

In Halle stellte der Wissenschaftsrat am 8.6.2013 seine Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen zur Diskussion:

Diskussionsbeiträge und Fragen an die Leiterin der Abteilung Medizin des Wissenschaftsrates und ihre Antworten

Der Wissenschaftsrat stellte seine Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen im Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Medizinischen Fakultät Halle-Wittenberg am 8. Juni 2013 zur Diskussion, wo unter der Schirmherrschaft des Präsidenten der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Prof. Dr. Jörg Hacker, der ersten Hundert Jahre Pflege- und Gesundheitsstudiengänge an Universitäten in der Mitte Deutschlands gedacht wurde.

Mehr als 150 Präsidenten und Dekane aller Hochschularten, Ministeriale, Vertreterinnen von Fachgesellschaften, von berufsständischen und Trägervereinen, von Einrichtungen, Hoch- und Berufsfachschulen nahmen an der einstündigen Diskussion teil, nachdem die Leiterin der Abteilung Medizin des Wissenschaftsrates, Frau Dr. Schwörer, ihren Vortrag gehalten hatte (Sie finden ihn ebenfalls auf dieser Homepage). Vor Beginn der Veranstaltung informierte der Moderator, Johann Behrens, alle Teilnehmenden, die Veranstaltung würde aufgenommen und für Interessierte auf die Homepage des Institutes für Gesundheits- und Pflegewissenschaften gestellt. Im folgenden Abdruck sind die Namen der Fragenden und Diskutierenden nicht vermerkt und ihre Beiträge von ihnen nicht überarbeitet worden. Die Antworten der Abteilungsleiterin Dr. Schwörer vom Wissenschaftsrat sind von ihr gegengelesen und teilweise präzisiert worden und können so als zitierfähiges Dokument auf die Homepage gestellt werden. Zur schnelleren Übersicht sind 12 sich z.T. wiederholende nummerierte Stichwort-Fragen als Überschriften in ein Inhaltsverzeichnis gebracht. Fettgedruckt sind die Fragen und Kommentare aus der Versammlung, dünn gedruckt sind die Antworten der Abteilungsleiterin des Wissenschaftsrates, Frau Dr. Schwörer.

Inhaltsverzeichnis

1. Bachelor-Abschluss und SGB V	3
2. Campus-Modell (Kooperationsmodell) und integriertes universitäres Modell	3
3. Warum 20 % Akademisierte?	4
4. Kooperations- und Integrationsmodell	6
5. Mangel an Hochschullehrern und an Finanzierung von Pflegeforschung?	6
6. Berufsrechtliche Zulassung und Abrechnung	7
7. Förderung von Promotionen ?	8
8. Interprofessionelle Studiengänge einschließlich der Medizin? Lehrkrankenhäuser und Universitätsklinika?.....	8
9. Gerontologische Pflege als primärer Ausbildungsberuf?	9
10. Praxiskompetente Lehrkräfte an die Hochschule?	10
11. Interdisziplinarität unter Einschluss der Medizin?	11
12. Praktiker an die Hochschulen, in anderen Ländern akademisierte Gesundheitsberufe und Promotionen?	11

1. Bachelor-Abschluss und SGB V

Frage: Hat sich der Wissenschaftsrat zur Problematik positioniert, ob Bachelorabsolvierende Leistungen nach dem SGB V erbringen dürfen, da bei vielen oft trotzdem die Examinierung nötig ist, um überhaupt nach SGB V arbeiten zu dürfen?

Frau Dr. Schwörer: Dazu hat sich der Wissenschaftsrat nicht explizit geäußert, da dafür andere Gremien existieren. Dies muss unter Umständen durch eine veränderte Gesetzgebung geregelt werden.

2. Campus-Modell (Kooperationsmodell) und integriertes universitäres Modell

Der Wissenschaftsrat hat das Campusmodell und das integrierte Modell vorgeschlagen, die unbewertet nebeneinander stehen. Wann wird das eine und wann das andere Modell im Vorteil gesehen oder ist ein Modell das Prime-Modell und das andere Modell ein Kompromiss aus dem Faktischen heraus?

