damit einhergehenden Ausbildungsaufgaben auszufüllen imstande ist. Zweitens führen wissenschaftliche Karrierewege zu eigenständiger Forschung und neuen Erkenntnissen, die Eingang in die Ausbildung an Hochschulen finden und eine forschungsbasierte Lehre auf der Höhe des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ermöglichen.

Vor dem Hintergrund des dargelegten Entwicklungsstandes in den Gesundheitsfachberufen liegt nahe, dass **pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftliche Karrierewege** nicht oder nur in sehr geringem Ausmaß existieren. Möglichkeiten zur Promotion in diesen Fächern bestehen nur sehr vereinzelt. Die Amtliche Statistik weist für das Jahr 2009 beispielsweise lediglich 39 Promotionen im Bereich „Gesundheitswissenschaften allgemein“ aus. |[110]

Doktorandinnen und Doktoranden mit einem Interesse an einer Dissertation im Bereich der Pflege-, der Therapie- oder der Hebammenwissenschaft promovieren häufig in den jeweiligen Bezugsdisziplinen oder anderen benachbarten Fächern. Die dabei entstehenden Dissertationen in den Fächern der Biomedizin und Naturwissenschaften, der Sozial- und Erziehungswissenschaften, der Geisteswissenschaften und Philosophie oder der Psychologie leisten häufig nur einen geringen Beitrag zum Auf- und Ausbau einer dezidierten Pflege-, Therapie- oder Hebammenforschung. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass der Großteil des pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Personals an Fachhochschulen tätig ist, die über kein eigenständiges Promotionsrecht verfügen. An deutschen Universitäten existieren hingegen – wie dargelegt – ledig-

| [109] Vgl. z. B. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Hamburg, Berlin 2011, S. 10.

| [110] Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.2: Prüfungen an Hochschulen, Jahre 2010, Wiesbaden 2011.

lich einige wenige pflegewissenschaftliche und keine therapie- oder hebammenwissenschaftlichen Institute, die Möglichkeiten zu einer thematisch den Gesundheitsfachberufen eindeutig zuzuordnenden Promotion bieten. Wo solche Möglichkeiten bestehen, bleiben sie auf Grund von häufig fehlenden Kooperationen zwischen Fachhochschulen und Universitäten nicht selten den wenigen Absolventinnen und Absolventen universitärer Studiengänge vorbehalten. |[111] Strukturierte Promotionsprogramme, die insbesondere auch auf die Interdisziplinarität von Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaft abzielen, existieren ebenfalls nur in sehr geringer Anzahl. Hier sind insbesondere Forschungskollegs der Robert Bosch Stiftung, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Hans-Böckler-Stiftung zu nennen. Dieser Situation entspricht, dass die an die Promotion anschließenden Karrierephasen auf eine wissenschaftliche Verortung in anderen Disziplinen zulaufen. Postdoktorandinnen und -doktoranden, deren Forschungstätigkeit sich ausschließlich auf die Pflege-, Therapie- oder Hebammenwissenschaft richtet, gibt es in Deutschland im Grunde nicht.

In Ermangelung eindeutiger Karrierewege in Deutschland gehen viele derjenigen, die sich als Pflege-, Therapie- oder Hebammenwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler qualifizieren wollen, für die Promotions- und/oder Postdoktorandenphase ins Ausland oder nehmen Umwege über benachbarte Fächer an inländischen Universitäten in Kauf. Hierzu liegen zwar keine konkreten Zahlen vor; es kann jedoch beobachtet werden, dass Hochschulen mit neuen Studiengängen in diesen Fächern zur Gewinnung von Lehrpersonal häufig nach Rückkehrerinnen und Rückkehrern aus dem Ausland oder aus benachbarten Fächern im Inland suchen.

Ein anderes Bild ergibt sich mit Blick auf die **wissenschaftlichen Karrierewege in der Human- und Zahnmedizin**. Die Promotionsintensität liegt in beiden Fächern deutlich über dem Durchschnitt aller universitären Fächer. Im Durchschnitt der Jahre 2007 bis 2009 betrug sie in der Humanmedizin 62,8 % und in der Zahnmedizin 59,9 %, während sich die durchschnittliche Promotionsintensität aller Fächergruppen an Universitäten im selben Zeitraum auf 21,1 % belief. |[112] Dies ist insbesondere auf den Umstand zurückzuführen, dass die Promotion sowohl in der Zahn- als auch in der Humanmedizin häufig

|[111] Für weitergehende Informationen zu diesem Themenkomplex siehe Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Rolle der Fachhochschulen im Hochschulsystem (Drs. 10031-10), Berlin 2010, insbesondere S. 126–129.

|[112] Eigene Berechnungen der Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates, Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 11 Bildung und Kultur, Reihe 4.2: Prüfungen an Hochschulen, Jahre 2002–2009.

studienbegleitend erarbeitet wird und sich verglichen mit anderen Fächergruppen oft durch einen geringeren zeitlichen Aufwand auszeichnet. |[113]

Die **Phase nach der Promotion** ist insbesondere in der **Humanmedizin** durch eine Trennung in eine eher auf biomedizinische Grundlagenforschung und theoriegeleitete Lehre und eine eher auf Gesundheitsversorgung und patientenorientierte Forschung und Lehre ausgerichtete Laufbahn gekennzeichnet. Für die erste Gruppe stehen für das deutsche Wissenschaftssystem typische Karrierepfade von einer Postdoktoranden-Phase über eine Junior-Professur oder Habilitation bis zu einer ordentlichen Professur zur Verfügung. Für die zweite Gruppe sind die zusätzlichen Aufgaben in der Gesundheitsversorgung eines Universitätsklinikums konstitutiv. Für beide Gruppen ist festzustellen, dass während der vier- bis sechsjährigen fachärztlichen Weiterbildung die assistenzärztliche Verantwortung in der Gesundheitsversorgung gegenüber der Tätigkeit in Forschung und Lehre zumeist eine dominante Rolle einnimmt. Zeiten, die für Aufgaben in Lehre und Forschung aufgebracht werden, können nach der von der Bundesärztekammer erarbeiteten Muster-Weiterbildungsordnung sowie nach deren rechtswirksamen Adaptionen durch die jeweiligen Landesärztekammern in der Regel nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden, sodass die wissenschaftliche Laufbahn in der Zeit der Weiterbildung nur bedingt oder nur unter einem erheblichen zusätzlichen Zeitaufwand vorangebracht werden kann. Diese Tendenz setzt sich auch für die Zeit nach der fachärztlichen Weiterbildung (Klinische Juniorprofessur bzw. klinische Habilitation und Tätigkeit als Oberärztin oder Oberarzt sowie Klinische Professur und Tätigkeit als Chefärztin oder Chefarzt) fort.

Vor diesem Hintergrund hat die Förderung von wissenschaftlichen Karrierewegen in der universitätsmedizinischen Forschung und Lehre häufig zum Ziel, die Ärztinnen und Ärzte von der Gesundheitsversorgung zu entlasten. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat zu diesem Zweck beispielsweise das Instrument der Rotationsstellen für Ärztinnen und Ärzte (so genannte Gerok-Stellen) geschaffen. Über dieses Instrument, das häufig Teil von Gruppenförderprogrammen wie Sonderforschungsbereichen, Forschergruppen oder Klinischen Forschergruppen ist, können klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte von Aufgaben in der Gesundheitsversorgung freigestellt werden, um Freiräume für die Forschung zu gewinnen. Darüber hinaus sind an universitätsmedizinischen Standorten weitere Modelle zur Verschränkung wissenschaftlicher und klinischer Tä-

|[113] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 56; Wissenschaftsrat: Anforderungen an die Qualitätssicherung in der Promotion (Drs. 1704-11), Köln November 2011; Schwarzer, A.; Gregor, F.: Medizinerreport 2012 – Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern, hrsg. v. Hochschul-Informations-System (HIS), Hannover 2012, S. 14.

tigkeiten entwickelt worden, auf die hier nicht im Einzelnen eingegangen werden kann.

In der **Zahnmedizin** stellen sich die **wissenschaftlichen Karrierewege nach der Promotion** anders dar als in der Humanmedizin. Zum einen ist eine fachzahnärztliche Weiterbildung nicht obligatorisch, sodass eine praktische Tätigkeit im ambulanten Sektor unmittelbar nach dem Studium möglich ist und als frühe Alternative zu einer wissenschaftlichen Laufbahn gesehen wird. Zum anderen bieten sich wissenschaftliche Karrierepfade lediglich an solchen universitätsmedizinischen Standorten, die über eine Zahnklinik verfügen. Attraktive Aufstiegspositionen sind nur in einem vergleichsweise geringen Umfang vorhanden. |[114]

A.VI INTERPROFESSIONELLE AUSBILDUNG IM INTERNATIONALEN KONTEXT

Eine von der Fachzeitschrift *The Lancet* eingesetzte internationale Kommission hat Ende 2010 die für die Gesundheitsberufe relevanten Studienstrukturen aus einer globalen Perspektive in den Blick genommen und sich damit einem seit Jahrzehnten bestehenden Desiderat zugewandt. Die Kommission kommt zu dem Ergebnis, dass auf Grund internationaler demografischer und epidemiologischer Trends „a thorough and authoritative re-examination of health professional education“ erforderlich sei. Ihr Ziel ist die Entwicklung von „a shared vision and a common strategy for postsecondary education in medicine, nursing, and public health that reaches beyond the confines of national borders and the silos of individual professions“. |[115] Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat – trotz der unterschiedlichen Qualitätsstandards von Gesundheits- und Wissenschaftssystemen auf der Welt – auf die allgemein **steigende Bedeutung verstärkt kooperativer und koordinierter Arbeitsweisen** (*collaborative practice*) in der Versorgung und das daraus erwachsene **Erfordernis nach interprofessionellen Studienangeboten** (*interprofessional education*) hingewiesen. |[116] Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesund-

|[114] Für eine ausführliche und noch immer aktuelle Aufarbeitung der Situation in der Zahnmedizin siehe Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, in: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. II, S. 267–330.

|[115] Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A. et al.: Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, in: The Lancet 376 (29. November 2010), S. 1; In deutscher Übersetzung: Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A. et al.: Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten, hrsg. v. Careum Stiftung, Zürich 2011.

|[116] World Health Organization: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, Genf 2010.

heitswesen hat dies in seinem Gutachten von 2007 explizit auf das deutsche Gesundheitswesen bezogen. Er stellte fest, dass „Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe [...] zukünftig sinnvoll weiterentwickelt und ausgeweitet“ |[117] werden sollten, die Angehörigen der Gesundheitsversorgungsberufe im Rahmen ihrer Ausbildung derzeit jedoch „nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen vorbereitet“ werden. |[118]

Auf internationaler Ebene existieren zahlreiche bildungs- und wissenschaftspolitischen Modelle für hochschulische Qualifikationen, die stärker als bisher auf ein nach dem Kooperationsprinzip organisiertes Gesundheitswesen abzielen. In vielen Fällen sind diese Modelle vor dem Hintergrund einer in dem jeweiligen Land bereits erfolgten Akademisierung der Gesundheitsfachberufe zu sehen, die insbesondere in Großbritannien, einigen skandinavischen Ländern, den Niederlanden, Kanada und den USA bereits weit fortgeschritten ist. Im Folgenden werden in Kürze zwei *best practice*-Modelle aus Schweden dargestellt, mit denen sich der Wissenschaftsrat stellvertretend für einen international beobachtbaren Trend zu verstärkt interprofessionellen Studienangeboten an Hochschulen eingehender – auch im Rahmen von Vor-Ort-Besuchen – befasst hat. Dabei ist – wie bei allen internationalen Vergleichen von Bildungs- und Gesundheitssystemen – zu beachten, dass sich die Systeme zwischen verschiedenen Ländern in aller Regel nicht nur im betrachteten Parameter, sondern auch in einer Vielzahl weiterer Merkmale unterscheiden. Hierdurch wird die direkte Übertragbarkeit der Befunde auf deutsche Verhältnisse eingeschränkt. Es geht darum, Elemente zu identifizieren, die unter den spezifischen Bedingungen des deutschen Bildungs- und Gesundheitssystems Anwendung finden können.

Bevor auf die oben erwähnten *best practice*-Modelle näher eingegangen wird, werden im Folgenden zunächst einige grundlegende Kennzeichen des schwedischen Gesundheits- und Bildungssystems vorgestellt. |[119] Die Gesundheitsversorgung in Schweden ist dezentral organisiert. Verantwortlich für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sind in erster Linie die Provinziallandtage, die auf das Einkommen bezogene Steuern zur Finanzierung der Gesundheitsversor-

|[117] Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Drs. 16/6339), Bonn 2007, S. 97.

|[118] Deutscher Bundestag (Hrsg.): Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Drs. 16/6339), Bonn 2007, S. 28.

|[119] Die nachfolgende Darstellung basiert – neben den Ergebnissen einer Studienreise – auf Shields, L., Kristensson-Hallström, I., Andershed, B. et al.: Nursing and health care in Sweden, in: Australia Journal of Advanced Nursing 20 (2002), S. 20-26; AOK Bundesverband: Das Gesundheitssystem in Schweden. (http://www.aok-bv.de (26.04.2012)

gung erheben, für die Gesamtplanung und Verteilung der Mittel zuständig sind und innerhalb eines vorgegebenen Rahmens eigene Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung setzen können. Ein wesentlicher Trend der jüngeren Vergangenheit bestand in einer Stärkung der ambulanten medizinischen Versorgung, die in Gesundheitszentren und in den Poliklinischen Abteilungen der Krankenhäuser erfolgt.

