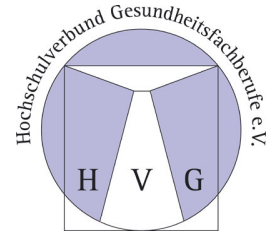




AG MTG

In Kooperation mit der
HRK Hochschulrektorenkonferenz

Gefördert von der
Robert Bosch **Stiftung**



**„Primärqualifizierend studieren in den Gesundheitsfachberufen –
ein Gewinn für die Versorgungsqualität.“**

Berlin, 27.11.2009

Podiumsdiskussion „Welche Therapeuten braucht das Land?“

TeilnehmerInnen:

Prof. Dr. Heidi Höppner, FH Kiel

Prof. Dr. Mark Dominik Alscher, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Prof. Dr. Bernhard Borgetto, HAWK Hildesheim

Christina Bode, GKV-Spitzenverband, Berlin

Prof. Dr. Anne Friedrichs, FH für Gesundheitsberufe, Bochum

Holm Thieme M.Sc. PT, Studienabsolvent HAWK Hildesheim

Moderation:

Brigitte Meier, ZIG Bielefeld

Vorstellung der TeilnehmerInnen

Prof. Dr. Höppner, Professorin für Physiotherapie seit 2002, Hochschullehrerin an der FH Kiel,

Fr. Meier:

Frau Prof. Höppner hat einen Studiengang aufgebaut und Sie sagen: Die therapeutischen Berufe haben eigentlich viel mehr Potential, könnten viel mehr einbringen in die Gesundheitsversorgung als es bisher der Fall ist. Durch Akademisierung und weitere Studienmöglichkeiten ist wesentlich mehr drin.

Was ist der Nutzen der Akademisierung für die Gesundheitsversorgung von morgen?

Prof. Dr. Höppner:

Meine Perspektive ist: Ich komme aus dem Beruf, bin seit 1982 Krankengymnastin und bin aus dem Beruf raus gegangen, weil ich mit dieser ausschließlich fachspezifischen Weiterbildung nicht zufrieden war. Ich habe dann Sozialwissenschaften und Gesundheitswissenschaften studiert und kann eigentlich seit Mitte der 90er Jahren gar nicht mehr anders als Versorgung vor dem Hintergrund von Public Health, Gesundheitswissenschaften zu denken. Wir haben ein Medizin und Mediziner-Orientiertes Gesundheitsversorgungssystem. Für mich stellt sich die Frage: Warum nimmt das Gesundheitssystem in Deutschland die anderen Berufsgruppen nicht mehr wahr. - Warum macht ihr das alles alleine- . Wir haben im Vergleich zu anderen Ländern einen für andere Länder nicht erklärbaren Abstand in der Hierarchie Mediziner -therapeutische Berufen und auch zur Pflege. Aktuell ist die Pflegewissenschaft uns 15 Jahre voraus in der Entwicklung. Wir sind spät gestartet. International kommt es mir manchmal so vor als vertrete ich ein Entwicklungsland.

Zum Mehrwert: bei allen anstehenden Problemen in der Gesundheitsversorgung, die es gilt zu händeln, kann ich gar nicht anders denken als dass Ärzte, Sozialarbeiter, Pflegekräfte und Therapeuten zusammenarbeiten. Wie wollen wir die Probleme, Herausforderungen und Chancen einer älter werdenden Gesellschaft regeln? Welcher Benefit ist es, wenn gute Physiotherapeuten mit dabei sind, bspw. schon ½ Jahr Verzögerung der Immobilität bedeutet einen unglaublichen Erfolg in Bezug auf die Lebensqualität - auch wirtschaftlich und gesundheitsökonomisch und unter Aspekten der Versorgungsforschung sowieso. Diese Potenziale haben unsere Berufe und die Pflege, - kleine Schritte zu machen, damit Immobilität später auftritt, damit das Rehabilitationspotential genutzt werden kann. Rehabilitation vor Pflege, Prävention vor Kuration, damit das große Potential an Prävention in der Gesellschaft genutzt wird. Hier möchte ich auf die letzten beiden Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen verweisen.

Prof. Dr. Alscher, Chefarzt für Innere Medizin und Nephrologie am RBK Stuttgart

Frau Meier:

Welchen Eindruck haben Sie als Mediziner von der Bedeutung der Gesundheitsfachberufe. Was ist Ihre Meinung zur Mehrakademisierung und Wandlung des Berufsbilds insgesamt der Gesundheitsfachberufe?

Prof. Dr. Alscher:

Vielleicht nutze ich die Gelegenheit für die Position der Ärzte zu werben. Sie waren im 19./20. Jhdt. die Prozessverantwortlichen und müssen nun einen Bedeutungsverlust erleben, zunächst durch die Verwaltungskräfte und nun durch die Gesundheitsfachberufe. Aber auch bei den Medizinern, gerade auf der Ebene der Chefarzte gibt es einen Generationswechsel. Z.T. gibt es noch die alten Fürsten, die ihre Fürstentümer verteidigen. Die neue Generation ist anders sozialisiert und hat deshalb auch eine andere Bereitschaft.

Gesundheit ist ein großes Wachstumsfeld und ist für die Gesamtwirtschaft von enormer Bedeutung. Demografischer Wandel einerseits, wir werden zunehmend komplexere Patienten sehen und alle, die um den Patienten herum gruppiert sind, müssen sehen, dass das Umfeld so professionell wie irgend möglich gestaltet wird.

Wir haben das Problem eines gewissen Kostendrucks: wir müssen bessere Qualität möglichst bei reduzierten Kosten anbieten. Eine Diskrepanz, für die es aber auch Lösungen gibt:

Moderne Technologien und bessere Prozesse, aber in diesen Bereich kommt die Diskussion Gesundheitsfachberufe.

Akademisierung insgesamt ist immer eine große Chance.

Wir bekommen zunehmend komplexere Patienten mit komplexeren Problemen, wir haben soziale Verwerfungen, wir müssen schauen, wie wir Selbständigkeit besser erhalten, wir müssen ganzheitliche Ansätze mehr wieder zurück bringen, in die Zentren, Krankenhäuser, Praxis.

Dafür brauchen wir akademisiert Gesundheitsfachberufe. Wenn ich eine entsprechende Wissensbasis habe, kann ich mich viel besser in die Prozesse einbringen.

Es wird im Gesundheitswesen darum gehen, wie wir die Prozesse hochprofessionell gestalten: hohe Qualität- geringere Kosten, damit wir volkswirtschaftlich alle noch eine bessere Unterstützung bekommen.

Fr. Meier:

Was bedeutet das für das Thema Eigenverantwortung? Wie wichtig für die Gesamtqualität im Team sind die Bereiche Delegation / Substitution?