Es sind zwei gleichberechtigte Modelle, die nebeneinander stehen und jeweils ihre Vor- und Nachteile haben. Das universitäre Modell hat sicherlich Vorteile durch seine strukturellen Freiräume in der Forschung. Dies liegt auch an den Unterschieden in der Lehrtätigkeit zwischen Universitäten und Fachhochschulen - an den Universitäten mit 8-9 Wochenstunden und an den Fachhochschulen mit 18 Wochenstunden. Es ist zu kurz gegriffen, zu sagen, an den Fachhochschulen würde gar keine Forschung betrieben. Gerade in staatlichen Fachhochschulbereichen in Deutschland ist die Spreizung was Aktivitäten in der Forschung auch im Fachhochschulbereich angeht, sehr breit.

Es gibt Fachhochschulen, die auf ihren Gebieten eine sehr gute und anerkannte Forschung, z.T. rel. anwendungsnah, durchführen. Es ist sicher ein Vorteil an den Universitäten, dass sie viel mehr strukturellen Freiraum bieten, wohingegen normalerweise Fachhochschulen gerade durch ihre Praxisnähe ausgezeichnet sind.

Der Wissenschaftsrat beschäftigt sich nicht nur mit Medizin, sondern auch mit dem Hochschulsystem im Gesamten. Vor 2 Jahren gab der Wissenschaftsrat eine Empfehlung zur Differenzierung im Hochschulsystem heraus, in der gerade diese Differenzierung im Rahmen des Spektrums der Tätigkeiten, die eine Hochschule ausübt, von anwendungsnaher Fachhoch-

schule bis Forschungs- Universität beschrieben ist, die sich zunehmend verändert. Forschungsaktiven Fachhochschulen machen schon fast ähnliche Sachen wie weniger forschungsstarke Universitäten. Das Spektrum splittet sich auf, was auch im Gesundheitsberufemodell so ist. So werden im Papier zu den hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen zwei gleich berechnigte Modelle dargestellt mit ihren Vor- und Nachteilen, die diskutiert werden müssen.

Halle strebt ja das integrierte Modell an oder hat es teilweise schon. Sie haben hier auch Reaktionen aus den Bundesländern dazu gezeigt- Thüringen, Baden-Württemberg haben sich dezidiert geäußert. Hat sich Sachsen-Anhalt nicht geäußert?

Dazu ist mir momentan nichts bekannt, ob sich Sachsen-Anhalt auch dazu geäußert hat.

3. Warum 20 % Akademisierte?

[Statement] **Der Punkt, der die Kritik ausgelöst hat zu den 20 Prozent der Akademisierung wird von der Wirklichkeit überholt werden und die Zahl wird sich bereinigen. Es gibt zwei wichtige Aspekte- Einmal ist es bemerkenswert, dass Sie nochmal den klinischen Forschungsbereich betonen: Hier wäre ein Weg, dass auch Hochschulen und die Hochschullehrer im klinischen Bereich stärker präsent sind, um dort in den bestehenden Strukturen die Pflegeforschung und das professionelle Handeln stärker zu verankern. Von daher wäre es eine Empfehlung meinerseits, auch die Pflege als akademisches Lehrgebiet in den akademischen Lehrkrankenhäusern mit zu etablieren und Berücksichtigung der verschiedenen Gegebenheiten in den Bundesländern. Die Hochschulen in den Studiengängen sind immer wieder dazu gezwungen, sich mit dem administrativen Bereich auseinanderzusetzen. Das ist nicht einfach und verlangt in vielen Fällen sehr viele Kompromisse. Es wäre schön, wenn die akademische Linie bis hin zum Abschluss greifen würde.**

Mich interessiert, die schon in verschiedenen Veröffentlichungen seit einigen Jahren genannten Zahlen des Akademisierungsbedarfes von 10 bis 20 Prozent. Ich muss Ihnen Recht geben, dass der tatsächliche Bedarf wesentlich höher ist. Das nordamerikanische Institut for Medicine hat für die Vereinigten Staaten einen Akademisierungsbedarf in der Pflege von 80 Prozent vorausgesehen. Natürlich macht so etwas nur Sinn, wenn auch ein Praxisbezug vorhanden ist. Woher kommt diese Zahl von 20 Prozent, die mir zu niedrig angesetzt scheint?