Im vorliegenden Zusammenhang besonders interessant ist die im Vergleich zu Deutschland stärkere Rolle sowie größere Selbstständigkeit und damit einhergehende größere Verantwortung insbesondere der Pflegeberufe in der Gesundheitsversorgung. So existiert ein Telefondienst, der von Pflegekräften eigenverantwortlich betrieben wird. Hier werden Patientinnen und Patienten beraten, Diagnosen gestellt und ggf. Termine mit Pflegekräften oder ärztlichem Personal vereinbart. Auch die Überweisung an einen Arzt oder eine Ärztin, an Spezialisten aus anderen Gesundheitsversorgungsberufen oder an ein Krankenhaus können Pflegekräfte vornehmen. Im Rahmen der Gesundheitszentren und im stationären Sektor spielen Pflegekräfte eine wichtige Rolle bei der Koordination der multiprofessionellen Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Die stärkere Eigenständigkeit der Gesundheitsversorgungsberufe findet im Bereich der Ausbildung ihre Entsprechung in einer weit fortgeschrittenen Akademisierung. Die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern findet seit Jahrzehnten ausschließlich im tertiären Bereich statt und besteht aus einem dreijährigen Studiengang, der mit dem *Bachelor of Science* abgeschlossen wird. Weiterführende Master-Studiengänge existieren sowohl für fachliche Spezialisierungen (z B. in der Intensivmedizin, der Psychiatrie oder der Notfallmedizin) als auch zum Erwerb von Kompetenzen im Management und in der Lehre. Promotionen im Bereich der Pflegewissenschaft sind ebenfalls üblich (die erste Dissertation erschien im Jahr 1978). Die erzielten Forschungsergebnisse werden häufig in internationalen, referierten Fachzeitschriften veröffentlicht. |[120] Entsprechend kann von einer bereits etablierten Forschung in der Pflege gesprochen werden. In der Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie sowie im Hebammenwesen zeigt sich ein insgesamt ähnliches Bild; allerdings ist hier insbesondere die Forschung noch weniger weit entwickelt. |[121]

|[120] Der *Science Citation Index Expanded* des Informationsdienstes Thomson Reuters führt *Nursing* als eigene *Subject Category*, in der 103 Fachzeitschriften verzeichnet sind (http://ipscience.thomsonreuters.com (11.06.2012). Die *Journal Citation Reports* desselben Informationsdienstes weisen für das Jahr 2010 für 89 Fachzeitschriften dieser Kategorie Impact-Faktoren aus, die von 0,034 (*Japanese Journal of Nursing Science*) bis 2,103 (*International Journal of Nursing Studies*) reichen.

|[121] Dies spiegelt sich auch in der im Vergleich zur Pflege geringeren Zahl einschlägiger internationaler Fachzeitschriften. Für die Therapieberufe und das Hebammenwesen führt der *Science Citation Index Expanded* keine eigenen *Subject Categories*. Recherchen in den *Journal Citation Reports* ergeben für die Phy-

Die große Eigenständigkeit der Gesundheitsfachberufe, ihre starke Beteiligung an den Prozessen der Gesundheitsversorgung und ihr enges Zusammenwirken untereinander und mit dem ärztlichen Personal erfordern von allen Beteiligten ein hohes Maß an interprofessioneller Kompetenz. Eine Vorreiterrolle in der Ausbildung in den Gesundheitsberufen spielt die 1975 gegründete Universität Linköping. 1986 wurde dort eine neue Fakultät für Gesundheitswissenschaften (*Faculty of Health Sciences*) – einschließlich Medizin – etabliert, deren Profil bildende Merkmale Problemorientiertes Lernen (POL), die interprofessionelle Ausbildung und die enge Verbindung von Theorie und Praxis sind. Die Ausbildung in allen gesundheitswissenschaftlichen Bereichen – darunter Studiengänge in Medizin, Pflege, Ergotherapie und Physiotherapie – folgt dem von der WHO in der Formel „*learning together to work together*“ |[122] zusammengefassten Leitbild. Konkret ausgestaltet wird der an der Universität Linköping verfolgte Ansatz insbesondere durch folgende Elemente: |[123]

_ Im ersten Semester besuchen die Studierenden aller gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge zusammen das Modul „*Health, Ethics and Learning: Part I*“. für eine Dauer von acht Wochen. Ziel des Moduls ist es, ein gemeinsames Verständnis der Konzepte „Gesundheit“ und „Ethik“ herzustellen und POL einzuführen.

_ Nach etwa zweieinhalb Jahren folgt der gemeinsame Besuch des Moduls „*Health, Ethics and Learning: Part II*“, das zwei Wochen dauert und ein einzelnes Thema zum Gegenstand hat. Dieses Modul soll durch Reflexion und Interaktion mit anderen Berufen die professionelle Identität der Studierenden stärken und so die Voraussetzung für den Erwerb interprofessioneller Kompetenz schaffen.

_ Von großer Bedeutung sind darüber hinaus Skills Labs, die von Studierenden aller gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge gemeinsam genutzt wer-

siotherapie vier Fachzeitschriften (mit Impact-Faktoren zwischen 0,641 für *Physiotherapy* und 2,185 für das *Australian Journal of Physiotherapy*), für die Logopädie sechs Fachzeitschriften (mit Impact-Faktoren zwischen 0,726 für *Folia phoniatrica et logopaedica* und 0,830 für *Logopoedics, Phoniatrics, Vocology*), für die Ergotherapie acht Fachzeitschriften (mit Impact-Faktoren zwischen 0,134 für das *Hong Kong Journal of Occupational Therapy* und 1,672 für das *American Journal of Occupational Therapy*) und für das Hebammenwesen drei Fachzeitschriften (mit Impact-Faktoren zwischen 1,048 für das *Journal of Midwifery and Women's health* und 1,468 für *Midwifery*).

|[122] World Health Organisation: Learning together to work together for health. Report of a WHO study group on mutliprofessional education of health personnel: the team approach. Technical Report Series Nr. 769, Genf 1988

|[123] Faresjö, T., Wilhelmsson, M., Pelling, S. et al.: Does interprofessional education jeopardize medical skills?, in: Journal of Interprofessional Care 21 (2007) 5, S. 573-576.

den können und das frühzeitige Einüben interprofessioneller Zusammenarbeit ermöglichen.

_ Schließlich werden interprofessionelle Kompetenzen in der klinischen Praxis erworben. Dies geschieht in der Regel in Form von zweiwöchigen Praktika auf *interprofessional training wards*, die 1996 und damit weltweit erstmals in Linköping etabliert wurden. Hier bilden die Studierenden multiprofessionelle Teams und betreuen – unter der möglichst zurückhaltenden Anleitung und Aufsicht erfahrener Fachkräfte – selbstständig Patientinnen und Patienten. Dabei geht es nicht um die zeitlich begrenzte Übernahme einer anderen beruflichen Rolle, wie dies z. B. im Pflegepraktikum im Rahmen des deutschen Medizinstudiums geschieht; vielmehr steht die berufsübergreifende Zusammenarbeit im Mittelpunkt, bei der alle Beteiligten in ihrer jeweiligen beruflichen Rolle agieren. Die Ausbildung auf *interprofessional training wards* bildet einen integralen und wesentlichen Bestandteil aller hier betrachteten Studiengänge.

Im Jahr 1998 richtete auch das Karolinska Institutet in Stockholm *interprofessional training wards* ein. Darüber hinaus werden Elemente interprofessioneller Ausbildung in zahlreichen weiteren Lehrveranstaltungen eingesetzt (u. a. Fallbesprechungen in der Primärversorgung, Reflexionsseminare in der Rehabilitationsmedizin, interprofessionell gestaltete Praktika in der Geriatrie).

Die weit fortgeschrittene Akademisierung der Gesundheitsfachberufe in Schweden erleichtert eine interprofessionell ausgerichtete Ausbildung für alle Gesundheitsberufe einschließlich der Ärztinnen und Ärzte im selben institutionellen Rahmen. Methodische Ansätze, wie sie auf den *interprofessional training wards* umgesetzt werden, ermöglichen das frühzeitige Einüben praktischen Handelns in multiprofessionell zusammengesetzten Teams. Die Ausbildung auf akademischem Niveau und die Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen bereiten die Absolventinnen und Absolventen aller Gesundheitsversorgungsberufe auf ein hohes Maß an Eigenständigkeit im späteren Berufsleben vor. | [124]

| [124] Vgl. OECD: Health at a glance 2011, http://www.oecd.org (26.04.2011). - Health Consumer Power House: Euro Health Consumer Index 2009, http://www.healthpowerhouse.com (26.04.2011).

B. Empfehlungen

Im Zentrum der vorliegenden Empfehlungen steht die Frage, welche Qualifikationen für die zukünftige gesundheitliche Versorgung benötigt werden und wie die vorhandenen Qualifizierungswege an Hochschulen weiterentwickelt bzw. in einigen Bereichen allererst aufgebaut werden müssen. Da die in diesem Zusammenhang relevanten hochschulischen Bereiche eng mit dem Gesundheitswesen verknüpft sind, kann der Wissenschaftsrat diese Frage nur dann zureichend beantworten, wenn die wesentlichen Entwicklungen und Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens berücksichtigt werden. Betrachtet man alle diese Entwicklungen im Zusammenhang, so wird klar, dass die ausschließlich quantitative Steigerung von Versorgungsleistungen nicht ausreichen wird, um angemessen auf die auch qualitativ neuen Bedarfssituationen zu reagieren. Erforderlich sind vielmehr eine **den veränderten Anforderungen angepasste Qualifikation** der Angehörigen der Gesundheitsversorgungsberufe sowie eine insgesamt stärker **kooperativ organisierte Gesundheitsversorgung**. Dabei ist der Wissenschaftsrat der Auffassung, dass erheblicher Veränderungsbedarf insbesondere im Bereich der Gesundheitsfachberufe besteht, in denen nicht nur die bereits angesprochene Entwicklung einer Komplexitätssteigerung traditioneller Aufgaben (‚Dinge anders tun'), sondern auch ein fortschreitender Trend zur Übernahme neuer, zum Teil vormals von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommener Aufgaben (‚andere Dinge tun') zu beobachten ist. Diese Entwicklung ist im internationalen Kontext an vielen Stellen bereits deutlich weiter fortgeschritten als in Deutschland (siehe A.VI).

Vor diesem Hintergrund wird der Wissenschaftsrat im Folgenden

1 – Einschätzungen zu künftigen Qualifikationserfordernissen in den Gesundheitsversorgungsberufen vornehmen, die sich aus Veränderungen der Versorgungsbedarfe in Folge demografischer und epidemiologischer Entwicklungen ergeben;

2 – Empfehlungen zur künftigen Qualifizierung für Gesundheitsversorgungsberufe, mithin zur strukturellen Entwicklung der gesundheitsbezogenen Disziplinen in Hinsicht auf ihre Ausbildungsleistungen geben;

3 – den Zusammenhang der Ausbildungsleistungen mit der Forschung berücksichtigen und Empfehlungen zur Förderung der wissenschaftlichen Karrierewege in den gesundheitsbezogenen Disziplinen formulieren.

B.I EINSCHÄTZUNGEN ZU KÜNFTIGEN QUALIFIKATIONSERFORDERNISSEN IN DEN GESUNDHEITSVERSORGUNGSBERUFEN

I.1 Künftige Qualifikationserfordernisse und Qualifizierungswege in den Gesundheitsversorgungsberufen

Die Veränderungen der Versorgungsbedarfe in Folge des demografisch-epidemiologischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts sowie die Folgen dieser Entwicklungen für die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen haben weit reichende Konsequenzen für die zukünftigen Qualifikationserfordernisse und Qualifizierungswege in den Berufen der Gesundheitsversorgung. Neben neuen fachlichen Qualifikationen – z. B. im Zusammenhang mit der zunehmenden Technisierung der Gesundheitsversorgung – sind hier auch für alle Gesundheitsversorgungsberufe relevante, übergreifende Qualifikationen zu nennen. Vor diesem Hintergrund hält es der Wissenschaftsrat für erforderlich, dass künftig auch ein Teil der Angehörigen der Gesundheitsfachberufe in die Lage versetzt wird, ihr eigenes pflegerisches, therapeutisches oder geburtshelferisches Handeln auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis zu reflektieren, die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Evidenzbasierung kritisch zu prüfen und das eigene Handeln entsprechend anzupassen. Die gewachsene Komplexität erfordert vermehrt so genannte *reflective practitioners* (siehe A.III.3). Ebenfalls an Bedeutung gewinnt die Fähigkeit zur **interprofessionellen Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams**.

Der Wissenschaftsrat ist der Auffassung, dass eine Weiterentwicklung der bestehenden beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten nicht ausreicht, um den mit besonders komplexen Aufgaben betrauten Teil der Beschäftigten in den Gesundheitsfachberufen angemessen für ihre Tätigkeit zu qualifizieren. Vielmehr hält er eine hochschulische Ausbildung für erforderlich, um die notwendigen Fähigkeiten und Kompetenzen zu vermitteln. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, **das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege- und der Therapieberufe sowie der Geburtshilfe tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden**. Er spricht sich dafür aus, die hochschulischen Qualifizierungsangebote für die hier vorrangig betrachteten Gesundheitsfachberufe der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie Hebammen und Entbindungspfleger auszubauen. Der Wissenschaftsrat ist sich der Tatsache bewusst, dass auch andere, hier nicht näher behandelte Bereiche – wie z. B. in besonders komplexen Arbeitszusammenhängen

eingesetzte Medizinisch-Technische Assistentinnen und Assistenten – von einem ähnlichen Akademisierungsprozess profitieren könnten. |[125]

Mit Blick auf die mittel- und langfristige Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe weist der Wissenschaftsrat darauf hin, dass die hier empfohlene Akademisierung der Gesundheitsfachberufe sich nicht in der Einrichtung neuer Studiengänge erschöpfen kann. Für die **Bildung eigenständiger wissenschaftlicher Disziplinen** sind darüber hinaus auch der Auf- und Ausbau genuiner, von anderen Disziplinen hinreichend abgrenzbarer **Forschung** sowie die Schaffung **wissenschaftlicher Karrierewege** unabdingbar (siehe B.III).

In Hinsicht auf die **ärztliche und zahnärztliche Ausbildung** sowie die Forschung und die Weiterentwicklung wissenschaftlicher Karrierewege erkennt der Wissenschaftsrat ebenfalls Veränderungsbedarf (siehe B.II.2, B.III).

Als übergreifende Aufgabe hält es der Wissenschaftsrat für erforderlich, die hochschulischen Qualifizierungswege in den Gesundheitsversorgungsberufen stärker zu koordinieren und durch Elemente einer **interprofessionellen Ausbildung** so zu verzahnen, dass eine angemessene Vorbereitung der Absolventinnen und Absolventen auf eine Tätigkeit in der stark arbeitsteilig und kooperativ organisierten Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann.

Bevor im Folgenden gesonderte Empfehlungen zur Weiterentwicklung der hochschulischen Qualifizierungswege und ihrer interprofessionellen Verzahnung, zur Forschung und zu den wissenschaftlichen Karrierewegen in den Gesundheitsversorgungsberufen formuliert werden (siehe B.II und B.III), wird kurz auf die Deckungsfähigkeit des Personalbedarfs im Gesundheitswesen eingegangen.