Prof. Dr. Alscher:

Da erwarte ich von den Theoretikern drum herum, dass sie mir den Rahmen so gestalten, dass ich das praktisch umsetzen kann. Bsp. Notaufnahme: Wenn nicht Tätigkeiten, die früher Arzt Tätigkeiten waren, an die Pflege delegiert würden, dann habe ich schlechtere Prozesse. Ob ich das nun delegiere oder komplett herauslöse und in den neuen Berufen ansiedele – ich muss die Rahmenbedingungen so nützen, dass ich optimale Prozesse habe. Die Rahmenbedingungen müssen so optimal gestaltet werden - von der Gesetzgebung und Fachverbänden- dass die Praktiker qualitativ hochwertige Prozesse anbieten können.

Holm Thieme, Studienabsolvent, Master of Science Physiotherapie

Fr. Meier:

Sie waren praktisch als Physiotherapeut tätig, haben quasi „im Selbstversuch“ das durchlaufen, über das wir hier sprechen, und lehren nun an einer Fachschule für Physiotherapie.

Was ist aus Ihrer Sicht der Unterschied der Fachhochschule zur Fachschulausbildung?

Was sind die unterschiedlichen Einsatzfelder der Absolventen?

Hr. Thieme:

Ein Unterschied ist in der praktischen Arbeit am Patienten, dass man sich noch individueller auf den Patienten einstellen kann, dadurch, dass man größere Reflektionsmöglichkeiten an die Hand bekommen hat. Die Arbeit ist individueller abgestimmt, aber die Rahmenbedingungen des Versorgungssystems machen es sehr schwer, genau das tun zu können.

Wir haben Bereiche z.B. in der Reha, wo die Medizinalfachberufe einen großen Teil der Aufgaben übernehmen, dort könnten sie noch viel eigenständiger Leistung am Patienten erbringen. Man kann es dort auch noch viel besser reflektieren, z.B. vor einem wissenschaftlichen Hintergrund. Die Erkenntnisse verändern sich enorm. Ich arbeite auch in der Forschung und habe so eine direkte Verlinkungsmöglichkeit von Forschungsergebnissen und der Praxis. Die derzeitige Ausbildung bereitet darauf eigentlich nicht vor, genau die Versorgung am Patienten wissenschaftlich zu reflektieren.

Zu den Tätigkeitsfeldern:

Deutschland ist in einer besonderen Situation im internationalen Vergleich.

Dort ist der Bachelor der erste berufsqualifizierende Abschluss und qualifiziert für die Arbeit am Patienten. Hier ist das Aufgabe der Fachschule.

Bachelorabsolventen müssen sich Tätigkeitsfelder suchen, in denen sie ihre zusätzlichen Qualifikationen einbringen können.

Z.B. eine Kooperation in den Bereichen Forschung / Lehre / Leitung. Der Masterabsolvent ist befähigt zu leiten in einer besonderen Position tätig zu werden und selbsttätig zu forschen, leiten und lehren. International ist das klar: Bachelor bedeutet Praxis am Patienten, Master bedeutet besondere Aufgaben in Forschung, Leiten und Lehre

Prof. Dr. Borgetto, Soziologe mit dem Schwerpunkt Gesundheitswesen, Lehrstuhl für Gesundheitsförderung und Prävention an der HAWK Hildesheim.

Fr. Meier:

Sie haben auf die verschiedenen Einsatzfelder einen Blick. Ich bitte sie um eine Stellungnahme zu der aktuellen „bunten Landschaft“ der Studiengänge, was passiert da eigentlich mit Blick auf die Einsatzbereiche dieser Absolventinnen und Absolventen?

Prof. Dr. Borgetto:

Es muss einen Zusammenhang geben zwischen Tätigkeitsfeldern und Qualifikationsniveaus. Die Vielfalt, die es zurzeit gibt, wird auch noch in 10 Jahren so bestehen.

Auf allen Ebenen werden Therapeuten auf den Markt gebracht und deren Differenzierung wird auf dem Markt überhaupt nicht wahrgenommen. Es bieten sich auch nicht die entsprechenden Tätigkeitsfelder.

Es ist nicht zu sehen, wie sich das ändern sollte, wenn nicht auch die Rahmenbedingungen von der Politik her geschaffen werden- dass da auch gewollt wird, dass da auch andere Aufgabenfelder und Aufgabenniveaus eingezogen werden in die Versorgung.

Das wird nicht von alleine kommen. Da sind die Berufsverbände vermutlich zu schwach, um das irgendwie durchsetzen zu können. Da muss auf jeden Fall mehr Bewegung rein.

Ein Problem in dem Ganzen ist natürlich, und das gilt ähnlich wie in der Medizin, dass die Wissenschaft nicht weiß, wie es in der Praxis aussieht.

Wir kennen ein paar Berichte, aber wir kennen eigentlich nicht viele Versorgungsstudien.

Zitat einer Medizinerin im BMG [Bundesministerium für Gesundheit]: EBP [Evidenzbasierte Praxis] ist ja ganz schön, nur wissen wir leider nicht, wie die Praxis zurzeit aussieht und wie EBP die Praxis verändern wird.

Wir kennen nur Fallberichte, einzelne Stimmen und Stellungnahmen. Es fehlt ein Überblick, der uns erlaubt, richtig hinzuschauen. Schön ist, dass das BMBF [Bundesministerium für Bildung und Forschung] zusammen mit dem BIBB [Bundesinstitut für Berufsbildung] ein Forschungsprojekt gestartet hat, das in Europa vergleicht, wie die Beschäftigungen aussehen, ob sie dem Qualifikationsniveau entsprechen, oder darüber oder darunter liegen. In den nächsten 3 Jahren gibt es erste Ergebnisse als Basis. Die Diskussionen zurzeit, die z. T. auch ideologisch geführt werden, sind nahezu „empiriefrei“ und müssen auf den Boden der Tatsachen gestellt werden.

Der Nutzen?

Das muss ich anders begründen: Wissenschaftsbasierung des Handelns ist ein zentrale Kompetenz. Sie ist eine Brücke zwischen dem i.d.R. sehr individuellen Fall und einem notwendigerweise verallgemeinertem Wissen.

Wie bekomme ich diese Brücke hin?

In der Schule gibt es Schablonen / Schemata. Der Patient wird in Schubladen eingeordnet. Ich mache das, was man üblicherweise da tut ich habe wenige Möglichkeiten von der Kompetenz her, zu reflektieren und zu schauen, was muss ich individualisiert für diesen Patienten tun und wie kann ich das, was ich als Forschungshintergrund habe, kritisch reflektieren.

Man kann nicht nur sich auf das rekurren, was man weiß, sondern muss dazu beitragen, dass man mehr weiß.

- Forschung machen

- Fragen, wo kommt das Wissen denn her?