Zum einen ist es sehr schwer, die verschiedenen Hochschulen und auch Gesundheitssysteme miteinander zu vergleichen- zum Beispiel kennt das amerikanische System keine duale Ausbildung. Es ist ganz unterschiedlich, mit welchen Qualifikationen man überhaupt diesen Beruf ergreifen kann. Das ist teilweise gar nicht oder kaum geregelt und der Ersatz dafür sind nicht nur in den Gesundheitsbereichen sondern auch in anderen Bereichen, bestimmte Studiengänge. Diese Zahl zur Akademisierung wird natürlich in Frage gestellt und stößt auf Widerstand. Die Angaben von zehn bis zwanzig Prozent müssen als erste Schritte begriffen werden. In den angesprochenen Veröffentlichungen hat der Wissenschaftsrat auch geäußert, dass er sich nach einem Zeitraum von fünf Jahren nochmal mit der Thematik befassen wird.

Wie ich schon bei der Befragung zum Wissenschaftsrat geäußert hatte, könnte ich die Schweiz und die Niederlande, die bei den therapeutischen Berufen zu hundert Prozent akademisiert sind, nicht kritisieren. Wenn wir beschlössen, dass die Akademisierung hier 2014 hundert Prozent sein sollte, wäre fraglich, ob wir diese Zahl überhaupt verwirklichen könnten. Dazu sind die Kapazitäten nicht da. Es ist nur ein Unterschied, ob man die zwanzig Prozent prinzipiell begründet oder ob man sagt, es sei erst mal ein Anfang, da mehr nicht realisierbar ist. Dies nur als Anmerkung zu diesem Thema.

Ich höre auch von Hochschulrektoren und Rektorinnen, dass sie überhaupt nicht die Personen haben, um die freien Stellen zu besetzen, sodass man erst mal einen akademischen Aufbau benötigt.

Herzlichen Dank für die Empfehlung des Wissenschaftsrats. Sie haben eine große Wirkung in der Gesamtdiskussion zur Akademisierung der Gesundheitsberufe hinterlassen. Meiner Erinnerung nach gab es auch schon 1973 entsprechende erste Hinweise vom Wissenschaftsrat, dass die Gesundheitsberufe sich akademisieren sollen. Von daher ist dies nicht neu, sondern wir haben mit großer Freude wahrgenommen, dass es auch ernst genommen wird.

Diese zehn bis zwanzig Prozent würde ich auch ähnlich wie Sie einschätzen, sollen erst mal ein Signal darstellen und die Zahlen sind sekundär. Auch ich wurde angehört vom Wissenschaftsrat zur therapeutischen Richtung. Wir haben für die Vollakademisierung plädiert. Ich sehe dies als einen ersten wichtigen Schritt und sehe auch die nächsten Schritte, die noch folgen müssen.

4. Kooperations- und Integrationsmodell

Sie hatten zwei verschiedene Modelle aufgezeigt, wie die Entwicklung verlaufen kann- einmal das Kooperationsmodell und das Integrationsmodell. Ihre Aussage, dass die Hochschullandschaft sich verändern will, ist ein wichtiges Signal. Ich sehe die beiden Modelle als Unterstützung sowie die Empfehlungen des Wissenschaftsrates, die Sie angesprochen haben, dass Hochschulen und Universitäten anders aussehen werden.

Gibt es dazu schon konkrete erste Erfahrungen oder auch Hinweise, dass dies aufgegriffen wird und auch schon ein Stück umgesetzt wird? Wir versuchen natürlich in diese Richtung zu gehen. Vielleicht gibt es noch andere Hinweise, die Sie schon erhalten haben?

Dazu kann ich im Moment nicht mehr sagen, als ich schon vorgetragen hatte. Wir werden versuchen, das für die Tagung noch stärker aufzuarbeiten.

5. Mangel an Hochschullehrern und an Finanzierung von Pflegeforschung?

Sie hatten schon den eklatanten Mangel an entsprechenden Hochschullehrern angesprochen. Die Stellen können nicht besetzt werden, Bewerbungsverfahren werden im In- und Ausland wieder eingestellt. Im deutschsprachigen Raum müssten wir auch darüber nachdenken, wie wir einen Import von angemessenen Hochschullehrern fördern, damit wir die Rate der Akademisierung in langer Zukunft schaffen können.