I.2 Einschätzungen zum Personalbedarf im Gesundheitswesen

Der Wissenschaftsrat gibt zu bedenken, dass das nach Prinzipien der Selbstverwaltung organisierte Gesundheitswesen in Deutschland nur adäquat funktionieren kann, wenn für die erforderliche dezentrale Entscheidungsfindung der einzelnen Akteure eine gemeinsame und solide empirische Grundlage zur Verfügung gestellt werden kann. Dass diese nicht in jeder Hinsicht besteht und außerdem die verfügbaren Primärdaten nicht immer sachgerecht genutzt werden, kam in den Debatten der letzten Jahre gelegentlich zum Ausdruck (siehe A.II.2, insbesondere „Exkurs“). Es ist daher erforderlich, die **Gesundheitsberichterstattung** dergestalt zu verbessern, dass aussagekräftige Statistiken einheitlich

| [125] Vgl. für den Bereich der technischen Assistenzberufe: Deutsches Krankenhausinstitut: Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Forschungsgutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Düsseldorf 2009.

erfasst und transparent zur Verfügung gestellt werden. Das gilt in besonderer Weise für Daten, die von Akteuren des Gesundheitswesens selbst erhoben werden, wie dies für die in § 99 SGB V geregelte Bedarfsplanung charakteristisch ist. Der Wissenschaftsrat hält ein von den Akteuren der Selbstverwaltung unabhängiges Monitoring der Primärdaten und ihrer Erfassung für unverzichtbar. Er mahnt darüber hinaus alle Akteure zu einem sachlichen Umgang mit gesellschaftlich so relevanten Primärdaten wie denjenigen des Gesundheitswesens an.

Mit Blick auf den Personalbedarf für die Gesundheitsversorgungsberufe hält es der Wissenschaftsrat für geboten, zwischen einem **Ersatzbedarf** infolge personeller Entwicklungen in einzelnen Gesundheitsberufen, insbesondere durch Alterung des Personals, und einem **Mehrbedarf** infolge vermehrter Versorgungserfordernisse, insbesondere durch demografische und epidemiologische Veränderungen, zu trennen (siehe A.II.2, insbesondere „Exkurs"). Folgt man dieser methodischen Unterscheidung, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass der Ersatzbedarf in nahezu allen Berufen der Gesundheitsversorgung voraussichtlich gedeckt werden kann und ein allgemeiner, altersbedingter Fachkräftemangel nicht zu erwarten ist. Allerdings existieren in einigen Bereichen Verteilungsprobleme. In Hinsicht auf die ärztliche Versorgung ist zukünftig einer bedarfsgerechten Verteilung in ländlichen wie städtischen Regionen mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Insbesondere die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung in weniger besiedelten Regionen stellt eine Herausforderung für die Allokation des ausgebildeten Personals dar. |[126] Dies zeigt sich besonders deutlich am Beispiel der regionalen Unterschiede in der ärztlichen Versorgung: bereits heute gibt es neben gut oder sogar überversorgten Gegenden auch Regionen (meist, aber nicht nur, im ländlichen Raum), in denen sich eine Unterversorgung abzeichnet. |[127] Hier geeignete Mechanismen zur Versorgungssteuerung zu entwickeln, ist eine dringliche Aufgabe, die allerdings nicht im Fokus der vorliegenden Empfehlungen steht.

Während somit davon auszugehen ist, dass der zu erwartende Ersatzbedarf in den Gesundheitsversorgungsberufen gedeckt werden kann, ist nicht auszuschließen, dass der absehbare Mehrbedarf an Versorgungsleistungen zu einem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen führen könnte. Ob diese Situation eintritt, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab (siehe A.II.2).

|[126] Siehe auch Wissenschaftsrat: Trends der Hochschulmedizin in Deutschland. Bericht des Vorsitzenden zu aktuellen Tendenzen im deutschen Wissenschaftssystem, Berlin 2010, http://www.wissenschaftsrat.de (31.08.2011).

|[127] Siehe Greß, S., Stegmüller, K.: Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, hrsg. vom Landesbüro Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung, Wiesbaden, 2011, S. 7-21.

II.1 Empfehlungen zur hochschulischen Qualifizierung für die Gesundheitsfachberufe

Vor dem Hintergrund einer in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu beobachtenden **Komplexitätszunahme**, einer sich verändernden **Arbeitsteilung** und der zunehmenden Bedeutung **interprofessioneller Zusammenarbeit** hält es der Wissenschaftsrat für geboten, die mit besonders komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe zukünftig bevorzugt an Hochschulen auszubilden. Bereits heute stehen in Deutschland **Studienkapazitäten** zur Verfügung, die für die Gesundheitsfachberufe relevant sind. Der weit überwiegende Teil der einschlägigen Studiengänge ist an Fachhochschulen angesiedelt. Im Vergleich mit dem Ausbildungsangebot an berufsbildenden Schulen handelt es sich um ein überschaubares, aber dynamisch wachsendes Angebot. Zunächst wurden ausschließlich Studiengänge eingerichtet, die eine bestehende Berufsqualifikation voraussetzen. Grundständige Studiengänge mit der Möglichkeit eines berufsqualifizierenden Bachelor-Abschlusses gibt es erst seit wenigen Jahren. Darunter sind primärqualifizierende Studiengänge, die nicht mehr länger eine parallele oder vorausgehende Ausbildung an berufsbildenden Schulen (ausbildungsintegrierende Studiengänge) zwingend erfordern und von Hochschulen alleine verantwortet werden, in der Pflege seit 2003 und in der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie und dem Hebammenwesen seit 2009 möglich. Dabei ist zu bedenken, dass nur ein Teil der Studienangebote ein unmittelbar patientenorientiertes Ausbildungsziel verfolgt. Solche grundständigen, patientenorientierten Studiengänge sind insbesondere von Studiengängen im Bereich der Pflegepädagogik, im Pflegemanagement oder im Public Health-Bereich zu unterscheiden. Sie werden fast ausschließlich von Fachhochschulen zur Verfügung gestellt (siehe A.IV.2).

Der Wissenschaftsrat sieht in den vorhandenen Studienangeboten einen Ansatzpunkt für eine adäquate Qualifizierung des erforderlichen Fachpersonals in komplexen Aufgabenfeldern der Pflege- und Therapieberufe und des Hebammenwesens. Die stattgefundenen Prozesse der Akademisierung bieten Ansatzpunkte für die Schaffung neuer Qualifizierungswege an Hochschulen; sie reichen jedoch nicht aus. Um den Anforderungen an die Berufsqualifizierung für bestimmte Aufgabenfelder in der Pflege, den Therapieberufen und der Geburtshilfe gerecht zu werden, sollte insbesondere das grundständige Studienangebot mit dem ausschließlichen Ziel einer patientenorientierten Ausbildung erweitert

werden. |[128] Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher den **Ausbau von grundständigen Studiengängen mit dem Ziel eines zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten befähigenden pflege-, therapie- oder hebammenwissenschaftlichen Bachelor-Abschlusses**.

Dabei spricht sich der Wissenschaftsrat dafür aus, diese neuen Studiengänge **primärqualifizierend** zu gestalten. Damit weicht er von den Empfehlungen der Bund-Länder-Kommission zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe ab, die zwar ebenfalls die Schaffung akademischer Qualifizierungswege für die Pflegeberufe empfiehlt, sich aber für eine ausbildungsintegrierende Struktur einsetzt. |[129] Nach Auffassung des Wissenschaftsrates bieten primärqualifizierende Studiengänge einige wesentliche Vorteile gegenüber ausbildungsintegrierenden Studiengängen. Hier ist zunächst zu nennen, dass das Studium bei primärqulifizierenden Studiengängen an Hochschulen und mit diesen kooperierenden Praxiseinrichtungen stattfindet und daher dual aufgebaut ist, wohingegen die ausbildungsintegrierenden Studiengänge unter zusätzlicher Einbeziehung der berufsbildenden Schulen einer trialen Struktur folgen (siehe A.IV.2). Der Wissenschaftsrat hält es im Sinne einer problemorientierten und patientenzentrierten Ausbildung für wichtig, dass praktische Studienleistungen im Curriculum weiterhin eine zentrale Bedeutung einnehmen und in professionsrelevanten Praxiseinrichtungen (Krankenhäuser, Praxen, Gesundheitszentren etc.) erbracht werden. Praktische Studieninhalte sollten vermehrt auch an den Hochschulen selbst, beispielsweise in Kleingruppenunterricht und durch Skills Lab-Training, vermittelt werden.

Außerdem wird mit Blick auf die pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengänge zu bedenken gegeben, dass die derzeitige Bindung der praktischen Ausbildung in den primärqualifizierenden Studiengängen an die berufsgesetzlichen Anforderungen, die gleichzeitig für die Ausbildung an berufsbildenden Schulen gelten, hinderlich für den Aufbau wissenschaftlicher Studiengänge ist. Auch der theoretische Unterricht wird zu detailliert festgelegt und entspricht dadurch zum Teil nicht dem Verständnis einer wissenschaftlichen Kompetenzvermittlung (siehe A.IV.2). Hier gilt es – analog zu den Empfehlungen zur ärztlichen und zahnärztlichen Ausbildung – das Curriculum nicht in einzelnen Unterrichtseinheiten, sondern in fächerübergreifenden und auf-

|[128] Mit Blick auf die Pflegeausbildung kommt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zur selben Schlussfolgerung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bonn 2012, S. 43).

|[129] Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe: Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes vom 01.03.2012, S. 27-30, http://www.bmg.bund.de (04.06.2012).

einander abgestimmten Lehrmodulen zu organisieren. Dafür muss den Hochschulen ein größerer Freiraum in der Gestaltung der Curricula gegeben werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, die primärqualifizierenden Studiengänge im Bereich der Pflege- und Therapieberufe und der Geburtshilfe stärker an den zu vermittelnden Kompetenzen zu orientieren und vor diesem Hintergrund erweiterte **Möglichkeiten zur Abweichung von den Anforderungen an die Ausbildung an berufsbildenden Schulen** zu schaffen. Diese Möglichkeiten müssen dann auch im Zuge der Einzelprüfungen von Studiengängen durch die zuständigen Behörden der Länder stärker als bisher Anwendung finden. Der aktuell nötige Nachweis, dass das grundsätzliche Ausbildungsziel, wie es für die berufsbildenden Schulen gilt, auch an den Hochschulen erfüllt ist, kann entfallen. Von in dieser Weise erweiterten Spielräumen bei der Gestaltung der Studiengänge verspricht sich der Wissenschaftsrat, dass entgegen der bisherigen Praxis vermehrt primärqualifizierende Studiengänge angeboten werden können. Die Kompatibilität mit europäischen Studiengängen sollte gewährleistet werden. Die Qualitätssicherung der Studiengänge sollte, wie in anderen Fachbereichen auch, primär von den Hochschulen selbst gewährleistet werden. Außerdem sollte das Studium zu einer staatlichen Prüfung befähigen.

Der Wissenschaftsrat regt an, zukünftig eine angemessene Beteiligung der Hochschul- und Wissenschaftsseite an Arbeitsgruppen und Kommissionen von Bund und Ländern sicherzustellen, die sich mit der Weiterentwicklung der Qualifizierungswege für die Pflege oder vergleichbare Gesundheitsversorgungsberufe befassen.

Die bisherigen Studienangebote sind in der weit überwiegenden Mehrheit an Fachhochschulen zu finden, von denen sich etliche in freier Trägerschaft befinden (siehe A.IV.2). Vor diesem Hintergrund hält es der Wissenschaftsrat für erforderlich, die empfohlenen primärqualifizierenden Studiengänge stärker als bisher **an staatlichen Hochschulen und durchaus auch an Universitäten** aufzubauen, um so eine angemessene Einbettung in ein breites fachliches Spektrum zu gewährleisten, das relevante Bezugsdisziplinen einschließt. Die Hochschulen und die Entscheidungsträger aus der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik sollten sich über die Grenzen der Bundesländer hinweg in ihren Aufbauplänen abstimmen. Die Ausbildungsziele sollten bundeseinheitlich in den Berufsgesetzen geregelt werden; bereits bestehende patientenorientierte Studiengänge sollten hinsichtlich der benannten Ziele angepasst und harmonisiert werden. Von einer stärkeren Verortung der Studiengänge an Universitäten verspricht sich der Wissenschaftsrat insbesondere einen Impuls für die Forschung und damit einhergehend für eine forschungsbasierte Lehre. Hierauf wird unter B.III genauer eingegangen.

Der Wissenschaftsrat hält es für wichtig, dass der Ausbau von pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengängen nicht isoliert voneinander

erfolgt, sondern wesentlich deutlicher als in der schulischen Ausbildung auf die bestehenden Gemeinsamkeiten abgestellt wird. Er empfiehlt daher eine inhaltliche und strukturelle **Verzahnung der Studiengänge** mit dem Ziel, der interprofessionellen Kompetenzvermittlung insgesamt mehr Gewicht zu verleihen. Die neuen Studiengänge aller drei Bereiche sollten daher an den Hochschulstandorten unter einem institutionellen Dach eingerichtet werden und die Curricula deutlich miteinander verschränkt werden. Um eine interprofessionelle Ausbildung unter Einbeziehung der Medizin zu ermöglichen, bietet es sich an, pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftliche Studiengänge auch an Universitäten aufzubauen, die über eine Medizinische Fakultät verfügen. Sofern eine Ansiedlung der Studiengänge an einer Fachhochschule geplant ist, sollte diese eng mit einer Universität mit Medizinischer Fakultät kooperieren. Auf die übergreifende interprofessionelle Vernetzung aller Qualifizierungswege für akademische Gesundheitsversorgungsberufe geht der Wissenschaftsrat noch gesondert ein (siehe B.II.3).