Da muss man auch z.B. über Forschungsförderung Bescheid wissen, dass es z.B. leicht ist, eine Medikamentenstudie zu machen aber eine Studie über ein komplexes Behandlungssregime schwer und dass das selten gefördert wird.

Es gibt also eine Schräglage im Wissen und als Therapeut muss ich in der Lage sein, das zu wissen und muss trotzdem komplexe nicht so sichere Behandlungen anwenden. Die Gefahr ist, wenn ich nicht entsprechend ausgebildet bin, dass ich Studienergebnisse (wenn ich sie denn verstehen kann) einseitig zur Kenntnis nehme. Das erfordert mehr, als 1 ½ Jahre Studium, das auf die Ausbildung aufgesetzt ist. Das reicht nicht aus, um Therapeuten so zu sozialisieren, dass das verinnerlicht wird, wie es durch einen primärqualifizierenden Studiengang möglich wäre.

Wir brauchen reflektierte Praktiker.

Prof. Dr. Alscher: Wir haben natürlich das Problem insgesamt. Evidenzbasierte Medizin ist in aller Munde und randomisierte kontrollierte Studien sollen uns sagen, was wir machen sollen.

Problem 1: Die Wissensmenge ist so groß, dass sie nicht mehr erfahrbar ist- daher machen wir keine EBM. Wir erleben durch die neue Informationstechnologie: es gibt eine Fülle von digitalisierten Daten. Wir können tatsächlich das erste Mal Prozesse evaluieren. Wir werden ganz neue Erkenntnisse bekommen. Das hat Auswirkungen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Es gibt bisher kaum Outcomes, wie sich Ergebnisse durch interdisziplinäre Ansätze oder höherqualifizierte Berufe verbessern können. Das wird sich ändern und man wird den Wert ganz anders messen können. Ich bin da optimistisch für die Zukunft, dass wir da entsprechende Evidenzen auch für diese Bereiche bekommen können.

2. Zu den interdisziplinären Ansätzen:

Durch die Informationstechnologie kann es Unterstützung geben, dass Gesundheitsfachberufe anders qualifiziert und eingesetzt werden können. Die Ökonomisierung, die wir zurzeit erleben führt dazu, dass die Menschen ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt werden können.

Hier ein Beispiel aus der Vergangenheit, als die Ärzte in beliebiger Zahl Überstunden machen konnten. Das führte dazu, dass teure Ärzte in ihrer Arbeitszeit Entlassungsbriefe im 2-Finger-System schrieben.

Die Ökonomisierung wird dazu führen, dass wir qualifizierte Kräfte qualifiziert einsetzen müssen.

**Fr. Bode, Vertreterin des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherungen,
Abtl. Heilmittel , Sachverständige bei der Einführung der Modellklausel**

Fr. Meier:

Fr. Bode hat den Blick aus der Perspektive der GKV auf diese Entwicklungen, und ist interessiert, dass das System gut qualifizierte Therapeuten hervorbringt. Was aber den Mehrwert der Akademisierung angeht ist sie nicht von vornherein überzeugt und hat Fragen an die Situation. Vielleicht können Sie Ihre Fragen noch einmal formulieren, damit wir auch kontrovers diskutieren können?

Fr. Bode:

Als Finanzierer der Gesundheitsleistungen sind wir der Bremser oder Bedenkenträger in dieser Diskussion.

Hintergrund: es gibt eine Vielzahl therapeutischer Berufe im stationären Bereich, auch im ambulanten Bereich, die auf ärztliche Veranlassung tätig sind und bestimmte therapeutische Abläufe sind da eingespielt.

Wir sind Einkäufer dieser Dienstleistung, im ambulanten Bereich Einkäufer therapeutischer Qualifikationen.

Die Berufsbilder sind gekennzeichnet durch die 3-jährige Fachschulausbildung. Danach erhalten sie durch die Landesregierung die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung. Das ist für uns das Signal: das sind kompetente Leute, die therapeutische Leistungen am Patienten erbringen können.

Die Gesundheitswissenschaft ist dynamisch, es gibt Veränderungen auch im Hinblick auf technische Entwicklungen, Telemedizin, im Hinblick auf die Zusammenarbeit, die sich bestimmt auch im ambulanten Bereich verändern wird, bspw. durch spezielle Vertragsformen, integrierte Versorgungsformen, wo die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen therapeutischen Berufen sich anders vollzieht.

Für die GKV ist es begrüßenswert bei der Einführung der Modellklausel, dass der therapeutische Kernbereich festgeschrieben ist. Die Anforderungen an die praktische Ausbildung bleiben bestehen, so dass sie nach dem Studium (primärqualifizierend) therapeutisch tätig werden können.

Bei der Diskussion waren die Inhalte unklar: Welche Therapeuten werden dort ausgebildet? Was genau ist deren Tätigkeitsbereich? Es ist nachvollziehbar, dass Tätigkeitsbereiche gesucht werden und dass sich am Horizont bestimmte Entwicklungen abzeichnen. Nichtsdestotrotz sind wir hier die Bremser, da wir erstmal die Versorgung sicherstellen wollen, wie sie ist. Für uns sind die Modellversuche insofern interessant, dass sich ja erstmal der Ausbildungsort ändert. Das ist ja erst nur der organisatorische Rahmen. Ziel der Modellklausel: wie soll das Berufsbild perspektivisch weiter entwickelt werden? Da ist es für mich klar, dass auch antizipiert wird, wie die Fachschulausbildungen weiter entwickelt werden. Nun steht im Raum: die Fachschulen arbeiten veraltet, sind nicht an neue Entwicklungen angepasst: ich würde erwarten, dass man sich auch unabhängig vom Ausbildungsort auf die veränderte Rahmenbedingungen einstellt.

Prof. Dr. Friedrichs, Gründungsbeauftragte der bundesweit ersten staatlichen Fachhochschule für Gesundheitsfachberufe in Bochum:

Frau Meier:

Sie sind Pionierin der vollakademischen Ausbildung im Rahmen einer Modellausbildung. Sie haben viel Erfahrung schon durch die Gründung anderer Hochschulen. Sie sind Mitglied des Gründungssenats der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, sie waren Präsidentin der Fachhochschule in Niedersachsen und sind Mitglied des Wissenschaftsrates.

Wie geht es Ihnen?

Prof. Dr. Friedrichs:

Mir geht es gut. Es ist eine Riesen-Herausforderung, die unglaublich viel Spaß macht. Ich habe als Ein-Frau-Betrieb angefangen mit der Gründung der Hochschule, mittlerweile sind wir auf 17 Personen in den letzten 4 Monaten angewachsen. Im Wintersemester 2010 / 2011 wollen wir mit den ersten 200 Studierenden in den 5 Studiengängen Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Hebammenwesen und Pflege beginnen.

Was wird bei uns anders sein?