Ein zweiter, ganz wichtiger Bereich: Pflegende, die reflective practitioner sein sollen, müssen etwas zum Implementieren haben. Wir haben einen eklatanten Mangel an pflegewissenschaftlichen Ergebnissen. Es ist nicht ausreichend, Ergebnisse aus dem Ausland nach Deutschland zu transferieren und hier implementieren zu wollen. Hier gibt es einen Bedarf an Replikations- und Implementierungsstudien. Leider gibt es keine spezifischen Förderinitiativen mehr nach der Anschubfinanzierung der Pflegeforschungsverbände, die sehr löblich war und über sechs Jahre viel in Bewegung gesetzt hat.

So müssen wir uns bei anderen Ausschreibungen beteiligen, in denen wir gehandicapt sind, da uns vielerorts Grundlagen fehlen. Wir können nicht mit klinischen Forschungsprogrammen gleich aufwarten, da wir die entsprechenden Grundlagen noch nicht generiert haben, um beispielsweise randomisiert-kontrollierte Studien durchführen zu können. Auch da wäre es nötig, mehr Unterstützung zu erhalten, um das ganze Gebiet besser vorzubereiten für die akademische Pflege.

Da kann ich nur zustimmen. Dafür sich hat der Wissenschaftsrat meines Wissens nach auch in seinen Empfehlungen ausgesprochen.

Ich bin ebenso an der Bearbeitung des Problems der Akademisierung der Gesundheitsberufe beteiligt im Wissenschaftsministerium Erfurt. Dazu haben Sie ja schon zwei Meilensteine genannt- die Akademisierungsquote im Sinne eines ersten Schrittes zu der hier schon angemerkt wurde, dass sie eigentlich viel höher sein sollte. In Thüringen gab es Diskussionen mit den Vertretern der Fachhochschule Jena und des Universitätsklinikums Jena, die bei Realisierung zur Bildung eines Gesundheitscampus führen würden in sehr enger Kooperation zwischen Universität und Fachhochschule. Wenn wir so etwas laut sagen mit den Akademisierungsquoten, die hier schon genannt wurden, ist die Gefahr hoch, dass man dadurch Felsbrocken in den Weg räumt und schwerer zum Ziel kommt, als wenn man diese Forderungen nicht in dieser Schärfe erheben würde.

6. Berufsrechtliche Zulassung und Abrechnung

Ein anderer Punkt, der auch schon angesprochen wurde, ist die Frage der berufsrechtlichen Zulassungen: Damit hängen auch Abrechnungsfragen zusammen, ob die Kassen solche Tätigkeiten von entsprechend ausgebildetem Personal wirklich bezahlen. Damit hat sich schon die Kultusministerkonferenz befasst als Reaktion auf die Eckpunkte, die die Gesundheitsseite für ein neues Pflegegesetz formuliert hat. Auf diese Eckpunkte hat die Wissenschaftsseite der Kultusministerkonferenz reagiert, in dem sie versucht, ein Modell zu realisieren, wo man eine solche Ausbildung nicht sinnlos überlastet. Schließlich müssen auch wirklich Menschen diese Ausbildung absolvieren und dies in endlicher Zeit tun. Der Wissenschaftsrat beschäftigt sich auch derzeit auch mit einem Papier zum „dualen Studium“, das auch hier in den Gesundheitsberufen eine wesentliche Rolle spielt, wie hier schon im Vortrag erwähnt. Es erweist als nicht unproblematisch, ein Studienmodell zu entwickeln, das in einem vertretbaren zeitlichen Rahmen und mit vertretbarem Aufwand studierbar ist.

Wir von der Wissenschaftsseite haben das Ziel, dass dies im den Gesundheitsbereich für die Hochschulen in einem Akkreditierungsverfahren gelöst werden soll.

Wie Sie schon erwähnt haben, arbeitet der Wissenschaftsrat derzeit an diesen Themen, die noch weiter ausdifferenziert werden müssen.