Der Wissenschaftsrat ist der Auffassung, dass eine hochschulische Ausbildung nicht für alle Angehörigen der Gesundheitsfachberufe erforderlich ist und auch in Zukunft voraussichtlich nicht erforderlich sein wird. |[130] Gerade mit Blick auf den nicht zuletzt auch quantitativ wachsenden Bedarf an Versorgungsleistungen ist das **an berufsbildenden Schulen qualifizierte Personal von zentraler Bedeutung**. Daher muss die Ausbildung an den berufsbildenden Schulen **weiter verbessert werden**: Die theoretische und praktische Lehre an den berufsbildenden Schulen ist heterogen und wird vielfach als nicht mehr zeitgemäß angesehen. Die berufsbildenden Schulen werden ihre wichtige Funktion in der Gesamtsystematik des Bildungswesens nur dann dauerhaft erfüllen können, wenn auch sie sich stetig weiterentwickeln und die für sie relevanten Veränderungen im Gesundheitswesen aufgreifen. In diesem Zusammenhang ist kritisch zu bewerten, dass das Lehrpersonal an den berufsbildenden Schulen derzeit nur zu einem vergleichsweise geringen Anteil über einen Hochschulabschluss verfügt. Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass die hier empfohlene Akademisierung eines Teils der Beschäftigten in den Gesundheitsfachberufen einen wesentlichen Beitrag zur besseren Qualifizierung des Lehrpersonals an den berufsbildenden Schulen und damit zu einer Professionalisierung dieser Einrichtungen leisten kann.

| [130] Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts, die sich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Weiterentwicklung der technischen Assistenzberufe befasst hat. – Deutsches Krankenhausinstitut: Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Forschungsgutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Düsseldorf 2009, insbesondere S. 176-180.

Angesichts des absehbaren Versorgungsbedarfs und des Komplexitätszuwachses in Aufgabenbereichen der Pflege- und Therapieberufe und der Geburtshilfe hält es der Wissenschaftsrat für sinnvoll, zwischen 10 und 20 % eines Jahrgangs in den Pflege- und Therapieberufen und im Hebammenwesen auf hochschulischem Niveau auszubilden. Ein solches Verhältnis wird im Folgenden als eine **Akademisierungsquote zwischen 10 und 20 %** bezeichnet. Das genannte Zielintervall beruht wesentlich auf der Annahme, dass einem typischen multidisziplinären Team aus fünf bis zehn Personen eine höher qualifizierte Fachkraft angehören sollte. Der Wissenschaftsrat ist sich bewusst, dass es sich bei der empfohlenen Akademisierungsquote lediglich um ein erstes Zielintervall handelt, das auf der jetzigen Datengrundlage plausibel erscheint, jedoch im Prozess regelmäßig auf seine Aktualität hin geprüft werden muss.

Mit der angestrebten Akademisierungsquote verbunden ist der Aufbau der folgenden Studienkapazitäten:

_ Im Bereich der **Pflegeberufe** liegt die Zahl der Absolventinnen und Absolventen an berufsbildenden Schulen bei etwa 21.000 pro Jahr (➲ Tabelle 2). Hinzu kommen etwa 600 Studienplätze in patientenorientierten Studiengängen; zur Zahl der Absolventinnen und Absolventen in diesen Studiengängen liegen keine genauen Angaben vor (siehe A.IV.2.a). Die gesamte Ausbildungskapazität in diesem Bereich wird daher auf etwa 21.600 Absolventinnen und Absolventen pro Jahr geschätzt. Um eine Akademisierungsquote von 10 bis 20 % zu erreichen, sind dementsprechend – unter der Annahme einer Studienabbruchquote von rund 20 % | [131] – zwischen 2.700 und 5.400 Studienplätze in grundständigen Studiengängen der patientenorientierten Pflegewissenschaft erforderlich. Somit werden zwischen 2.100 und 4.800 neue Studienplätze benötigt.

_ Die Zahl der Absolventinnen und Absolventen an berufsbildenden Schulen im Bereich der **Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie** liegt bei etwa 7.600 pro Jahr (➲ Tabelle 2). An Hochschulen waren im Jahr 2010 außerdem etwa 1.100 Studienplätze eingerichtet (siehe A.IV.2.b, ➲ Tabelle 4). Die gesamte jährliche Ausbildungskapazität beläuft sich demzufolge auf rund 8.700 Fachkräfte. Um die angestrebte Akademisierungsquote zu erreichen, werden demzufolge – wiederum unter der Annahme einer Studienabbruchquote von rund 20 % – zwischen 1.100 und 2.175 Studienplätze benötigt. Somit ergibt sich ein Bedarf von bis zu 1.075 neuen Studienplätzen.

| [131] Heublein, U., Schmelzer, R., Sommer, D.: Die Entwicklung der Studienabbruchquote an den deutschen Hochschulen. Ergebnisse einer Berechnung des Studienabbruchs auf der Basis des Absolventenjahrgangs 2006, hrsg. v. Hochschul-Informations-System (HIS), Hannover 2008, S. 3.

_ Im Bereich der **Hebammen und Geburtshelfer** wurden im Schuljahr 2008/2009 insgesamt rund 500 Absolventinnen und Absolventen an berufsbildenden Schulen gezählt (siehe A.IV.2.b). Die Zahl der Studienplätze wird auf maximal 100 geschätzt (siehe A.IV.2.b), die Ausbildungskapazität liegt somit bei etwa 600 Fachkräften pro Jahr. Um das Zielintervall zu erreichen, sind demzufolge – wiederum unter der Annahme einer Studienabbruchquote von rund 20 % – zwischen 75 und 150 und somit bis zu 50 neue Studienplätze in grundständigen Studiengängen der patientenorientierten Hebammenwissenschaft erforderlich.

Mit Blick auf die zusätzlich zu schaffenden Studienkapazitäten ist festzuhalten, dass die hier gemachten Angaben zur Zahl der bereits bestehenden Studienplätze mit einer gewissen Unsicherheit behaftet sind. Dies liegt zum einen daran, dass sich die im vorliegenden Zusammenhang wichtigen patientenorientierten Studienangebote im Bereich der Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaft nicht klar von solchen Studiengängen abgrenzen lassen, die keinen unmittelbaren Patientenbezug aufweisen (siehe A.IV.2). Der Wissenschaftsrat hält eine entsprechende Präzisierung der Bildungsberichterstattung für dringend geboten. Zum anderen ist darauf hinzuweisen, dass sich die Studienangebote für die Gesundheitsfachberufe in einem dynamischen Entwicklungsprozess befinden. Bei der Planung neuer Studienangebote sollten die Länder daher die jeweils aktuelle Zahl der Studienplätze in patientenorientierten Studiengängen ermitteln; die hier gemachten Angaben verstehen sich lediglich als Schätzung mit dem Ziel, die ungefähre Größenordnung des bestehenden Bedarfs aufzuzeigen.

Mittelfristig sollten zusätzlich zu den grundständigen Studienangeboten auch **Master-Studiengänge** für entsprechend qualifizierte Bewerberinnen und Bewerber eingerichtet werden. Dies setzt den erfolgreichen Aufbau der zuvor genannten Bachelor-Studiengänge voraus. Im Bereich der **Pflegewissenschaft** sieht der Wissenschaftsrat hinreichendes akademisches Potential für die Einrichtung von Master-Studiengängen insbesondere mit Blick auf die Ausbildung von klinischen Pflegeexperten (*Clinical Nurse Specialists*) sowie die Qualifizierung von Pflegeexperten für die Primärversorgung und die gemeindenahe bzw. häusliche Versorgung (etwa in Programmen für *Nurse Practitioners* oder Gemeindeschwestern (*Community Care Nurses*). Auch im Bereich der **Therapieberufe** (Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie) sollten konsekutive Master-Studiengänge eingerichtet werden, die klinische und forschungsbezogene Expertise für die unmittelbar patientenorientierte Arbeit vermitteln.

Darüber hinaus sollten Master-Studiengänge Möglichkeiten bieten, sich für eine pädagogische Tätigkeit, insbesondere als Lehrkraft in den berufsbildenden Schulen, oder eine Tätigkeit im Gesundheitsmanagement zu qualifizieren. Dabei ist es sinnvoll, solche nicht-patientenorientierten Studiengänge gemeinsam für alle Bereiche der Gesundheitsfachberufe zu organisieren, wie dies an Insti-

tuten für Gesundheitswissenschaften oder Public Health bereits geschieht. Für einen Ausbau solcher **Master-Studiengänge im Bereich des Gesundheitsmanagements und dem berufsübergreifenden Public Health-Bereich** sieht der Wissenschaftsrat derzeit **keine Notwendigkeit**, da bereits eine Vielzahl an entsprechenden Studienangeboten existiert. Alle Master-Studiengänge sollten außerdem, wie in allen anderen Studienfächern, die Vertiefung des wissenschaftlichen Studiums und den Übergang in die Promotion ermöglichen.

Ferner sollten Studienangebote entwickelt werden, die für ausgebildete, erfahrene Kräfte attraktive Möglichkeiten zur akademischen Weiterbildung für spezialisierte patientenorientierte Aufgaben sowie für Tätigkeiten in der Lehre und im Gesundheitsmanagement eröffnen.

Der Wissenschaftsrat betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung **lebenslangen Lernens** und einer angemessenen **Durchlässigkeit** zwischen den verschiedenen Qualifikationsstufen, die gerade vor dem Hintergrund einer weiter fortschreitenden Ausdifferenzierung beruflicher Tätigkeitsfelder sowie der erst beginnenden Etablierung neuer akademischer Disziplinen besonders wichtig ist. Er weist außerdem darauf hin, dass die partielle Akademisierung der Gesundheitsfachberufe dazu beitragen kann, die Attraktivität dieser Berufe für den Nachwuchs zu erhöhen.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt zum Zweck des Aufbaus weiterer primärqualifizierender Studiengänge, die berufsgesetzlichen Modellklauseln im Rahmen der frühestens ab 2015 anstehenden Evaluation durch das Bundesministerium für Gesundheit zu verlängern und die Evaluationskriterien insgesamt an den vorliegenden Empfehlungen auszurichten (siehe A.IV.2). Der Wissenschaftsrat selbst behält sich vor, nach fünf Jahren den Umsetzungsstand seiner Empfehlungen im Rahmen einer systematischen Nachverfolgung zu prüfen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen auszusprechen. Dabei hält er sich die Möglichkeit offen, die in den vorliegenden Empfehlungen nicht berücksichtigten, für eine Akademisierung aber ebenfalls in Frage kommenden medizinisch-technischen Assistenzberufe einzubeziehen. | [132]

| [132] Zur Frage der Weiterentwicklung der Ausbildung in diesen Berufen siehe Deutsches Krankenhausinstitut: Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Forschungsgutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Düsseldorf 2009.

Im Kontext mit seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifizierungswegen für die Gesundheitsfachberufe bekräftigt der Wissenschaftsrat frühere Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Ausbildung in der Human- und Zahnmedizin. Die Anforderungen an die ärztliche und zahnärztliche Versorgung sind in der Vergangenheit auf Grund der beschriebenen Trends stetig gewachsen. Jedoch sieht der Wissenschaftsrat Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte derzeit durch **ein wissenschaftliches Studium und eine entsprechend forschungsbasierte Lehre auf hohem Niveau** im Allgemeinen gut auf die Anforderungen in der Versorgung und die Entwicklung der Berufsanforderungen im Laufe der beruflichen Praxis vorbereitet. Die Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika haben sich in den letzten Jahren in Hinsicht auf Studium und Lehre als anpassungsfähig und leistungsstark erwiesen. Insbesondere das Studium der Humanmedizin wurde kontinuierlich an die Erfordernisse der Versorgungspraxis angepasst. Vor dem Hintergrund der qualitativ wie quantitativ steigenden Versorgungsbedarfe sieht es der Wissenschaftsrat dennoch als notwendig an, dass das Studium der Humanmedizin und der Zahnmedizin auch in den kommenden Jahren weiterentwickelt wird. Er hat hierfür in früheren Empfehlungen und Stellungnahmen bereits Vorschläge gemacht, an die im Folgenden angeknüpft werden kann. |[133]

Insgesamt wird der **ärztliche Beruf** vor dem Hintergrund des entstehenden Versorgungsbedarfs unter einen teilweise **erheblichen Differenzierungsdruck** gesetzt. Bereits heute muss das Studium der Humanmedizin für ein breites potenzielles Tätigkeitsspektrum qualifizieren. Dieses Spektrum wird sich in Zukunft durch die wachsende Bedeutung eher generalistischer Kompetenzen einerseits, beispielsweise in Hinsicht auf die hausärztliche Versorgung, und eher spezialistischer Kompetenzen andererseits, beispielsweise in Hinsicht auf die klinische Forschung, noch ausweiten. Der Wissenschaftsrat gibt zu bedenken, dass unter der Prämisse der prinzipiellen Einheitlichkeit des humanmedizinischen Studiums dem sich weiter ausdifferenzierenden Spektrum ärztlichen

| 133 Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 71–73; Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, in: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. II, S. 267–330, insbesondere S. 298–310; Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Gründung einer Universitätsmedizin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg nach dem Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen“ (Drs. 10345-10), Lübeck 2010, S. 91–97; Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Schleswig-Holstein (Drs. 1416-11), Berlin 2011, insbesondere S. 9–11; Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Hamburg (Drs. 1016-11), Berlin 2011, insbesondere S. 12–14.

Handelns nur bedingt Rechnung getragen werden kann. Er sieht daher eine grundsätzliche Notwendigkeit zur Weiterentwicklung des humanmedizinischen Studiums.

Der **zahnärztliche Beruf** steht nicht unter demselben Differenzierungsdruck. Allerdings wurden hier in der jüngeren Vergangenheit einige **wesentliche Modernisierungen des Studiums nicht vorgenommen**. Vor diesem Hintergrund hält es der Wissenschaftsrat für wichtig, die nachfolgenden Einzelempfehlungen auch auf das zahnmedizinische Studium zu übertragen.

Der Wissenschaftsrat gibt zur strukturellen Weiterentwicklung der ärztlichen und zahnärztlichen Qualifizierung folgende **Einzelempfehlungen** ab:

1 – Gemäß den Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte und der Approbationsordnung für Zahnärzte sind die Curricula der Human- und Zahnmedizin stark an einzelnen Fächern orientiert. Um inhaltliche Redundanzen zu vermeiden, Studieninhalte verschiedener Fachgebiete – beispielsweise in Bezug auf bestimmte Organe oder Krankheiten – zu bündeln und die Lehreinheiten insgesamt funktionaler aufeinander abzustimmen, empfiehlt der Wissenschaftsrat, Lehreinheiten verstärkt in **Modulen** zu organisieren. Dabei ist darauf zu achten, dass die Modularisierung nicht zu kleinteilig ausfällt.

2 – Zusammenhängend mit den fächerorientierten Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte und Zahnärzte sind die verpflichtend vorgeschriebenen Anteile des Studiums sehr hoch. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, konsequenter als bisher **Möglichkeiten zur Bildung von individuellen Studienschwerpunkten** zu schaffen. Der Entwicklung eines Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) und eines Äquivalents für die Zahnmedizin (NKLZ) wird bei der Definition eines Kerncurriculums entscheidende Bedeutung beigemessen (siehe A.III.2).