1. Es gibt eine Wissenschaftsbasierung der Studiengänge ab dem ersten Semester, die im Vordergrund steht. Wenn in etwa 5 Jahren die Studiengänge re-akkreditiert und evaluiert werden, muss die Frage nach dem akademischen Mehrwert beantwortet werden:

Unser Studienprogramm ist eindeutig wissenschafts- und forschungsbasiert. Frage der Implementierung von Forschung vom ersten Semester an. Das ist ein Unterschied zu den Fachschulausbildungen und den bisherigen additiven Studiengängen.

Es ist ein Unterschied, ob man vom ersten Tag an in einer Hochschule mit Fragen wissenschaftlicher Arbeit konfrontiert wird oder erst später als „add on“ nach der Fachschulausbildung.

2. Es ist ein Geschenk, dass wir nicht die Professionen wie in den Fachschulen fein säuberlich voneinander trennen. Die Studierenden der 5 Studiengänge werden bei uns gemeinsam sein und haben ein Kerncurriculum. Das ist für spätere Interdisziplinarität grundlegend. Ein Hin- und Herführen zu dem gemeinsamen Arbeiten im Sinne des Patienten und auch im Sinne der Kosten dieses Systems kann gar nicht früh genug beginnen. Es wird einen hohen Anteil auch an Fachspezifität geben müssen, aber dieses Suchen nach Fragen, was kann gemeinsam gelehrt und geforscht werden, wo sind gemeinsame Fragen, die wir zunächst zusammen formulieren und dann beantworten, ist auch ein ganz ganz wichtiger Punkt, der für uns eine große Rolle spielt.

Diskussion

Fr. Meier:

Frau Bode, ist es nun deutlicher, dass es nicht nur eine anderer Ort, sondern auch andere Inhalte sind?

Fr. Bode:

genannt wird ein Mehrwert in der Interdisziplinarität und ein Mehrwert durch Forschung. Wenn ich in die Forschung gehen will, ist es klar, dass ich einen akademischen Hintergrund brauche. Muss ich aber für die Berufsausübung komplett ein primärqualifizierendes Studium absolvieren?

Fr. Meier:

Ist die akademische Ausbildung als add on möglich oder sollen die Fachschulen wissenschaftliches Arbeiten vermitteln?

Fr. Bode:

Müssen alle Ausbildungen, auch die primärqualifizierenden, an die Hochschule?
Zur Interdisziplinarität: Zusammenarbeit ist im Grunde nichts Neues und gerade im stationären Bereich gang und gäbe in der Abstimmung und Koordination der Versorgungsprozesse: Im Sinne der Prozessoptimierung werden die Berufsgruppen schon zusammen gebracht. Nun ist die Frage, wie man die Prozessoptimierung in den ambulanten Bereich überträgt.

Prof. Dr. Friedrichs:

Wissenschaftlichkeit eines Studiums ist nicht nur relevant für jemanden, der in der Forschung arbeiten will, auch der in die Lehre geht wird wahrscheinlich noch den Master machen. Es ist nicht unser Anliegen an der Hochschule in Bochum, Gesundheitsmanager auszubilden, wir wollen Menschen, die in einer höheren Qualifikation am Menschen tätig sein können.

Die Frage der Wissenschaftlichkeit ist eine wichtige Voraussetzung für die bessere Versorgung des einzelnen Patienten und nicht nur für die Frage „will ich in die Forschung und Lehre“. Das kann ein weiteres Produkt sein, weil wir feststellen, dass bei der Berufung von Professoren für die Stellen der Anteil an Primärqualifizierten äußerst gering ist und die Professoren aus dem Ausland kommen müssen, d.h. wir müssen unseren eigenen Nachwuchs für die Gesundheitshochschulen qualifizieren.

Die Hauptaufgabe ist die Qualifizierung für die Arbeit am Patienten. Es muss aus den Köpfen raus, dass wir hier Gesundheitsmanager und Klinikchefs etc. ausbilden. Dafür gibt es andere Studiengänge, das ist nicht mein Thema.

Hr. Thieme:

Ich mache ein Bemerkung zu der Frage: „kann nicht die Fachschule diesen Transfer von Forschung in die Lehre leisten?“ Ganz klar: Nein, das kann sie nicht. Wer soll das den leisten?

Ich fordere von Fachschullehrern maximal eine pädagogische Ausbildung - die ist gegeben, aber keine wissenschaftliche Qualifikation. D.h. eine Verbindung von Forschung und Lehre kann in der Fachschule gar nicht geleistet werden.

Da ist sicher die Hochschule der richtige Ort: hier wird geforscht, hier wird gelehrt. Der Transfer ist möglich und auch die Flexibilität. Dazu ein Beispiel: das Curriculum in Schulen, z.B. in Sachsen, ist sehr rigide. Obwohl es noch nicht alt ist, ist es doch aus wissenschaftlicher Sicht überholt. Dieses Problem hat eine FH nicht, die direkte Weitergabe der Ergebnisse des Forschenden an die Lernenden.

Prof. Dr. Borgetto:

Frau Bode und ihrer Aussage, dass Kooperation nichts Neues wäre, möchte ich entgegen halten: Das, was man jetzt unter Kooperation versteht, ist zum Glück etwas Neues und deckt sich nicht mit dem vor Jahren unter einem irgendwie gearteten Zusammenwirken am Patienten, das eher sukzessive, denn miteinander war. Auch der Patient ist nichts Neues, aber einige Mediziner sagen, dass er die Entdeckung des 20. Jhdts. sei: „Shared decision making“, gemeinsame Entscheidungsfindung, die Einbeziehung des Patienten in Entscheidungen.

Bisher wurde wenig besprochen: wie entwickeln sich Aufgabenfelder? Wo werden Personen auch entsprechend ihren Qualifikationen eingesetzt?

Ich glaube die Frage der selbständigen Entscheidung, über Verordnungen, über Zahl, Dauer von Therapieeinheiten, Zusammenarbeit mit anderen, Verwalterverweisungen, Diagnostik etc. das sind Fragen, die hängen ja da dran, dass ich mehr kann, als in der Berufsfachschule lerne. Und dafür, glaube ich, braucht es auf jeden Fall eine Ausbildung. Abhängig von Bachelor und Master werden auch andere Aufgabenfelder in der Praxis, gerade auch in der niedergelassenen Praxis entstehen.

Hier erwähne ich den First Contact: kann ich als Patient direkt und ohne Verordnung zu einem Therapeuten gehen und dieser ist in der Lage zu entscheiden, wo ist meine Grenze, was muss ich beachten, wann schicke ich jemanden wieder zu einem anderen Arzt, so wie das auch jeder Arzt können muss. Um in diesem System auf Augenhöhe mit den niedergelassenen Ärzten zu kommen, dafür braucht es sicherlich noch etwas anderes als einen Master, möglicherweise analog zu der ärztlichen Weiterbildung, z.B. ein Praxisjahr bis man dahin kommen kann.