7. Förderung von Promotionen?

In Ihrem Vortrag wiesen Sie auf die derzeitig und zukünftig offen stehenden Stellen hin, wie Professuren, die momentan schwierig zu besetzen sind. Dazu möchte ich den Aspekt der Promotion ansprechen. In der Vergangenheit war es häufig so, dass man sich zum Promovieren an anderen Disziplinen wie die Erziehungswissenschaften und die Soziologie gewendet hat. Es gibt aber viele Pflegende, die nicht in diese Bereiche ausweichen wollen zum Promovieren, zumal sie dann, wenn sie in ein solches Fach, was ja doch zwar Bezugsfach ist, aber trotzdem nicht pflegewissenschaftlich ist, häufig gezwungen sind, Vorleistungen zu erbringen, um überhaupt zugelassen zu werden, die ihnen für ihr Fach als solches nichts bringen- natürlich in der Tiefe schon, aber nicht für das spezielle Fach der Pflegewissenschaften. Darum möchte ich auch nochmal mit einbringen, dass es viele gibt, die sehr gerne an medizinischen Fakultäten promovieren würden, was momentan nur in sehr begrenztem Maße möglich ist. Welche Möglichkeiten sehen Sie, das zu fördern?

Das kann ich im allgemeinen Rahmen beantworten- der Wissenschaftsrat hat sich in anderem Kontext mit der Kooperation von Fachhochschulen und Universitäten auch im Hinblick auf Promotionen beschäftigt und sogenannte Kooperationsplattformen vorgeschlagen. Das Promotionsrecht für Fachhochschulen ist ein klassisches Thema des Wissenschaftssystems. Der Wissenschaftsrat hat empfohlen, Kooperationsplattformen zwischen Fachhochschulen und Universitäten einzurichten, um gerade auch forschungsaktiven Fachhochschulen und auch den beteiligten Personen weiterzuhelfen. Für die Universitäten gibt es in dieser Hinsicht auch eine Art „Kooperationspflicht“.

8. Interprofessionelle Studiengänge einschließlich der Medizin? Lehrkrankenhäuser und Universitätsklinika?

Ich vertrete die berufspolitische Sicht der hochschulischen Qualifizierung und begrüße die Empfehlungen des Wissenschaftsrates. Es ist eine enorme Unterstützung, jetzt beim Pflegeberufsgesetz neben dem Sachverständigenrat. Ich habe eine Bitte an den Wissenschaftsrat bzw. an den Ausschuss für Hochschulmedizin: Wäre es möglich, die beiden Formen der interprofessionellen Ausbildung noch etwas genauer zu bearbeiten? Interprofessionelle Ausbildung findet sehr viel statt: die Pflege hat siebenunddreißig grundständige Studiengänge. Die Formen der Interprofession sind im Regelfall ohne Medizin. Ich kenne aus dem europäischen Ausland ganz andere Qualifizierungsmodelle, bei denen die Medizin selbstverständlicher Bestandteil dieser gemeinsamen Wege ist. Das

wäre ein Anliegen, da das Pflegeberufsgesetz für die neue Legislaturperiode ansteht. Die vorgetragene Lösung über die Eckpunkte lehnen wir seitens der Berufsverbände ab. Man kann innerhalb einer heilberuflichen Zulassung keine Hierarchisierung für die Pflege einführen: Das ist absolut untypisch für alle Heilberufe und sollte nicht gerade beispielhaft bei der Pflege erprobt werden.

Ihre Anregung nehme ich dankend auf.

Die Wissenschaftlichkeit und Forschung, die besonders im Rahmen klinischer Studien in diese Akademisierung einfließen soll, muss meiner Meinung nach primär erst mal bei den Universitätsklinika bleiben. Jetzt akademische Lehrkrankenhäuser einzubinden, wird nicht funktionieren. Das sehen wir ja schon in der Forschung, die wir im ärztlichen Bereich haben, bei der es nicht richtig funktioniert. Sie können später hineinwachsen, aber akademische Lehrkrankenhäuser sind meistens dort nicht so aktiv und auch nicht so interessiert. Ich würde das deshalb zunächst bei den Universitätsklinika belassen. Zur Diskussion um die zwanzig Prozent der Akademisierung: Am Medizinischen Fakultätentag gab es zur Akademisierung auch einigen Gegenwind. Was bedeutet eigentlich der Begriff Akademisierung? Nach Ihren Ausführungen gibt es unterschiedliche Schattierungen. Das eine geht sehr stark in die Forschung, das andere vielleicht nicht. Dazu wünscht man sich eine differenzierte Diskussion zum Thema: Was bedeutet zwanzig Prozent Akademisierung? Ansonsten werden, wie hier schon genannt wurde, viele Ängste geschürt und die Widerstände aufgebaut und das Projekt dadurch entschleunigt.