3 – Die traditionelle Orientierung an Fächern folgt der Vorstellung, dass das Studium über Lerninhalte bestimmt wird. Demgegenüber hat in der jüngeren Vergangenheit die Orientierung an Lernzielen und damit am an den Ergebnissen von Curricula sowie an ihrem Beitrag zum lebenslangen Lernen an Bedeutung gewonnen. Der Wissenschaftsrat sieht darin eine wichtige Chance, zu einem **kompetenzorientierten Studium** der Human- und Zahnmedizin zu gelangen. Zu einem so gestalteten Studium gehört es, dass der Umfang von Studienleistungen nicht allein an den Präsenzzeiten festgemacht wird, sondern den tatsächlichen Aufwand berücksichtigt, der für die Studierenden mit dem erfolgreichen Besuch einer Veranstaltung verbunden ist.

4 – In der Humanmedizin wurden in der Vergangenheit verschiedene Wege eingeschlagen, um die vorklinischen und klinischen Studieninhalte besser miteinander zu verzahnen. Ein wichtiger Schritt war in dieser Hinsicht die Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte von 2003 und die Ermögli-

chung der Modellstudiengänge, bei denen der erste Abschnitt der ärztlichen Prüfung (M1) entfallen kann und die entsprechenden Studienleistungen zu einem späteren Zeitpunkt geprüft werden können. Der Wissenschaftsrat sieht in dem dadurch geförderten **problemorientierten und patientenzentrierten Lernen** einen großen Fortschritt (siehe A.IV.1). Auch in der Zahnmedizin sollten klinische Inhalte frühzeitiger in das Curriculum integriert werden und Elemente des problemorientierten Lernens konsequent genutzt werden. Darüber hinaus sollte in der Human- und Zahnmedizin das interprofessionelle Lernen fest verankert werden.

5 – Die Bemühungen um ein problemorientiertes und patientenzentriertes Studium waren und sind wichtig; das Lernen und Einüben wissenschaftlichen Arbeitens während des Studiums ist jedoch von nicht geringerer Bedeutung. Der Wissenschaftsrat hält es für dringend geboten, die **Vermittlung wissenschaftlichen Arbeitens** auch außerhalb klinischer Kontexte stärker als bisher in das Zentrum der Curricula zu rücken. Dadurch sollen die Absolventinnen und Absolventen auch künftig in die Lage versetzt werden, das eigene Handeln in komplexer werdenden Versorgungssituationen hinsichtlich seiner Evidenzbasierung zu prüfen, medizinische Innovationen zu nutzen und eigene Beiträge zum medizinischen Fortschritt zu leisten. Der Wissenschaftsrat empfiehlt zu diesem Zweck die Einführung eines durch das gesamte Studium hindurchreichenden Studienpfads, der das eigenständige wissenschaftliche Arbeiten fördert. Dieser wissenschaftliche Studienpfad sollte fester Bestandteil des Kerncurriculums sein. Zusätzliche Wahlbereiche sollten besonders forschungsinteressierten Studierenden die frühzeitige Vertiefung wissenschaftlicher Kompetenzen ermöglichen.

6 – In der Universitätsmedizin sind Instrumente der leistungsorientierten Mittelvergabe inzwischen fester Bestandteil der Qualitätssicherung und Steuerung. Wiederholt hat der Wissenschaftsrat sich dafür ausgesprochen, dass bei der leistungsorientierten Mittelvergabe neben Leistungen in der Forschung auch solche in der Lehre zugrunde gelegt werden sollten. Dies wird an einigen universitätsmedizinischen Standorten bereits praktiziert. Der Wissenschaftsrat befürwortet nach wie vor eine an eindeutigen und transparenten Kriterien ausgerichtete, ausgewogen auf retrospektive und prospektive Förderungen verteilte und jeweils den einzelnen Hochschullehrerinnen und -lehrern zukommende **leistungsorientierte Mittelvergabe in der Lehre**. Er sieht darin ein wichtiges Element, um die Bedeutung der Lehre im universitätsmedizinischen Kontext zu steigern. Der Wissenschaftsrat hält es darüber hinaus für wichtig, dass sich Universitäten, Medizinische Fakultäten und Universitätsklinika künftig noch stärker als bisher über ihre unterschiedlichen Lehrangebote und die Qualität der Lehre profilieren. Individuell wählbare Studienschwerpunkte bieten nach Auffassung des Wissenschaftsrates nicht nur einen zusätzlichen Nutzen für die Studierenden und erlauben eine diffe-

renziertere Berufsqualifizierung, sondern ermöglichen es auch den universitätsmedizinischen Standorten, sich stärker als bisher durch unterschiedliche Leistungen und Programmatiken in der Lehre – wie dies in der Forschung bereits geschieht – zu unterscheiden. |[134]

7 – Für die ärztliche und die zahnärztliche Ausbildung existieren inhaltliche Überschneidungsbereiche. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, die **Studiengänge in der Human- und Zahnmedizin inhaltlich zu verzahnen**, ohne dabei die jeweiligen Fachspezifika zu vernachlässigen. Das Studium sollte mit Blick auf die spätere Versorgungspraxis insgesamt stärker interprofessionelle Kompetenzen vermitteln. Dies ist jedoch ein Erfordernis, das nicht allein die Beziehung der ärztlichen und zahnärztlichen Ausbildung betrifft, weswegen der Wissenschaftsrat hierzu im Folgenden noch übergreifende Empfehlungen abgibt (siehe B.II.3).

Für das **zahnmedizinische Studium** hat der Wissenschaftsrat viele der oben genannten Aspekte bereits 2005 empfohlen. Mit Sorge betrachtet er, dass die Versuche zur Novellierung der von 1955 stammenden Approbationsordnung für Zahnärzte seit Jahren an teilweise sachfremden Aushandlungsprozessen scheitern. Nachdrücklich fordert er die politischen Entscheidungsträger von Bund und Ländern dazu auf, unter Berücksichtigung der obigen Einzelempfehlungen zu einer im Sinne der Qualität von Studium und Lehre förderlichen Lösung zu kommen. |[135] In Hinsicht auf die besonderen zahnmedizinischen Versorgungsbedarfe weist der Wissenschaftsrat außerdem auf die wachsende Bedeutung einer professionellen Prävention bis ins hohe Alter hin, insbesondere auch unter Bedingungen chronischer (Mehrfach-)Erkrankungen und/oder Pflegebedürftigkeit, denen schon heute Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht mehr alleine Rechnung tragen können. Dies gilt umso mehr, als Präventionsleistungen angesichts des längeren Erhalts von Zähnen und der damit steigenden Prävalenz parodontaler Erkrankungen sowie deren Interaktionen mit weiteren, insbesondere infektiösen Erkrankungen von wachsender Bedeutung sind. Vor allem **Dentalhygienikerinnen und -hygieniker** übernehmen hier vermehrt auch komplexe Aufgaben der zahnmedizinischen Prävention und Therapie (siehe A.III.3). Der Wissenschaftsrat hat für die Dentalhygienikerinnen und -hygieniker, die bisher ausschließlich auf der Basis von durch die Landesärzte-

|[134] Bei der Bildung von Schwerpunkten muss die standortübergreifende Vergleichbarkeit des Studiums gewahrt bleiben. In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass Studierende auch künftig in der Lage sein müssen, zwischen universitätsmedizinischen Standorten zu wechseln. Hierbei spielt auch eine angemessene Praxis der Anerkennung von Studienleistungen eine wichtige Rolle.

|[135] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, in: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. II, S. 267–330, insbesondere S. 298–310.

kammern angebotenen Fortbildungen für Zahnmedizinische Fachangestellte praktizieren und dadurch nur bedingt über eine eigene berufsrechtliche Grundlage verfügen, bereits 2005 eine schrittweise Anhebung des Qualifizierungsniveaus empfohlen. Neben dem Aufbau von Fachschulen, die an universitäre Standorte der Zahnmedizin angeschlossen sind, wurde auch der Aufbau von weiterbildenden Studienangeboten an Hochschulen angeregt. |[136] Mit Bedenken stellt der Wissenschaftsrat fest, dass in den letzten Jahren keine entsprechenden Konzepte und Erprobungsmodelle entwickelt worden sind und in der Folge Initiativen einzelner zahnmedizinischer Hochschulstandorte nicht systematisch weiterentwickelt werden konnten. Nachdrücklich wird daher empfohlen, dass die gesetzlichen Grundlagen für einen eigenen Beruf der Dentalhygienikerin oder des Dentalhygienikers im zahnärztlichen Team geschaffen und neben einer fachschulischen Ausbildung auch einige weiterbildende Studiengänge zur Qualifizierung für ebendiesen Beruf aufgebaut werden.

II.3 Übergreifende Empfehlungen zur interprofessionellen Vernetzung der Qualifizierungswege

In den vorangegangenen Abschnitten der Empfehlungen wurde auf die Notwendigkeit zur Verzahnung der Qualifizierungswege von Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten einerseits und der Qualifizierungswege für Gesundheitsfachberufe andererseits mit Blick auf eine verstärkt kooperative und koordinierte Arbeitsweise zwischen diesen Berufen hingewiesen. In Hinsicht auf zukünftig verstärkt in multiprofessionellen Teams zu organisierende Versorgungsprozesse hält der Wissenschaftsrat allerdings auch die Zusammenarbeit an der Schnittstelle von Ärztinnen/Ärzten bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzten und den Gesundheitsfachberufen für besonders wichtig. Es wird daher empfohlen, die human- und zahnmedizinischen Studiengänge mit den pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengängen stärker als bisher zu vernetzen, um so eine **interprofessionelle Ausbildung** zu ermöglichen. Dem Wissenschaftsrat erscheinen hier insbesondere zwei unterschiedliche Modelle geeignet:

Kooperatives Modell zwischen Fachhochschulen und Universitäten (Gesundheitscampus)

Pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftliche Studiengänge, die **an Fachhochschulen** neu aufgebaut werden, sollten unter dem gemeinsamen Dach ei-

|[136] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, in: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. II, S. 267–330, S. 294–296.

ner Fakultät für Gesundheitswissenschaften eingerichtet werden. |[137] Die Fachhochschule sollte eine institutionell abgesicherte Kooperation mit einer Universität mit einer Medizinischen Fakultät unter Einbeziehung der Krankenversorgung und der akademischen Lehrkrankenhäuser unterhalten, um eine interprofessionelle Ausbildung zu ermöglichen. Der Wissenschaftsrat spricht sich damit für die **Einrichtung eines Gesundheitscampus' zur Umsetzung einer hochschul- bzw. fakultätenübergreifenden Lehre** aus. |[138] Dieser Gesundheitscampus muss keine eigenständige juristische Person sein, sollte jedoch die Stetigkeit und die Umfänglichkeit der Kooperationsvereinbarungen unterstreichen. Der Gesundheitscampus sollte über eine eigene Leitung verfügen, die sich gleichermaßen aus Mitgliedern der beiden Hochschulen bzw. Fakultäten zusammensetzt. Die Aufgaben der Leitung sind insbesondere die Planung des Lehrangebots, dessen Umsetzung, das heißt insbesondere die jeweilige Verteilung der Lehrleistungen auf die Fakultäten und etwaige Subeinheiten (Institute, Kliniken, Praxiseinrichtungen), sowie die Regelung von etwaigen Konfliktfällen. Konzeption, Verantwortung und Durchführung des medizinischen Studienangebots obliegen der beteiligten Medizinischen Fakultät.

Mit Blick auf die **interprofessionelle Ausbildung** empfiehlt der Wissenschaftsrat, einige Elemente, die sich an ausgewiesenen Hochschulstandorten im Ausland als vorteilhaft erwiesen haben (siehe A.VI), aufzugreifen und an die am jeweiligen Standort vorhandenen Bedingungen anzupassen. Von besonderer Bedeutung ist die Durchführung von explizit interprofessionell ausgerichteten Lehrveranstaltungen, in denen Konzepte und Standards des kollaborativen Arbeitens erlernt werden und das Handeln in multiprofessionellen Teams fallbasiert und mit Blick auf bestimmte Versorgungssituationen (*Interprofessional Practice Placements*) geübt wird. Darüber hinaus sollten auch die praktischen Studienphasen am Patienten (praktischer Unterricht, Famulaturen, Praktisches Jahr etc.) für die Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen in der konkreten Versorgungspraxis genutzt werden. Dabei sollte ein Teil der praktischen Studienleistungen in den pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengängen obligatorisch an den Universitätsklinika bzw. akademischen Lehrkrankenhäusern erbracht werden. Auch die Einrichtung von gemeinsam von Studierenden aller gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge genutzten Skills Labs hält der Wissenschaftsrat für sinnvoll.

| [137] Die hier gegebenen Empfehlungen gelten in gleicher Weise für Studiengänge, die an Dualen Hochschulen eingerichtet werden. Duale Hochschulen als Hochschulen eigenen Typs existieren derzeit ausschließlich in Baden-Württemberg.

| [138] Das hier empfohlene, als „Gesundheitscampus" bezeichnete Modell ist nicht mit dem Konzept des „Gesundheitscampus NRW" (http://www.gc.nrw.de/) zu verwechseln.

Pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftliche Studiengänge, die **an Universitäten** neu geschaffen werden, sollten unter dem Dach der Universitätsmedizin eingerichtet werden und in der Verantwortung der Medizinischen Fakultät liegen. Gleichzeitig empfiehlt der Wissenschaftsrat, dass die entsprechende Medizinische Fakultät in ihrer Organisation – wo dies noch nicht geschehen ist – um ein **universitätsmedizinisches Department für Gesundheitswissenschaften** ergänzt wird, das über eine funktionale und inhaltliche Eigenständigkeit gegenüber den genuin medizinischen Departments und Instituten verfügt. Es sollte entsprechend der Charakteristik von Departments, wie sie der Wissenschaftsrat beschrieben hat, |[139] über ein bestimmtes akademisches Anforderungsprofil mit inhaltlichen Schwerpunkten in der Lehre wie in der Forschung, über eigene Entscheidungskompetenzen und Budgetverantwortung und über eine eigene Leitung verfügen. Über die Aufgaben- und Zielsetzung, die Entscheidungsstrukturen, die Zuständigkeiten, die Ressourcennutzung und die Mittelzuweisung sollte die Fakultätsleitung nach klaren und transparenten Regeln im Gesamtkontext der Medizinischen Fakultät und seiner anderen Departments entscheiden. Hinsichtlich der neu aufzubauenden Studiengänge sollte ein wesentlicher Teil des Curriculums vom Department für Gesundheitswissenschaften erbracht werden, um dem jeweils spezifischen Qualifizierungsbedarf gerecht werden zu können. Allerdings gibt es Studienanteile in nicht unerheblichem Umfang, die eher in andere universitätsmedizinische Bereiche fallen und dort gemeinsam mit den Studierenden der Humanmedizin und der Zahnmedizin besucht werden sollten. Bei der Gestaltung der Curricula sollten darüber hinaus dieselben interprofessionellen Elemente etabliert werden, die für das Modell des Gesundheitscampus' empfohlen wurden.