Ein lohnenswertes Ziel wäre das. Man hat das bei den Psychotherapeuten gesehen, dass das eine sinnvolle Unternehmung war, die aber auch einen großen Vorlauf hatte und einen langen Ausbildungsweg bis man dahin kommt, voraussetzt.

Wenn man sich die Differenzierung von möglichen Aufgabenfeldern ansieht, und es wird nicht jeder in die höchste Stufe wollen oder können dann wird auch ein entsprechend differenziertes Ausbildungssystem brauchen. Ob das bei Logopäden und Ergotherapeuten, ob der geringen Anzahl, überhaupt möglich ist bis hin zu den helfenden / assistierenden Aufgaben, das müssen die Berufsgruppen unter sich ausmachen. Wahrscheinlicher ist es, dort alle zu akademisieren.

In der Physiotherapie kann ich das nicht sehen, solange es politisch nicht gewünscht ist, alle grundständig zu akademisieren oder auch additiv- wenn man den Begriff nehmen will. Wer will das bezahlen? Wie soll das gehen? Das kann ich mir im Moment nicht vorstellen. Es gibt immer das Argument, die mittleren Bildungsabschlüsse brauchen auch Zugang zu den Ausbildungen.

Solange wir nicht eine vernünftige Quote, ein vernünftiges Bildungssystem haben untendrunter, das es ermöglicht, weiter oben einzusteigen und wir immer sagen müssen, wir brauchen auch für die mittleren Bildungsabgänge Ausbildungsberufe, solange werden wir immer das Problem haben, dass solche Berufe gerne genommen werden, um zu sagen, das ist ein gutes Auffangbecken für die, bei denen wir in der Bildung nicht so erfolgreich waren oder die in der Bildung nicht so weit nach oben wollten. Das ist ja auch unbenommen, dass jeder entscheiden kann, wie weit er sich in der Bildung qualifizieren möchte.

Fr. Meier:

Ist eine andere Bezahlung für die akademisch Ausgebildeten nötig?

Prof. Dr. Borgetto:

Auch das ist ein Argument, warum vermutlich nicht alle auf diesen Level kommen können. Natürlich muss man leistungsgemäß bezahlen. „Flexibel einsetzen“: Man muss sich fragen, ob jemand „nur“ entsprechend seiner Qualifikation eingesetzt wird, oder auch „darunter“ oder „darüber“ und ich denke, beides wird der Fall sein. Wo setzt man dann die Bezahlung an? Bei dem, was man ursprünglich wollte, bei dem, was jemand praktisch tut? Wenn man einen Arzt nach seinen Haupttätigkeiten bezahlt würde, bekäme er das Gehalt einer Verwaltungskraft. Man muss sich überlegen, wo man ansetzt und wie man zwischen den Berufen und assistierenden Berufen einzieht, die das Grundwissen haben, um einen Arztbrief zu schreiben und dafür aber nicht überqualifiziert sind. Es muss Vieles ganz neu gedacht werden.

Prof. Dr. Alscher:

Zu 1) Interdisziplinarität durch Ausbildung. Ich würde das als sehr positiv einstufen. Im Alltag ist es bisher nicht weit her damit. Das hängt damit zusammen: Es gibt die Säulen in der Patientenversorgung und wenig Kommunikation, z.B. zwischen der Physiotherapie und der Pflege bei einem Schlaganfallpatient: der eine kommt, der andere geht - Kommunikation schwierig. Wenn man das durch Ausbildung von Anfang an besser hinbekommt würde ich das sehr unterstützen. Und so ein Core-Curriculum für alle Gesundheitsfachberufe kann ich mir sehr positiv vorstellen.

Zu 2) Wissenschaft und Ausbildung. Wissenschaft in der Ausbildung bedeutet nicht unbedingt, dass jeder hinterher wissenschaftlich arbeitet. Virchow sagte schon: Medizin wird Wissenschaft sein oder wird nicht mehr sein. Wissenschaft ist nötig um auch die Versorgung der Patienten hoch zu halten. Wir sorgen dafür, dass jeder Mediziner in seiner Ausbildung mindestens an einer Studie teilnimmt, um hinterher auch die Evidenzen kritisch hinterfragen zu können und diese Einsetzen bei den Entscheidungen für Ihre Patienten. Ich brauche die Wissenschaftsbasis, um eine hochqualifizierte Versorgung des Patienten zu gewährleisten. Es muss von daher nicht zu Führungspositionen oder Arbeit in der Wissenschaft führen.

Zu 3) die Kostenträger müssen berücksichtigt werden- es muss bezahlbar bleiben. Teure Ausbildung und angemessene Bezahlung- das System würde deutlich teurer. Es muss zu Konstrukten kommen, dass einerseits die Qualität verbessert wird über verbesserte Qualifikationen andererseits muss es volkswirtschaftlich tragbar bleiben. Und das ist schwierig.

Meine persönliche Idee ist, dass der Einsatz neuer Technologien Verbesserungen bringen werden. Einige Leistungen, die z.T. hochpreisiger sind, können wir billiger anbieten bei verbesserter Qualität, aber diese Diskussion müssen die Gesundheitsberufe untereinander führen. Da wird es neue Lösungen geben.

Wir können der Bevölkerung und dieser Volkswirtschaft nicht noch mehr zumuten, wir sind schon teuer, aber es gibt Potential, es besser zu machen: Aufteilung der Arbeitsbereiche der verschiedenen Gesundheitsfachberufe und Prozessoptimierung. Da wird die Zukunft liegen.

Ein vierter Aspekt: Der Arzt ist natürlich nicht nur Verwaltungskraft. Das ist etwas sehr zuge-spitzt. Wir bemühen uns zurzeit sehr, alle diese Verwaltungstätigkeiten outzusourcen. Unter einerseits betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten: es ist zu teuer und andererseits schafft es eine hohe Frustration bei den Menschen, wenn sie nach dem langen Hochschulstudium nur noch Anträge ausfüllen, Kodierungen vornehmen. Das geht nicht auf Dauer. Sie sind wirtschaftlich erfolgreicher, wenn Sie das auslagern.

Prof. Dr. Heidi Höppner:

Mir ist noch einmal ganz wichtig: die Seite der Kostenträger und die Frage der Heilmittel im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen.