9. Gerontologische Pflege als primärer Ausbildungsberuf?

[neue Frage:] Ich würde Ihnen gerne ein paar Anregungen auf den Weg mitgeben: Die Betrachtung der gerontologischen Pflege also der Altenpflegeschulen neben der Struktur der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen an den Kliniken und die Kompetenzen die dort erworben werden. Die Schulen erfahren eine sehr starke Nachfrage nach gerontologischer Pflege als primären Ausbildungsberuf. Auf die Struktur, die in den letzten dreißig Jahren in der Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland entstanden ist, kann Deutschland nicht verzichten. Wenn ich die wissenschaftliche Entwicklung betrachte, sind die Schulen im Altenpflegebereich heute schon multidisziplinär besetzt durch die verschiedensten wissenschaftlichen Professionen und haben durchaus sehr interessante Karrierewege vor sich. Aus meiner Sicht sind wir in der gerontologischen Forschung sehr weit, in der gerontologischen Pflegeforschung hingegen noch nicht. Wichtig ist neben der Krankenpflege, die primär den Blick auf die „Kranken“Pflege hat, bei der gerontologische Pflege/Altenpflege nicht

die kranken Menschen im Alter zu betrachten, sondern im Sinne einer sozialräumlichen Ausrichtung und auch in Deutschland gleichberechtigt weiterzuentwickeln. Damit würden quantitative Probleme gelöst und es würde sicher multidisziplinär zu sehr interessanten Wissenschaftsfeldern kommen. Deutschland ist sehr weit im Vergleich zu vielen anderen Ländern.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt eben nicht, die bestehenden Strukturen komplett aufzuheben. Bei den hochschulischen Ausbildungswegen hat er sich nicht explizit dafür ausgesprochen, einen eigenen Studiengang „Altenpflege“ einzurichten. Da muss man einfach abwarten, wie sich die Disziplinen entwickeln. Erst mal ist wichtig, die hochschulische Disziplinenentstehung weiterzuführen. Wie es sich später ausdifferenziert, entwickelt sich dann, je nachdem welche Forschungsaktivitäten sich durchsetzen können.

10. Praxiskompetente Lehrkräfte an die Hochschule?

Ich bin einer der akademisierten Praktiker in der Physiotherapie. Wir stoßen in den Therapieberufen in der Praxis auf sehr großen Widerstand unter den Kollegen, welche den akademisierten Therapeuten immer wieder eine zu starke Theorieausrichtung und „Vertheorisierung“ des Praxisberufes vorwerfen. Häufig ist dies sicherlich auch der Fall, da sich Kollegen teilweise bestimmt auch aus der Praxis flüchten in akademische Laufbahnen. Auf der anderen Seite benötigen wir aber gerade diese akademisierten Praktiker am Patienten zur neuen Aufgabenverteilung sowie zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Versorgung. Meine eigentliche Frage/Hinweis geht dahin, dass wir den akademischen Praktiker, den „reflective professional“ in der Hochschulausbildung zukünftig benötigen werden. Gibt es dazu vom Wissenschaftsrat Gedanken/Konzepte wie der praxisnahe Akademiker, der nicht nur vor zehn oder zwanzig Jahren sondern auch zukünftig praktisch tätig ist, als (praxis)kompetente Lehrkraft in die Hochschule geholt werden kann?

Explizit dazu gibt es keine Position vom Wissenschaftsrat, aber es gibt vergleichbare Fälle in den anderen Disziplinen. Der Wissenschaftsrat hat sich weder dafür noch dagegen ausgesprochen, weil das etwas ist, das sich einfach ausdifferenzieren muss. Natürlich tut man sicherlich gut daran, Praktiker als Lehrkräfte, auf welcher Stufe auch immer, in den Hochschulen einzusetzen. Ich gehe davon aus, dass das schon so gemacht wird, gerade aufgrund der Probleme, geeignetes Personal zu finden.