Neben der **Stärkung der interprofessionellen Kompetenzvermittlung** sieht der Wissenschaftsrat sowohl im kooperativen Modell in Form eines gemeinsamen Gesundheitscampus' von Fachhochschule und Universität als auch im integrativen Modell an Universitäten den Vorteil, den Qualifizierungswegen für Gesundheitsberufe insgesamt mehr **Durchlässigkeit** zu verleihen und **flexiblere Übergangsmöglichkeiten zwischen den Studiengängen** zu ermöglichen.

II.4 Zu den Kosten einer Akademisierung der Gesundheitsfachberufe

Die hier empfohlene Akademisierungsquote von 10 bis 20 % in den Gesundheitsfachberufen hat finanzielle Auswirkungen auf das **Wissenschafts- und das**

|[139] Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin (Sonderband), Köln 2007, S. 11–13.

Gesundheitssystem. Beide Aspekte sind sehr komplex; die Höhe entstehender Kosten sowie möglicher Einsparungen hängt von zahlreichen Faktoren ab und kann daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht im Detail beziffert werden. Gleichwohl wird hier der Versuch unternommen, zumindest die wesentlichen finanzwirksamen Aspekte einer solchen Akademisierung zu benennen.

Mit Blick auf das **Wissenschaftssystem** ist von **zusätzlichen Kosten für den Aufbau der Studienkapazitäten sowie den laufenden Studienbetrieb** auszugehen. Unter der Annahme einer angestrebten Akademisierungsquote von 10 bis 20 % schätzt der Wissenschaftsrat die Zahl der für alle Gesundheitsfachberufe erforderlichen Studienplätze in grundständigen Studiengängen – einschließlich bereits bestehender Studienplätze – auf 3.900 bis 7.700 (siehe B.II.1). Der bei weitem größte Anteil entfällt dabei auf die Pflegeberufe. Hinzu kommen weiterführende Studienangebote; die Zahl der in diesem Bereich erforderlichen Studienplätze hängt stark von der Entwicklung der grundständigen Studienangebote und den für akademisch qualifiziertes Personal entstehenden Beschäftigungsmöglichkeiten ab, so dass sich hierzu zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine seriösen Schätzungen abgeben lassen.

Zu den durch die Einrichtung und den Betrieb der Studienangebote entstehenden Kosten liegen dem Wissenschaftsrat keine genauen Zahlen vor. Aus den für bereits etablierte Studiengänge geltenden Curricularwerten lässt sich aber ableiten, dass Studiengänge in den Gesundheitsfachberufen zu den ressourcenintensiven Studienangeboten zählen. Beispielsweise gibt das Land Nordrhein-Westfalen für grundständige Fachhochschulstudiengänge in den Bereichen Pflege, Hebammenkunde, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie Curricularwerte zwischen 5,98 und 6,20 an. |[140] Damit liegen die Studiengänge in den Gesundheitsfachberufen oberhalb der Curricularwert-Bandbreite für vergleichbare Bachelor-Studiengänge an Fachhochschulen (Gesundheitswissenschaften, Sozialwesen, Ökotrophologie) mit den Grenzen 4,10 bis 5,30. |[141] Die hohen Curricularwerte erklären sich nach Angaben des zuständigen Ministeriums zum Teil aus der Tatsache, dass – wie oben ausgeführt – die Studiengänge in den Gesundheitsfachberufen eng an für die Ausbildung an berufsbildenden Schulen geltende Vorgaben gebunden und daher sowohl besonders umfangreich als auch betreuungsintensiv sind (siehe A.IV.2). Wenn, wie hier empfohlen, Möglichkeiten zur Abweichung von diesen Vorgaben geschaffen würden (siehe

|[140] Angaben des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen vom 29.05.2012 auf Anfrage der Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates.

|[141] Insgesamt reichen die Bandbreitengrenzen von 3,50 (Untergrenze in den Fächern Wirtschaft, Wirtschaftsrecht, Bibliothekswissenschaften und Journalistik) bis 9,90 (Obergrenze in den Fächern Gestaltung und Design).

B.II.1), könnten die Curricularwerte nach Einschätzung des zuständigen Ministeriums nennenswert reduziert werden und würden dann vermutlich innerhalb der Bandbreite für die affinen Fächer (4,10 bis 5,30) liegen.

Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass die den Hochschulen zur Verfügung stehenden Grundmittel und die Landeszuführungsbeträge für die Medizinischen Fakultäten nicht ausreichen, um die erforderliche Zahl von Studienplätzen für die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen zu schaffen. Nach Auffassung des Wissenschaftsrates sind über die Mittel des Hochschulpakts hinaus zusätzliche Anstrengungen erforderlich, um diese Aufgabe zu meistern. Der Wissenschaftsrat betont in diesem Zusammenhang nochmals, dass die Studienangebote erforderlich sind, um angesichts der anstehenden demografischen und epidemiologischen Herausforderungen die Versorgungsqualität sichern oder steigern zu können. Vor diesem Hintergrund hält es der Wissenschaftsrat für notwendig, die für die hier empfohlene Akademisierung der Gesundheitsfachberufe erforderlichen Mittel bereitzustellen.

Mit Blick auf das **Gesundheitssystem** geht der Wissenschaftsrat davon aus, dass eine partielle Akademisierung der Gesundheitsfachberufe nicht zwingend zu einer Steigerung der Gesundheitsausgaben führen muss. Zwar ist für akademisch qualifiziertes Personal in den Gesundheitsfachberufen im Vergleich zum Status quo – auch auf Grund tariflicher Eingruppierungsfragen – eine gewisse Entgeltsteigerung zu erwarten; diese dürfte aber den Gehaltsunterschied zum ärztlichen Personal – und damit das mit einer veränderten Arbeitsteilung im Gesundheitswesen verbundene Potential zur Kostendämpfung (siehe A.II.3) | [142] – nicht vollständig aufheben. Hinzu kommt, dass die hier vorgeschlagene Akademisierung dazu beitragen kann, an anderer Stelle entstehende Kosten zu senken (z. B. durch eine verbesserte Prävention und Patientenedukation). Derartige Effekte lassen sich allerdings zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur sehr schwer einschätzen.

B.III EMPFEHLUNGEN ZU FORSCHUNG UND WISSENSCHAFTLICHEN KARRIEREWEGEN IN DEN GESUNDHEITSBEZOGENEN DISZIPLINEN

Im Zentrum der vorliegenden Empfehlungen steht die Frage, welche hochschulischen Qualifikationen in den gesundheitsbezogenen Disziplinen – und hier insbesondere in den Gesundheitsfachberufen – zukünftig benötigt werden, um auf veränderte Versorgungsbedarfe angemessen reagieren zu können. Im un-

| [142] Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R. et al.: Substitution of doctors by nurses in primary care (Review), in: The Cochrane Library 2004 (4), insbesondere S. 9.

mittelbaren Kontext der Gesundheitsversorgung ist diese Schwerpunktsetzung nahe liegend und der Aufbau von Studienkapazitäten für eine praxis- und patientenorientierte Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen die zeitlich dringlichste Aufgabe. Gleichwohl weist der Wissenschaftsrat darauf hin, dass die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe mittel- und langfristig nicht auf die Einrichtung von Studiengängen beschränkt bleiben kann. Um langfristig erfolgreich zu sein, muss der Prozess der Akademisierung auch die wissenschaftliche Disziplinbildung vorantreiben und – damit eng verbunden – den Auf- und Ausbau von genuinen Forschungsaktivitäten sowie von wissenschaftlichen Karrierewegen bis hin zu einschlägigen Professuren umfassen. Anzustreben ist, wie bei allen an Hochschulen verorteten Fächern, eine **institutionell zu sichernde Einheit von Forschung und Lehre**.

III.1 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Forschung

Hinsichtlich der auf die Gesundheitsfachberufe bezogenen Forschung kommt der Wissenschaftsrat zu der Einschätzung, dass vorhandene Leistungen bisher fast ausschließlich aus der Individualforschung resultieren. Drittmittelbasierte Gruppenförderinstrumente existieren in Bezug auf die Pflege nur in geringer Anzahl und sind mit Blick auf die Therapieberufe und die Geburtshilfe bestenfalls im Aufbau befindlich. Die Etablierung und Schärfung genuiner gesundheitswissenschaftlicher Forschungsprofile steht noch weitestgehend aus. Damit verbunden befindet sich die Bildung eines disziplinären Selbstverständnisses von Pflegewissenschaft, Therapiewissenschaft und Hebammenwissenschaft in Deutschland noch im Anfangsstadium. Damit schätzt der Wissenschaftsrat den Entwicklungsstand der Forschung in den Gesundheitsfachberufen ähnlich ein wie der Gesundheitsforschungsrat. | [143]

Am besten stellt sich die Ausgangssituation in der Pflegewissenschaft dar. Mit einigen universitären Instituten, ersten Verbundforschungsprojekten und inhaltlichen Anschlussmöglichkeiten an eine im Ausland, allen voran in den Vereinigten Staaten von Amerika, bereits seit Längerem etablierte Pflegeforschung sind bereits Grundlagen für die Entwicklung pflegewissenschaftlicher Forschung in Deutschland geschaffen. Innerhalb der auf die Therapieberufe bezogenen Forschung stellt die Logopädieforschung eine positive Ausnahme dar. Durch die enge Verbindung zu traditionell verankerten Disziplinen wie den Sprachwissenschaften oder der Neurolinguistik existieren hier bereits relevante

| [143] Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber W. et al.: Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 137 (Suppl. 2) (2012), hier S. 41–46.

Grundlagen für genuine Forschungsleistungen. Die Grundlagen für eine Physiotherapie-, Ergotherapie- oder Hebammenforschung sind hingegen derzeit nur rudimentär vorhanden. Aus diesem Grund sieht der Wissenschaftsrat **großen Entwicklungsbedarf für die auf die Gesundheitsfachberufe bezogene Forschung**. Er weist aber gleichzeitig darauf hin, dass diese Ausgangssituation in der Forschung in Zusammenhang mit der jungen Hochschulgeschichte dieser Bereiche zu sehen ist (siehe A.V.1). Forschungsaffinität und disziplinäre Verankerung an Hochschulen und hier insbesondere an Universitäten stehen nicht in einem einseitig kausalen, sondern in einem sich gegenseitig bedingenden Verhältnis.

Mit Blick auf die Weiterentwicklung der Forschung unterstützt der Wissenschaftsrat die Empfehlungen des Gesundheitsforschungsrates, der insbesondere in Hinsicht auf die Bereiche der **Klinischen Forschung und der Versorgungsforschung** Potenziale für genuine, von der Forschung in der Medizin und weiteren Bezugsdisziplinen hinreichend klar abgrenzbare Forschung in den Gesundheitsfachberufen erkannt hat. Die drei herausgearbeiteten Forschungsbereiche „Interventionen bei Veränderungen im (fortgeschrittenen) Alter", „Langzeitbehandlung und -versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen" und „Prävention von Gesundheitsbeeinträchtigungen und Entwicklungseinschränkungen unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Bevölkerungsgruppen" |[144] korrespondieren größtenteils mit den Herausforderungen in der Versorgungspraxis, die der Wissenschaftsrat für die Gesundheitsfachberufe erkannt und dargestellt hat. Forschungsarbeiten auf diesen Gebieten können einen wichtigen Beitrag leisten, um für die komplexen und komplexer werdenden Aufgabenfelder in den Pflege- und Therapieberufen und der Geburtshilfe wissenschaftliche Erkenntnisse über die Wirksamkeit einzelner Interventionen zu gewinnen und in der Versorgungspraxis verstärkt evidenzbasiert handeln zu können. |[145]

Eine darüber hinausgehende Verständigung über die Ausrichtung der jeweils eigenen Disziplin befindet sich hingegen noch am Anfang. Insbesondere hinsichtlich der zahlreichen und in den Bereichen von Pflege, Therapiewissenschaft und Geburtshilfe teilweise differierenden Bezugsdisziplinen aus der Biomedizin und den Naturwissenschaften, den Sozial- und Erziehungswissen-

|[144] Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H. et al.: Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Konzept der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 137 (Suppl. 2) (2012), hier S. 41–46.

|[145] Weitere Informationen zu Forschungsthemen im Bereich der Pflege finden sich bei: Behrens, J., Görres, S., Schaeffer, D. et al.: Agenda Pflegeforschung für Deutschland, Halle (Saale) 2012, S. 18-38.

schaften, den Geisteswissenschaften und der Philosophie oder der Psychologie steht eine gemeinsame, gesundheitswissenschaftliche Ausrichtung noch aus. Der Wissenschaftsrat weist daher darauf hin, dass der Aufbau der Studiengänge und der damit einhergehende Zugewinn an wissenschaftlichem Personal von den Hochschulen und den Fachgemeinschaften auch genutzt werden müssen, um pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftliche Forschungsmethoden, -fragestellungen und -gegenstände genauer als bisher zu entwickeln, zu priorisieren und in eine gesundheitswissenschaftliche Forschungsagenda zu übersetzen. Der Wissenschaftsrat sieht sowohl in dem integrativen Modell an Universitäten als auch in dem kooperativen Modell des Gesundheitscampus' die strukturellen Voraussetzungen für eine entsprechende Entwicklung in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung gegeben. In beiden Modellen ist die strukturelle Kooperation mit der Universitätsmedizin wie auch mit anderen universitären Fachbereichen von großer Bedeutung. Eine umfassende Akademisierung, die sich neben der berufsqualifikatorischen Dimension auch auf Forschungsleistungen bezieht, ist nach Einschätzung des Wissenschaftsrates von den Fachhochschulen alleine nicht zu leisten, sondern muss in enger Interaktion mit den Universitäten erfolgen. Dabei sollten die methodischen, inhaltlichen und theoretischen Grundlagen der Universitätsmedizin und anderer relevanter Fächer genutzt werden. Auf dieser Grundlage können dann genuine Forschungsprogrammatiken entwickelt und die Bildung eigenständiger Disziplinen vorangetrieben werden. Vor diesem Hintergrund hält der Wissenschaftsrat den Aufbau von pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengängen ohne eine direkte Verbindung zu Universitäten im Sinne der oben beschriebenen Modelle (siehe B.II.3) für nicht Ziel führend.