Ich frage mich, welche Vorstellungen bei Krankenkassen und Ärzte vorherrscht - was da eigentlich am Patienten passiert, was da eigentlich passieren soll. Ein Beispiel: die Behandlung von chronisch kranken, multimorbiden älteren Patienten wird immer komplexer und ich bekomme durch die Praxisreflexion bei meinen Studierenden mit, wie gut sie jetzt schon – als Studierende und ohne Berufserfahrung - sein müssen, um wirklich das Richtige zu tun. Das Richtige meint, wirklich in kurzer Zeit effektiv, effizient, ethisch korrekt handeln zu können. Warum machen wir da eigentlich eine Unterscheidung hinsichtlich des Ortes, wo dies gelehrt und gelernt wird? Bei Sozialarbeitern stellen wir nicht in Frage, dass sie eine Fachhochschulausbildung brauchen. Meinen denn die Kostenträger und Ärzte, die relativ unspezifisch verordnen, dass wir da „irgendwie über menschliche Körper gehen - irgendwie eine Massage machen, irgendwie Knochen bewegen? Was soll für 16 / 18 € eigentlich möglich sein - innerhalb von 20 Minuten? Was ist hier gewünscht? Was genau an Leistungen soll denn den gesetzlich Versicherten morgen eigentlich noch zur Verfügung stehen?

Das ist eine gesellschaftliche Entscheidung, finde ich persönlich.

Ich selbst habe im Bereich der Versorgung schwerstmehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher gearbeitet und manchen Anruf getätigt und den Arzt konkret gefragt, ob ich diesen schwerstbehinderten Jungen ausziehen soll für die Behandlung. Wenn es nicht um irgendeine Behandlung geht, dann braucht man dafür Zeit. Viele der Ärzte haben sich auf eine Doppelbehandlung eingelassen. Das waren aber wirklich noch ganz andere Jahre. D.h.: wir müssen aushandeln, was wir den Betroffenen zur Verfügung stellen. Wir müssen darüber reden, was für 16 / 18 € geliefert werden kann. Das ist eine gesellschaftliche Aushandlung um den Wert und Nutzen dieser Arbeit.

Fr. Meier:

Also dann doch eine klare Verteilungsfrage. Herr Alscher, Sie sagen „mehr Geld ins System ist nicht möglich, wir müssen die Prozesse optimieren.“ Das müsste bedeuten: wie wird der Kuchen aufgeteilt? Welche Gewichte erhalten die Gesundheitsfachberufe für ihre Dienstleistung, vielleicht in Konkurrenz auch zu dem medizinischen Einsatz.

Fragen aus dem Publikum

Hr. Eglmeier, Döpferschulen:

Am Anfang hieß es, dass 10% akademisiert werden sollen. Vielleicht war das ein Missverständnis, ich möchte das gerne geklärt haben, über welche Quote wir reden. In der Diskussion ist gefallen „die Jetzigen sind zu gering qualifiziert“ und es besteht anscheinend auch keine Chance, sie höher zu qualifizieren– wo wollen wir hin? Sagen wir, die Ausbildung, so wie sie jetzt ist, ist minderwertig, reicht nicht aus? Es muss alles generell reformiert werden? Oder sagen wir, ein Teil der Therapeuten wird benötigt, um andere Aufgaben zu übernehmen? Mir ist es vorgekommen, als würde das unterschiedlich diskutiert. Hat der Bachelor andere Aufgaben vorort oder sagen wir, die gesamte Berufsfachschulausbildung reicht nicht mehr aus? Diesen Fragen müssen wir uns stellen.

Prof. Dr. Höppner:

Ich bin mir nicht bewusst hier heute schon eine Zahl genannt zu haben. Wir sind mal gestartet und - zwar nicht nur wir an den Hochschulen, sondern auch seitens der Berufsverbände, mit einer grundsätzlichen Anhebung der therapeutischen Berufe auf Fachhochschulniveau. Das sind die Resolutionen der Verbände bis zum heutigen Tag hin. Selbst der Verband der Leitenden Lehrkräfte der Physiotherapieschulen hat eine solche Resolution vor zwei Wochen verabschiedet. Der „deutsche Weg“ des Übergangs ist ein anderer als der der österreichischen oder schweizer Kolleginnen und Kollegen - wie auch immer er aussieht. Das ist auszuhandeln. Ich warne davor, und das ist meine Sorge, dass wir versäumen, über ein Versorgungspotential in Gänze zu diskutieren, sondern, dass es eine Absplitterung jener gibt, die studiert haben, sich dann vielleicht auch anders nennen und alles andere bleibt beim Alten. Wenn wir nicht relativ schnell eine deutliche, umfangreiche Zahl an studierten Therapeuten haben, es zu einer Marginalisierung dieser Neuen kommt mit den Effekten, dass sie versuchen, sich selbst eine Identität schaffen. Es wäre schade hinsichtlich des Potenzials für die gesamte Professionalisierung dieser Berufe. Wir brauchen die Studierten für diesen Professionalisierungsschub.

Hr. Krauth, Robert-Bosch-Stiftung:

Eine Wissenschaftsbasierung muss man unterstreichen. Der Akademisierungszug ist in voller Bewegung. Man kann ihn bremsen, nicht stoppen. Und ich beziehe mich jetzt hauptsächlich auf die Pflege, was sich hauptsächlich auch in der Praxis tut – und ich kenne viele Kliniken: Der Bedarf wird eingefordert, der ist da. Die Pflegedirektoren sagen, wir brauchen solche Fachleute mit Steuerungskompetenz. Wir können die Prozesse mit einem sehr breiten ausgebildeten Stamm von Leuten, die nur am Bett sind und jeweils für einen Patienten arbeiten, nicht verbessern. Wir brauchen Steuerungskompetenz. Auch das ist etwas, so sind wir der Meinung, was in einem anderen Kontext gelernt werden muss.

Der zweite Aspekt: Hochschulen sind nicht das gelobte Land. Wenn ich mir gerade die allgemeine Diskussion ansehe – besetzte Hörsäle –gab es selten eine solche Einigkeit zwischen Studierenden und Hochschullehrern. Der Bologna-Prozess, die Bachelor- / Mastereinführung hat auch sehr viele Ecken und Kanten und Fußfesseln. Und das war für mich heute noch gar nicht Thema. Wir erleben das sehr deutlich - auch aus eigenen Anschauungen in unserem Bundesland, in Freiburg. Da sind Regierungsfürsten an der Macht. Dort wird von behördlicher Seite aus verlangt, dass der Maßstab, der an die Berufsfachschulen angelegt wird, auch an die Hochschule angelegt wird.

Es mutet an, dass nur das Haus gewechselt wird. Es kommen zwar Bachelor-Absolventen heraus, aber das Korsett ist so eng, das Curriculum so rigide, dass kaum etwas anderes möglich ist. Da sind Bedenken an den Tag zu legen. Der Flexibilität und Forschung sind damit Grenzen gesetzt.

Prof. Dr. Gress, Fachhochschule Fulda:

Ich habe eine Frage an Frau Friedrichs: Bei dem Core-Curriculum / der Interdisziplinarität: sind auch die Mediziner im Boot oder „nur“ die therapeutischen Berufe?