11. Interdisziplinarität unter Einschluss der Medizin?

Sie hatten schon betont, wie bedeutsam es ist, die Interdisziplinarität zu pflegen. Hier ist die Interdisziplinarität zwischen den Gesundheitsfachberufen und deren Inhalten nicht so eine große kommunikative Hürde wie auf dem Weg zwischen den Gesundheitsfachberufen und der Medizin. Wunderbar ist, dass die Fakultät und die Universität hier in Halle dies als zentrales Ziel haben, was ich wunderbar finde. Dennoch wissen Sie ja, dass der Sachverständigenrat im Jahr 2000 schon die gemeinsame Sozialisation der Berufe angemahnt hat und Sie wissen auch, dass das Projekt der Robert-Bosch-Stiftung „Operation Team“ explizit darauf setzt, dass die Medizin interdisziplinär mit einbezogen wird. Sehen Sie in naher Zukunft eine Chance, dass im Rahmen des Sozialisationsprozesses in der akademischen Bildung ein Studiengang als Grundbildung geführt werden könnte. Sehen Sie dies als eine Möglichkeit und als eine Vision? Das würde natürlich auch bedeuten, dass sich das Medizinstudium den neuen Formen anpasst.

Das kommt darauf an, wie kurz- oder mittelfristig man das sieht. Ich glaube schon, dass dies ein Ziel ist, das auch in aller Munde ist. Dies ist nicht nur von der Seite der Gesundheitsfachberufe gewollt, sondern auch seitens der Medizin, welches als erklärtes Ziel in die nationalen kompetenzbasierten Lernziele der Medizin genannt ist. Aber solche Prozesse brauchen natürlich auch ihre Zeit. Ich sehe dies schon als eine realisierbare Vision.

12. Praktiker an die Hochschulen, in anderen Ländern akademisierte Gesundheitsberufe und Promotionen?

Ich habe zwei Anmerkungen zur Diskussion. Einmal zur Frage der Beteiligung der Praktiker an der hochschulischen Ausbildung funktionieren? Der Hochschulbereich ist immer gut für neue Ideen, neben denen wir natürlich auch klassische Modelle haben, wie man Praktiker im Hochschulbereich beteiligt. Dies wird ausgeprägt im Bereich der Kunst- und Musikhochschulen praktiziert, an denen es das Instrument der „Teilzeitprofessur“ gibt: Man ist zu einem Anteil Professor an einer Hochschule und geht im weiteren Anteil einer in der Regel verwandten Profession nach. Daneben gibt es das Instrument der Lehrbeauftragten und der Honorarprofessuren. Bisher gibt es diese drei Instrumente, wie man Praktiker an der Hochschulbildung beteiligen kann, neben den Modellen im Bereich, der an den dualen Hochschulen zu finden ist.

Zur Frage der Promotionsmöglichkeiten: Die Universitäten müssten verpflichtet werden, solche Promotionen zuzulassen. Das ist natürlich ein etwas schwieriges Feld. Hier in Halle haben wir ein

Modell, bei der sich das Problem nicht stellt, indem eine gute Kooperation zum Beispiel in einer medizinischen Fakultät aufgebaut wird.

Das Thema der Promotionen sollte nicht als rechtlich zu verfestigende Pflicht verstanden werden. Auf beiden Seiten muss ein guter Wille vorhanden sein, aufeinander zuzugehen.

Um das kurz aufzugreifen: Am Beispiel Halle spielt nicht nur das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, dass für Kooperation sehr offen ist und diese stark unterstützt, eine Rolle. Letztendlich trifft die Universität die Entscheidungen für solche Kooperationsvereinbarungen. Diese Gremien davon zu überzeugen, echte und verbindliche Kooperation einzugehen, die nicht nur personenbezogen sind, scheint nicht ganz so einfach und spielt sich in anderen Größenordnungen ab.

Zum Thema Praktiker an der Hochschule: Damit denke ich nicht an Praktiker, die zu einem Anteil an der Hochschule tätig sind, sondern aus umgekehrter Sicht an eine Professur, die dazu verpflichtet, weiter in der Praxis tätig zu sein. Das erscheint mir als der richtige Weg, zu dem mir bis jetzt noch kein Beispiel bekannt ist, von denen ich aber gerne hören würde.