III.2 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Karrierewege

Die Attraktivität wissenschaftlicher Karrierewege ist entscheidend, um geeignetes Personal für einen wissenschaftlichen Berufsweg und die zukünftig von den gesundheitsbezogenen Disziplinen zu erbringenden Leistungen in Forschung, Lehre und Gesundheitsversorgung zu gewinnen und zu fördern. Wie die vorangegangenen Ausführungen gezeigt haben, verfügen die Gesundheitswissenschaften hier über andere Voraussetzungen als die Universitätsmedizin. Daher werden im Folgenden vor allem einige Empfehlungen zu den Karrierewegen in den Gesundheitswissenschaften abgegeben. Abschließend werden einige grundlegende Punkte zu den wissenschaftlichen Karrierewegen in der Human- und Zahnmedizin festgehalten.

Insgesamt lässt sich in Hinsicht auf die noch junge Disziplin der **Pflegewissenschaft** und die noch jüngere **Therapie- und Hebammenwissenschaft** feststellen, dass es an klaren wissenschaftlichen Karrierewegen in Deutschland fehlt. Solche Karrierewege sind dringend erforderlich, um zu vermeiden, dass Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler für die Promotions- und die

Postdoktorandenphase ins Ausland gehen oder auf Bezugsdisziplinen bzw. benachbarte Fächer ausweichen müssen. Forschungsleistungen, die dezidiert zum Auf- und Ausbau einer genuinen Pflege-, Therapie- und Hebammenforschung beitragen, entstehen dabei nur sehr bedingt. Auch Lehrerfahrungen werden zumeist in anderen Ländern oder in anderen Fächern gesammelt und sind daher nicht immer förderlich in Hinsicht auf die anfallenden Lehraufgaben in den neuen pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengängen (siehe A.V.2). Der Wissenschaftsrat empfiehlt vor diesem Hintergrund, im Zuge des weiteren Aufbaus von pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftlichen Studiengängen sukzessive mehr **Stellen für wissenschaftliches Personal** für ebendiese Bereiche zu schaffen. Um sicherzustellen, dass wissenschaftlich und berufspraktisch qualifiziertes Personal in ausreichender Zahl zur Verfügung steht, sind zunächst entsprechende Studienangebote und daran anschließende Promotions- und Postdoktorandenphasen erforderlich. Mittel- und langfristig müssen auch mehr Professuren eingerichtet werden, die ein dezidiert pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftliches Profil besitzen und in der Folge mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern besetzt werden, die **gleichzeitig im Bereich der gesundheitswissenschaftlichen Forschung und Lehre ausgewiesen sind und über einen entsprechenden berufspraktischen Hintergrund in der Pflege, den Therapieberufen oder der Geburtshilfe** verfügen.

Entscheidend für den Einstieg in eine wissenschaftliche Karriere ist zunächst die **Promotion**. Der Wissenschaftsrat hat mit den beiden Modellen zur institutionellen Verortung der neuen Studienangebote auch Vorschläge gemacht, die in besonderer Hinsicht einen Zugang zu Promotionsmöglichkeiten für Studienabsolventinnen und -absolventen aus der Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaft garantieren. Nach dem integrativen Modell können die Doktorandinnen und Doktoranden in den Gesundheitswissenschaften in der Regel unmittelbar durch die Medizinische Fakultät promoviert werden, der sie angehören. Davon unberührt bleibt die Möglichkeit, in benachbarten Fächern zu promovieren, die möglicherweise einer anderen Fakultät zugeordnet sind. Die eigenen und von der medizinischen Promotion zu unterscheidenden fachlichen Standards für eine gesundheitswissenschaftliche Promotion sollten definiert werden und in einer eigenen Promotionsordnung sowie der Vergabe eines eigenen Doktortitels Niederschlag finden. Nach dem kooperativen Modell ist die Promotion ebenfalls durch die Medizinische Fakultät der Universität unter besonderer Berücksichtigung der eigenen fachlichen Standards in den Gesundheitswissenschaften möglich. Der Gesundheitscampus sollte hierfür als Kooperationsplattform zwischen Fachhochschule und Universität dienen, wie sie der

Wissenschaftsrat kürzlich beschrieben hat. |[146] Insbesondere sollten Formen der strukturierten Promotion von der jeweiligen Hochschule geschaffen werden.

In Hinsicht auf die **Postdoktorandenphase** und die **Forschung von Professorinnen und Professoren** empfiehlt der Wissenschaftsrat den Hochschulen mit gesundheitswissenschaftlichem Bereich, eigene Anreize für neue Forschungsaktivitäten zu setzen und drittmittelgeförderte Projekte einzuwerben. Hinsichtlich der Einwerbung von Drittmitteln fordert der Wissenschaftsrat die wissenschaftsfördernden Einrichtungen auf, pflege-, therapie- und hebammenwissenschaftliche Forschungsanträge angemessen in ihren wettbewerblichen Programmen zu berücksichtigen.

Die **wissenschaftlichen Karrierewege in der Humanmedizin** verfügen demgegenüber über vollständig andere Voraussetzungen, insofern hier typische Karrierepfade und entsprechende Strukturen von der Promotion bis zur Professur bestehen. Allerdings sind Medizinerinnen und Mediziner häufig zugleich wissenschaftlich und ärztlich tätig und müssen dies im Bereich der patientenorientierten Forschung und Lehre auch sein (siehe A.V.2). Der Wissenschaftsrat sieht hier besonderen Handlungsbedarf, um die Attraktivität wissenschaftlich-klinischer Karrierewege zu erhalten und zu verbessern. Wiederholt hat er darauf hingewiesen, dass Tätigkeiten in der Forschung und in der Lehre gegenüber den Aufgaben in der Gesundheitsversorgung nicht in den Hintergrund treten dürfen. Insbesondere hat der Wissenschaftsrat mehrfach empfohlen, Modelle zur **Verzahnung von wissenschaftlicher Promotions- und Postdoktorandenphase mit der fachärztlichen Weiterbildung** zu entwickeln. |[147] Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, warum in der zeitintensiven fachärztlichen Weiterbildung wissenschaftliche Leistungen bisher nicht oder nur in sehr geringem Umfang anrechenbar sind. Es ist daher zu begrüßen, dass inzwischen die Anerkennung von wissenschaftlichen Leistungen im Umfang von einem Jahr auf die fachärztliche Weiterbildung von der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern, die für die Weiterbildung verantwortlich sind, erwogen wird. Der Wissenschaftsrat empfiehlt nachdrücklich, entsprechende An-

|[146] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Rolle der Fachhochschulen im Hochschulsystem, Berlin 2010, insbesondere S. 29–41.

|[147] Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Gründung einer Universitätsmedizin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg nach dem Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen" (Drs. 10345-10), Lübeck 2010, S. 97/98; Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Hamburg (Drs. 1016-11), Berlin 2011, insbesondere S. 61; Bundesministerium für Bildung und Forschung, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Wissenschaftsrat: Kernforderungen Hochschulmedizin der Zukunft: Ziele und Visionen für die klinische Spitzenforschung, Berlin 2004, http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/ (12.07.012).

rechnungsmöglichkeiten zügig umzusetzen. Darüber hinaus gibt der Wissenschaftsrat zu bedenken, dass bei der Entwicklung von flexibleren Modellen an der Schnittstelle von wissenschaftlicher Karriere und ärztlicher Weiterbildung die universitätsmedizinischen Standorte mit einbezogen werden müssen. Dies gilt nicht zuletzt in Hinsicht auf den Umstand, dass ohnehin ein Großteil der Weiterbildungszeiten an den Universitätsklinika erbracht wird. Es ist daher überlegenswert, die Universitätsmedizin auch formal an der Gestaltung der Weiterbildungsordnungen zu beteiligen.

Für die Zeit nach der Weiterbildung regt der Wissenschaftsrat ebenfalls Modelle an, um **wissenschaftliche und klinische Karrierewege stärker miteinander zu verschränken**. Er spricht sich für eine Intensivierung von Fördermöglichkeiten wie den Rotationsstellen für Ärztinnen und Ärzten (so genannte Gerok-Stellen) der Deutschen Forschungsgemeinschaft aus, mit denen klinische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler für eine bestimmte Zeit von Aufgaben in der Gesundheitsversorgung entlastet werden können.

Wissenschaftliche Karrierewege in der Zahnmedizin stehen unter etwas anderen Bedingungen. Eine zugleich klinische und wissenschaftliche Tätigkeit ist wegen der insgesamt stark ambulant geprägten Versorgungssituation lediglich an universitätsmedizinischen Standorten mit Zahnkliniken möglich (siehe A.V.2). Dort sind attraktive Karrierewege allerdings nur bedingt vorhanden, was sich insbesondere auch in den an vielen Standorten – verglichen mit der Humanmedizin – geringeren Forschungsleistungen ausdrückt. Der Wissenschaftsrat erinnert daher an dieser Stelle an seine 2005 abgegebene Empfehlung, vermehrt wissenschaftliche Karrieremöglichkeiten in der Zahnmedizin zu schaffen. |[148] Insbesondere sollten einige zusätzliche Stellen für den wissenschaftlichen Nachwuchs geschaffen werden bzw. diese Stellen mit einer Grundausstattung versehen werden, die eine Intensivierung der Forschung ermöglichen. Außerdem sollte sich die Zahnmedizin bei der Einwerbung von drittmittelfinanzierten Forschungsprojekten stärker in die Medizinischen Fakultäten einbringen. Sowohl in Hinsicht auf die Humanmedizin als auch auf die Gesundheitswissenschaften sieht der Wissenschaftsrat große Schnittmengen für künftige Forschungsprojekte, die insbesondere von den Hochschulen stärker gefördert werden sollten. Beispiele hierfür sind auf Gebieten der Versorgungsforschung, der Epidemiologie oder der medizintechnisch orientierten Forschung zu sehen.

|[148] Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, in: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. II, Köln 2006, S. 267–330, hier insbesondere S. 311–314.

C. Anhang

Anhangtabelle 1: Pflegebedürftige nach Altersgruppen für den Zeitraum von 1999 bis 2009

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Durchschnittl. jährliche Wachstumsrate
Pflegebedürftige insg.	2.016.091	2.039.780	2.076.935	2.128.550	2.246.829	2.338.252	3,01%
davon:							
0 bis 19 Jahre	93.279	89.625	89.036	86.440	87.772	89.751	-0,77%
20 bis 64 Jahre	312.169	304.204	298.212	290.867	297.753	304.429	-0,50%
65 bis 84 Jahre	874.565	925.947	1.024.688	1.053.439	1.085.943	1.121.542	5,10%
85 Jahre und älter	736.078	720.004	664.999	697.804	775.361	822.532	2,25%

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Pflegestatistik – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegeleistungen. (www.gbe-bund.de, 23.01.2012)

Anhangtabelle 2: Krankheitskosten je Einwohner/in nach Altersgruppen in Euro für die Jahre von 2002 bis 2030 (ab 2008 Prognose unter Berücksichtigung der Bevölkerungsvorausberechnung und der altersspezifischen Verteilung der Krankheitskosten)

		IST				Prognose		
		2002	**2004**	**2006**	**2008**	**2020**	**2030**	**2060**
insgesamt	Krankheitskosten in Mio. Euro insg.	218.768	224.970	236.524	254.280	**270.161**	**287.174**	**276.636**
	Einwohner/innen in Mio.	82,5	82,5	82,4	82,1	80,0	77,4	64,7
	Krankheitskosten je Einwohner/in in Euro	2.651	2.727	2.870	3.099	**3.377**	**3.710**	**4.276**
davon:								
unter 15 Jahre	Krankheitskosten in Mio. Euro	13.468	13.788	14.336	15.221	13.688	13.140	10.129
	Einwohner/innen in Mio.	12,4	11,9	11,4	11,1	10,0	9,6	7,4
	Krankheitskosten je Einwohner/in in Euro	1.085	1.156	1.253	1.369	1.369	1.369	1.369
15–29 Jahre	Krankheitskosten in Mio. Euro	16.711	17.027	17.176	18.967	16.069	13.172	10.669
	Einwohner/innen in Mio.	14,2	14,4	14,5	14,4	12,2	10,0	8,1
	Krankheitskosten je Einwohner/in in Euro	1.177	1.181	1.182	1.317	1.317	1.317	1.317
30–44 Jahre	Krankheitskosten in Mio. Euro	31.686	30.606	29.875	30.082	25.760	23.858	18.499
	Einwohner/innen in Mio.	20,1	19,3	18,4	17,4	14,9	13,8	10,7
	Krankheitskosten je Einwohner/in in Euro	1.578	1.582	1.624	1.729	1.729	1.729	1.729
45–64 Jahre	Krankheitskosten in Mio. Euro	62.325	62.476	63.288	66.921	72.299	64.830	49.294
	Einwohner/innen in Mio.	21,4	21,4	21,7	22,4	24,2	21,7	16,5
	Krankheitskosten je Einwohner/in in Euro	2.912	2.914	2.916	2.988	2.988	2.988	2.988
65–84 Jahre	Krankheitskosten in Mio. Euro	73.956	81.132	89.027	96.837	104.426	122.587	106.372
	Einwohner/innen in Mio.	13,0	14,0	14,7	14,9	16,1	18,9	16,4
	Krankheitskosten je Einwohner/in in Euro	5.695	5.813	6.056	6.486	6.486	6.486	6.486
85 Jahre und älter	Krankheitskosten in Mio. Euro	20.621	19.942	22.822	26.252	37.920	49.587	81.673
	Einwohner/innen in Mio.	1,5	1,4	1,6	1,8	2,6	3,4	5,6
	Krankheitskosten je Einwohner/in in Euro	14.212	14.133	13.924	14.584	14.584	14.584	14.584

Quellen: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 7.2: Krankheitskosten 2002–2008, Wiesbaden 2010; Statistisches Bundesamt: Fachserie 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 4.1.1: Natürliche Bevölkerungsbewegung, Wiesbaden, verschiedene Jahre; Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2009.