Prof. Dr. Schämamm, Zürcher Hochschule Winterthur:

Zu der Stufigkeit im System: Haben Sie sich Gedanken dazu gemacht, Kompetenzprofile für die unterschiedlichen Ausbildungsniveaus national anzudenken? Wir haben das in der Schweiz, vor dem Hintergrund der Umstellung auf das grundständig akademische System machen müssen. D. h. wir mussten auch insbesondere in Bezug auf die Tätigkeit am Patienten ganz klar deklarieren, was ist denn der Unterschied zwischen einem Bachelor- / Masterstudierenden? Wenn Sie dann noch ein Niveau darunter haben, dass müsste das auch noch beschrieben werden.

Dr. Rausch, Präsidentin des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie:

Ich vermissen bei all dem hier diskutierten die Vision für die Zukunft. Wir müssen das Unmögliche denken, damit wir das Mögliche überhaupt schaffen. Vor diesem Hintergrund möchte ich nicht über die mittleren Bildungsabschlüsse diskutieren. Das ist aus meiner Sicht die Aufgabe der Politik, da Qualifizierungen anzubieten, die entsprechende Schulabschlüsse vorhalten. Wir wollen wissen, und das ist Thema dieses Symposiums: Welche Versorgung brauchen wir morgen? Was sollen denn die Leute mit dem Patienten tun? Und auf welcher Grundlage tun sie das?

Ich sehe eine große Gefahr: Mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens lt. Koalitionsvertrag wird das Gesundheitswesen Wettbewerb wie jeder andere. Wenn aber Therapeuten gar nicht wissen, wie Wissen generiert wird, sind sie anfällig für die Marketingmaschinerien von Unternehmen, dass wir uns z.B. das Thema Interdisziplinarität etc, hinten an schreiben können, da vorrangig ganz andere Prozesse geschehen.

Ich plädiere für das Thema die Wissenschaftsbasierung als Grundlage einer effektiven und effizienten und interdisziplinären Versorgung von Morgen. Das, was wir für die Patienten morgen brauchen, heute vorzubereiten und uns nicht aufzuhalten an allzu vielen kleinen Schwierigkeiten, die muss man immer überwinden.

Prof. Dr. Trumpp, Fachhochschule Schloss Hohenfels, Studiengangsleiter Logopädie:

Bei der Diskussion stelle ich mir die Frage: wie werden wir international und europäisch wahrgenommen, wenn wir eine solche Diskussion führen?

Wenn wir uns Gedanken darüber machen, wie die Versorgung der Patienten aussieht, wie wissenschaftsorientiert das ganze sein soll, dann beginnen wir im Grunde eine Diskussion in Deutschland, die in anderen Ländern schon sehr weit fortgeschritten ist und wo wir den Anschluss schon lange verloren haben oder jetzt erst wieder finden müssen. Wir können auch im Verhältnis zu den Krankenkassen keine isolierte deutsche Diskussion führen. Sicher spielen die Kosten auch eine enorme Rolle, aber im internationalen Vergleich müssen wir den Anschluss weiter finden.

Meine zweite Anmerkung bezieht sich auf das interdisziplinäre Arbeiten: Wir haben interdisziplinäre Teams, auch jetzt schon, z.B. auf Stroke-Abteilungen arbeiten Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten zusammen, aber es sind Säulen, die nebeneinander stehen und miteinander arbeiten, man gibt sich die Klinke in die Hand. Aber interdisziplinäres Handeln hat Core-Bereiche: Clinical Reasoning, Evidenzbasierte Praxis und auch dass die Therapeuten mit gleicher Terminologie herangehen. Das ist eine andere Interdisziplinarität, als die, die wir bis jetzt haben. Die Kernbereiche müssen heraus gestellt werden. Es ist eine andere Terminologie in der Interdisziplinarität.

Prof. Dr. Friedrichs:

Wir werden nicht mit einem 6-semesterigen Bachelorstudium beginnen, sondern es wird mindestens 7 Semester dauern, da uns klar ist, dass die Anforderungen, die zu bewältigen sind, mit 6 Semestern nicht zu händeln sind.

Anderer Aspekt: Sie [Frau Bode] sagten, dass sie froh sind, dass die Praxisanteile so geblieben sind: mir wäre es lieber gewesen, es hätte eine Diskussion über die Qualität und die Inhalte der Praxis gegeben und nicht darüber, ob es 2600 bis 3000 Stunden sein müssen. Die Diskussion ist damit nicht vom Tisch, sondern geht gerade erst los.

Kerncurriculum mit den Medizinern. Selbstverständlich wünschen wir uns die Mediziner mit im Boot. Wir führen gerade Gespräche, die aber nicht so einfach sind wie mit den Vertreterinnen und Vertretern der Studiengänge, die ohnehin mit uns an der Hochschule sind. Es ist nicht sinnvoll, dass die Gesundheitsfachberufe zusammen arbeiten und wir lassen die Ärzte außen vor. Unsere Türen sind ganz weit offen, sie müssen nur durchschritten werden.

Wie sollen später die Berufsfelder aussehen? Richtig ist, dass es heute noch keine zufriedenstellenden Antworten gibt. Mir ist aufgefallen, dass niemand von ver.di da ist. Die hätte ich gerne mit am Tisch, ohne sie wird es auf Dauer nicht gehen. Ich bin über die Aussagen von ver.di bisher nicht so glücklich. Aber ich hoffe, dass es auf Dauer möglich ist, ver.di da auch in eine gute Diskussion einzubinden. Um auch die Frage der tariflichen Einordnung zu klären.

Es wird nicht alles dadurch besser, dass man mehr Geld ins System gibt. Manchmal stellen sich viel mehr Verbesserungen dadurch ein, dass man Arbeitsabläufe ansieht und die Frage „wie behandle ich den Patienten“ und nicht „wie lange“ beantwortet. Für die Praxis und für das Studium gilt für mich dasselbe: Was passiert in der Zeit? Und das Gleiche gilt für die Frage, wie ich mit dem Patienten arbeite.