Anhangtabelle 3: Krankheitskosten nach Sektoren und Altersgruppen für 2008 in Mio. Euro

Einrichtungen des Gesundheitswesens	im Alter von ... bis unter ... Jahren					
	unter 15	15 - 30	30 - 45	45 - 65	65 - 85	85 und mehr
Ambulante Einrichtungen	8.459	10.334	17.390	37.732	48.004	8.971
Arztpraxen	2.614	2.839	5.231	11.781	15.604	2.138
Zahnarztpraxen	341	2.067	4.146	6.578	3.454	201
Praxen sonst. medizin. Berufe	1.481	684	1.041	2.153	2.455	268
Apotheken	1.603	2.619	4.550	11.372	16.073	2.300
Handwerk/ Einzelhandel	2.212	1.841	2.029	4.680	5.399	842
ambulante Pflege	120	128	166	693	4.376	3.117
sonst. ambul. Einrichtungen	88	156	228	474	643	106
(Teil-)stationäre Einrichtungen	5.003	5.482	8.951	21.919	39.008	14.247
Krankenhäuser	4.543	5.064	7.370	17.349	27.938	4.456
Vorsorge-/ Reha.-Einrichtungen	452	377	1.409	3.405	2.232	143
(teil-)stationäre Pflege	8	41	172	1.166	8.837	9.648
Sonstige*	1.680	2.961	3.501	6.897	9.563	3.031

*) Ambulante Einrichtungen: Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonst. medizin. Berufe, Apotheken, Handwerk/ Einzelhandel, ambulante Pflege, sonst. ambul. Einrichtungen

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheit, Reihe 7.2: Krankheitskosten 2002–2008, Wiesbaden 2010.

Anhangtabelle 4: Beschäftigte (Vollzeitäquivalente in Tausend) im deutschen Gesundheitswesen im Zeitraum 2000 bis 2010 mit jeweiligem Frauenanteil

Berufe	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gesundheitsberufe	**3299**	**3342**	**3395**	**3427**	**3432**	**3409**	**3414**	**3459**	**3531**	**3604**	**3648**
Berufe der Gesundheitsversorgung [1])	**2002**	**2033**	**2064**	**2102**	**2131**	**2143**	**2165**	**2226**	**2274**	**2335**	**2390**
Ärztinnen/Ärzte	266	269	272	274	279	280	281	284	288	292	**297**
Frauenanteil	35,0%	34,9%	34,9%	35,8%	36,2%	36,1%	36,7%	37,7%	39,2%	39,7%	40,7%
Zahnärztinnen/-ärzte	61	61	60	61	62	61	61	62	62	63	**63**
Frauenanteil	34,4%	34,4%	35,0%	36,1%	35,5%	36,1%	37,7%	37,1%	38,7%	39,7%	39,7%
Apotheker/innen	45	45	45	43	43	43	44	45	46	46	**47**
Frauenanteil	57,8%	57,8%	55,6%	55,8%	55,8%	55,8%	56,8%	57,8%	60,9%	60,9%	61,7%
Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten [2])								28	29	28	**29**
Frauenanteil								60,7%	62,1%	64,3%	65,5%
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	745	751	757	769	778	782	794	815	833	858	**895**
Frauenanteil	84,8%	84,7%	84,5%	84,9%	84,4%	84,5%	84,4%	84,3%	84,3%	84,1%	84,4%
Physiotherapeutinnen/-therapeuten	53	58	63	67	69	72	75	80	84	88	**93**
Frauenanteil	83,0%	82,8%	84,1%	82,1%	81,2%	80,6%	80,0%	78,8%	78,6%	78,4%	78,5%
Therapeutische Berufe (Beschäftigungs- Arbeits-/ Ergotherapie, Logopädie, Motopädie, Orthoptistik)	43	46	50	52	58	62	68	71	73	79	**78**
Frauenanteil	81,4%	78,3%	78,0%	78,8%	81,0%	80,6%	80,9%	81,7%	82,2%	84,8%	83,3%
Hebammen/Entbindungspfleger	14	14	14	15	14	15	15	15	16	16	**17**
Frauenanteil	100,0%	100,0%	100,0%	93,3%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen	154	159	163	169	170	171	173	174	178	187	**196**
Frauenanteil	67,5%	66,0%	66,3%	67,5%	67,1%	66,7%	65,9%	66,1%	66,3%	66,3%	65,8%
Masseurinnen/Masseure, med. Bademeister/innen	59	62	64	67	64	63	61	63	66	65	**56**
Frauenanteil	45,8%	45,2%	43,8%	43,3%	45,3%	44,4%	45,9%	44,4%	43,9%	44,6%	53,6%
Diätassistentinnen/-assistenten	9	9	9	10	10	11	11	10	11	10	**10**
Frauenanteil	88,9%	88,9%	100,0%	90,0%	90,0%	90,9%	90,9%	100,0%	90,9%	100,0%	90,0%
Medizinisch-technische Assistentinnen/-assistenten	71	72	72	73	73	72	72	72	74	75	**75**
Frauenanteil	91,5%	90,3%	90,3%	90,4%	91,8%	91,7%	90,3%	91,7%	90,5%	90,7%	90,7%
Pharmazeutisch-technische Assistentinnen/-assistenten	37	38	39	38	39	41	43	44	46	47	**49**
Frauenanteil	97,3%	97,4%	97,4%	97,4%	97,4%	97,6%	97,7%	97,7%	95,7%	97,9%	95,9%
Medizinische Fachangestellte	273	275	279	282	285	283	280	276	278	285	**285**
Frauenanteil	99,3%	99,3%	99,3%	99,3%	99,3%	98,9%	99,3%	99,3%	98,9%	98,6%	99,3%
Zahnmedizinische Fachangestellte	162	164	167	170	173	173	172	171	174	178	**180**
Frauenanteil	99,4%	99,4%	99,4%	99,4%	99,4%	99,4%	99,4%	99,4%	99,4%	99,4%	98,9%
Heilpraktiker/innen	10	10	10	12	14	14	15	16	16	18	**20**
Frauenanteil	60,0%	60,0%	60,0%	66,7%	71,4%	71,4%	66,7%	68,8%	68,8%	66,7%	65,0%

1) in der Terminologie der Gesundheitspersonalrechnung: „Gesundheitsdienstberufe“ einschließlich „Altenpfleger/innen“
2) seit 2006 als eigenständige Kategorie ausgewiesen; bis 2006 geführt unter "Therapeutische Berufe"

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitspersonalrechnung, Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. (www.gbe-bund.de, 04.02.2011)

Anhangtabelle 5: Beschäftigte (total in Tausend) im deutschen Gesundheitswesen im Zeitraum 2000 bis 2010 mit jeweiligem Frauenanteil

Berufe	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gesundheitsberufe insgesamt (einschließlich Gesundheitstechnikberufe, soziale Berufe und andere Berufe im Gesundheitswesen)	4.115	4.180	4.274	4.358	4.390	4.420	4.463	4.540	4.632	4.738	4.829
Berufe der Gesundheitsversorgung [1])	2.475	2.534	2.591	2.686	2.740	2.785	2.834	2.926	2.990	3.095	3.156
Ärztinnen/Ärzte	295	298	301	304	306	308	311	315	320	326	334
Ärztinnen, Frauenanteil	36,9%	37,6%	37,9%	38,2%	38,6%	39,3%	39,9%	40,6%	41,6%	42,3%	43,1%
Zahnärztinnen/-ärzte	63	64	64	65	65	65	65	66	66	67	68
Frauenanteil	36,5%	35,9%	37,5%	36,9%	38,5%	38,5%	38,5%	39,4%	40,9%	40,3%	41,2%
Apotheker/innen	55	55	56	55	56	56	57	58	59	59	60
Frauenanteil	63,6%	63,6%	62,5%	61,8%	62,5%	64,3%	64,9%	65,5%	66,1%	67,8%	68,3%
Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten [2])								32	33	34	35
Frauenanteil								62,5%	66,7%	64,7%	68,6%
Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	960	986	1008	1037	1053	1074	1097	1134	1161	1208	1232
Frauenanteil	86,8%	86,6%	86,6%	86,8%	86,6%	86,7%	86,5%	86,3%	86,4%	86,2%	86,0%
Physiotherapeutinnen/-therapeuten	66	72	78	86	90	95	102	109	115	122	128
Frauenanteil	84,8%	86,1%	85,9%	84,9%	84,4%	84,2%	82,4%	82,6%	82,6%	82,0%	81,3%
Therapeutische Berufe (Beschäftigungs- Arbeits-/ Ergotherapie, Logopädie, Motopädie, Orthoptistik)	55	59	63	67	76	84	93	97	100	107	108
Frauenanteil	81,8%	79,7%	81,0%	82,1%	82,9%	83,3%	81,7%	83,5%	85,0%	86,0%	86,1%
Hebammen/Entbindungspfleger	16	16	17	18	18	18	19	19	19	20	21
Frauenanteil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen	209	214	217	225	229	232	236	239	246	261	269
Frauenanteil	72,2%	70,6%	71,4%	71,6%	71,2%	71,1%	70,8%	70,7%	70,7%	70,1%	70,3%
Masseurinnen/Masseure, med. Bademeister/innen	59	60	62	65	67	68	69	71	73	74	74
Frauenanteil	57,6%	58,3%	59,7%	60,0%	58,2%	57,4%	58,0%	57,7%	56,2%	56,8%	59,5%
Diätassistentinnen/-assistenten	12	12	12	13	13	14	15	15	15	14	14
Frauenanteil	91,7%	91,7%	91,7%	92,3%	100,0%	100,0%	93,3%	93,3%	93,3%	92,9%	92,9%
Medizinisch-technische Assistentinnen/-assistenten	90	91	91	93	93	93	93	94	95	97	98
Frauenanteil	92,2%	92,3%	92,3%	92,5%	92,5%	92,5%	92,5%	92,6%	92,6%	91,8%	91,8%
Pharmazeutisch-technische Assistentinnen/-assistenten	47	48	50	51	52	55	58	59	61	63	65
Frauenanteil	97,9%	97,9%	98,0%	98,0%	98,1%	98,2%	98,3%	98,3%	98,4%	98,4%	98,5%
Medizinische Fachangestellte	347	353	360	381	386	383	381	378	383	390	394
Frauenanteil	99,1%	99,2%	99,2%	99,2%	99,2%	99,5%	99,0%	99,2%	99,0%	99,2%	98,7%
Zahnmedizinische Fachangestellte	205	210	215	228	234	234	233	233	237	243	245
Frauenanteil	99,5%	99,5%	99,5%	99,6%	99,6%	99,1%	99,6%	99,6%	99,6%	99,2%	99,6%
Heilpraktiker/innen	13	14	15	17	19	22	24	26	26	30	32
Frauenanteil	61,5%	64,3%	66,7%	70,6%	73,7%	72,7%	75,0%	73,1%	73,1%	73,3%	71,9%

1) in der Terminologie der Gesundheitspersonalrechnung: „Gesundheitsdienstberufe“ einschließlich „Altenpfleger/innen“
2) seit 2006 als eigenständige Kategorie ausgewiesen; bis 2006 geführt unter "Therapeutische Berufe"

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitspersonalrechnung, Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. (www.gbe-bund.de, 04.02.2011)

Anhangtabelle 6: Gesundheitsausgaben in Deutschland in der Verteilung nach Leistungsart in Mio. Euro im Jahr 2009

		Gesundheitsausgaben	Anteil
Investitionen		9.650	3,5%
laufende Ausgaben für Prävention/		11.135	4,0%
laufende Ausgaben für ärztliche Leistungen		75.939	27,3%
laufende Ausgaben für pflegerische und therapeutische		65.674	23,6%
davon:	laufende Ausgaben für pflegerische Leistungen	50.089	18,0%
	laufende Ausgaben für therapeutische Leistungen	14.776	5,3%
	laufende Ausgaben für Mutterschaftsleistungen	809	0,3%
laufende Ausgaben für Waren		76.788	27,6%
weitere laufende Ausgaben		39.160	14,1%
davon:	laufende Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung	20.014	7,2%
	laufende Ausgaben für Transporte	4.835	1,7%
	laufende Ausgaben für Verwaltungsleistungen	14.311	5,1%
Gesundheitsausgaben insgesamt		**278.346**	**100,0%**

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger, Statistisches Bundesamt 2011. (www.gbe-bund.de,15.09.2011)

D. Verzeichnisse

Abbildung 1:	Verteilung der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen heute und in der Zukunft in Tsd. Einwohner/innen (2030 und 2060 entsprechend der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnung)	15
Abbildung 2:	Pflegebedürftige in Tsd. nach Altersgruppen für den Zeitraum von 1999 bis 2009	17
Abbildung 3:	Krankheitskosten nach Sektoren und Altersgruppen für 2008 in Mio. Euro	18
Abbildung 4:	Beschäftigte (Vollzeitäquivalente) in Gesundheitsversorgungsberufen[1] nach ihren Anteilen im Jahr 2010	22
Abbildung 5:	Entwicklung der Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) nach durchschnittlicher jährlicher Wachstumsrate über den Zeitraum von 2000 bis 2010	23
Abbildung 6:	Beschäftigte (total in Tausend) im deutschen Gesundheitswesen nach Altersgruppen im Zeitraum von 2000 bis 2010 (ausgewählte Berufe)	25
Abbildung 7:	Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. Euro pro Jahr	31
Abbildung 8:	Gesundheitsausgaben in Deutschland für das Jahr 2010 in der Verteilung nach Leistungsart in Mio. Euro	32

Tabelle 1: Studienanfängerinnen und -anfänger sowie Absolventinnen und Absolventen in der Humanmedizin und Zahnmedizin im Zeitraum von 1993 bis 2010 53

Tabelle 2: Abschlüsse an berufsbildenden Schulen in Pflegeberufen für den Zeitraum von 1990 bis 2010 56

Tabelle 3: Abschlüsse an berufsbildenden Schulen in Therapieberufen für den Zeitraum von 1990 bis 2010 57

Tabelle 4: Studienanfängerinnen und -anfänger (1. Fachsemester) in pflegewissenschaftlichen und pflegenahen Studienbereichen im Zeitraum von 2005 bis 2010 61

Tabelle 5: Studienabsolventinnen und -absolventen in pflegewissenschaftlichen und pflegenahen Studienbereichen im Zeitraum von 2005 bis 2010 61

Tabelle 6: Studienanfängerinnen und -anfänger (1. Fachsemester) in therapiewissenschaftlichen Studienbereichen im Zeitraum von 2005 bis 2010 63

Tabelle 7: Studienabsolventinnen und -absolventen in therapiewissenschaftlichen Studienbereichen im Zeitraum von 2005 bis 2010 64