Prof. Dr. Borgetto:

Dass wir Visionen brauchen ist klar, ob wir gleich das Unmögliche denken müssen, ist eine andere Frage. Was ist möglich? Wir brauchen Kompetenzprofile für die verschiedenen Niveaus, wir müssen uns überlegen „was können die?“

Wir müssen das ganze von 3 Bezugspunkten aus denken:

1. Vom Patienten her, was er braucht
2. Von dem Beruf her: was will der Mensch, der einen bestimmten Beruf ausübt, wie will er ihn ausüben, welches Qualifikationsniveau will er selber? Wir können nicht bestimmen: „Du studierst“ und wir können nicht alles vom Patienten her ableiten. Wir haben auch eine Verantwortung den Personen gegenüber, die den Beruf ausüben.
3. Vom System her: Welche Ressourcen haben wir, um bestimmte Aufgaben zu lösen? Mit Prozessen ist man ein gutes Stück dabei, das System zu rationalisieren, aber wir werden um eine Diskussion um Rationierung nicht herum kommen. Wir dürfen uns das nicht schön reden, dass wir über Prozessoptimierung die finanziellen Probleme lösen. Das finanzielle Problem wird es immer geben und immer Wettbewerb um die Ressourcen geben zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Wir sollten das auf den Tisch legen. Dann können wir besser damit umgehen, als wenn wir sagen „Nö, das bekommen wir alles durch immer besser werden irgendwie hin“

Wenn wir daran denken, dass Leute sagen, wir wollen einen Ausbildungsberuf ergreifen und es welche gibt, die studieren wollen, dann denke ich, sollten wir diese 3 Niveaus definieren und beibehalten und darüber reden, was sie beinhalten sollen.

Ein Fachschulabsolvent kann nicht das gleiche können und Sie fragten vorhin, ob das minderwertig sei. Es ist anderswertig auf jeden Fall, aber minderwertig klingt wertend. Das möchte ich gerne da rausholen. Es gibt Menschen, die mit dieser Ausbildung zufrieden sind

und auch mit den Tätigkeiten, die daraus resultieren. Das können nicht dieselben sein, wie die eines Bachelorabsolventen oder eines grundständigen Bachelors. Wir müssen sagen können, ob die einen mehr helfende, assistierende Tätigkeiten haben und die anderen selbständigere, aber z.B. immer noch auf Verordnung basierende (Bachelor). Oder die die Eigenständigkeit haben, die eben nicht mehr auf Verordnung anderer basiert (Master). Dann gibt es vielleicht einen Forschungsmaster, einen Didaktikmaster und einen Praxismaster. Was gar nicht geht ist die Vorstellung, dass wir es mit den einzigen Berufen zu tun haben, deren Ausbildung nicht mindestens von Berufsschullehrern, die also eine entsprechende erziehungswissenschaftliche Ausbildung haben, gemacht wird, sondern von einen auf irgendeine Weise nachzuweisenden didaktischen Kenntnissen. Es gibt Leute, die sagen, dass sei eine bessere Fortbildung, keine Ausbildung. Das muss man dann auch auf das entsprechende Niveau heben und darf nicht stehen bleiben und dazu kann z.B. der Didaktikmaster beitragen. Dann hätten wir 3 Niveaus, das wäre für mich so etwas wie eine Vision, auf der man Ausbildung und damit korrespondierend Kompetenzen und einzelne Aufgabenfelder definieren könnte.

Prof. Dr. Höppner:

Ich denke, eine Vision gibt einem auch die Kraft, über das ein oder andere jetzt drüber zu steigen, um die Richtung klar zu kriegen. Was ist unser Kompass?

Ich habe verschiedene Aspekte:

Wir sollten schnell quantitativ mehr Therapeutinnen und Therapeuten qualifizieren, auch auf Hochschulniveau, damit uns nicht eine Gruppe abdriftet, um eine bestimmte Rolle und neue Identität zu suchen.

Meine Vision ist, dass sich tatsächlich diese Anstrengung lohnt, um Partner/ Partnerin in der Gesundheitsversorgung zu werden. Das ist für mich das A & O. Das braucht erweiterte Kompetenzen, die auch bestätigt werden durch die Berufsfachschulpraxis. Und es braucht auch v.A. eine neue Reflexion einer Berufsrolle im Gesundheitssystem.

Also wir brauchen erweiterte Kompetenzen und ein Überdenken der Berufsrolle um diese Partnerschaftsrolle im System auch tatsächlich wahrzunehmen.

Wir brauchen auch: Ich hoffe, wenn wir uns für die Zukunft ein Szenario für 2019 vorstellen, dass endlich deutlich wird, z.B. jetzt durch die Primärqualifikation - durch die Modellklausel, dass ein erheblicher Regulierungsbedarf notwendig ist. Unsere Berufsgesetze sind da nicht mehr zeitgemäß. So ist vieles noch unklar, auch juristisch, bei dem Thema Delegation / Substitution. Es ist ja vorwiegend haftungsmäßig gedacht worden, aber nie steuerungsmäßig. D.h. ich hoffe, dass wir in der nächsten Dekade unterstützt durch Juristen dort ein klein wenig mehr Spuren in den Schnee bekommen.

Letzter Punkt:

Die Primärqualifizierung macht noch etwas deutlich: die Verteilung von Aufmerksamkeit und Mitteln seitens der öffentlichen Hand. Die Ausbildung in diesem Bereich hat sich inzwischen zu 95% verlagert in den privaten Sektor – die öffentliche Bereitstellung ist hier fast vollständig raus. Das ist hinsichtlich Bildungschancen ein Politikum: Stellen Sie sich vor, Ihre Kinder wollen Mediziner werden. Das geht noch gut, wenn Sie ein Bundesland ohne Studiengebühren finden.

Stellen Sie sich vor, Ihre 3 Kinder wollen Physiotherapeuten werden. Möge dieser Kelch an Ihnen vorbei gehen, denn das wird teuer. D.h. wir brauchen auch eine politische Debatte in diesem Feld. Wie kann es sein, dass die Ausbildung und damit die Bereithaltung medizinischer Leistungen durch Ausbildungen an medizinischen Fakultäten über Steuermittel finanziert wird und auf der anderen Seite gibt es keine öffentliche Verantwortung für die Qualifikation zur Bereitstellung von Heilmitteln.

Ich wünsche mir, dass die Richtigen das Richtige richtig tun in der Gesundheitsversorgung.

Prof. Dr. Alscher:

zum Thema „Gemeinsame Sprache“.

Wir sprechen sehr unterschiedliche Sprachen in den unterschiedlichen Professionen. Der Patient spricht noch eine andere Sprache. Es ist sogar teilweise so, dass wir im ärztlichen Bereich verschiedene Sprachen sprechen. Es ist enorm wichtig, damit wir die Dinge synergistisch nutzen können, dass wir zu gemeinsamen Terminologien kommen, zu gemeinsamen Klassifikationssystemen. Es ist in meinen Augen eine komplette Fehlentwicklung, wenn einzelne Professionen jetzt wieder eigene Klassifikationssysteme entwickeln, wie das kürzlich in der Pflege wieder passiert ist. Es ist enorm wichtig, dass wir hier eine gemeinsame Basis haben. Und alle Projekte, die dem dienen, und da sehe ich ein hohes Potenzial, dass wir jetzt gemeinsame wissenschaftliche Projekte sich überlegt, dass man in diesem Bereich wissenschaftlich arbeitet. Damit hat man auch hinterher eine deutlich verbesserte Qualität in der Patientenversorgung.