In Hessen ist das Problem mit den Professuren, dass einerseits das Angebot auf dem Markt nicht so groß ist durch einen hohen Bedarf. Andererseits werden keine Teilzeitprofessuren zugelassen. In Hessen werden diese nur dann zugelassen, wenn die Hochschule die Wichtigkeit begründet, dass derjenige weiterhin in der Praxis tätig ist. Es ist beispielsweise keine Zulassung von Halbtagsstellen, die frauenförderlich wären, möglich.

Auf der anderen Seite würde es keine Hochschule im Bundesland geben, die eine Berufung auf eine Teilzeitprofessur anbietet, bei der eine Halbtagsstätigkeit in der Praxis möglich wäre, da die Finanzierung so nicht gegeben wäre. Keine stationäre Einrichtung würde momentan auf Professurbasis einstellen, da eine Praxistätigkeit in der Pflege als Krankenschwester vergütet werden würde. So stellen sich Probleme innerhalb des Systems dar.

Ich plädiere dafür, dass Professorinnen und Professoren, die im Pflegebereich berufen werden, weiterhin in der Praxis tätig sind und das zu institutionalisieren.

In manchen Ländern sind meines Wissens nach Teilzeitprofessuren schon unproblematisch möglich. Diese Regelungen sollten entsprechend angepasst werden, bis das Ziel erreicht ist.

Zum Thema Promotionsrecht- Dieses liegt ganz klar bei den Universitäten resp. Fakultäten. Durch die vom Wissenschaftsrat empfohlenen Kooperationsplattformen sollten institutionelle Strukturen geschaffen werden, um für ganze Einrichtungen und nicht nur persönliche Kon-

takte die Zusammenarbeit zwischen Hochschulen und Universitäten in diesem Bereich zu erleichtern.

Etliche Berufe werden nicht in den Empfehlungen des Wissenschaftsrats für Gesundheitsfachberufe berücksichtigt. Werden sie zukünftig in die weiteren Empfehlungen und Betrachtungen miteinbezogen? Ein Beispiel sind die Medizinisch-technischen Assistenten für Radiologie, die eine sehr wichtige Rolle im therapeutischen Bereich wie der Strahlentherapie spielen?

Der Wissenschaftsrat hat sich vorgenommen, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, wozu aber noch keine genauen Aussagen möglich sind.

Zur Klarstellung: Das Promotionsrecht liegt nicht bei Universitäten, sondern bei Fakultäten.

In Halle ist das Institut in der Fakultät mit einem Promotionsstudiengang problemlos integriert ohne weitere Hürden in der Kooperation. Dieses Modell ist so weiterzuempfehlen, da beide Seiten so ihre notwendigen Rechte und Pflichten wahrnehmen können in beiderseitigem Respekt.

Zum Thema der Professuren: Das Modell der Honorarprofessur wäre ein Fifty/Fifty-Modell, welches bei uns in der Allgemeinmedizin erfolgreich praktiziert wird. Die Person hat eine Halbtagsstelle an der medizinischen Fakultät als Honorarprofessur und ist die weiteren fünfzig Prozent in einer allgemeinmedizinischen Praxis tätig. Das könnte man in anderen Bereichen auch so anwenden. Bei den sogenannten ordentlichen Professuren, die nicht auf Honorarbasis sind, ist es problematisch da die Fakultäten für eine Bezahlung von hundert Prozent auch eine entsprechende Tätigkeit von hundert Prozent wünschen. Hier könnte man auf eine frühere Idee des Wissenschaftsrates zurückgreifen- die sogenannte klinische oder praktische Professur. Dies wäre in der Medizin denkbar. Jedoch Professoren, die als Klinikleitung stark in der Krankenversorgung eingebunden sind, könnten nur in geringerem Rahmen in der Forschung und Lehre tätig sein, würden jedoch zwei Gehälter erhalten. Der Wissenschaftsrat könnte sich überlegen, diese Modelle neu aufzugreifen, nicht nur für die Gesundheitswissenschaften sondern auch speziell für die Medizin und eventuell auch für die Zahnmedizin.

Das sollte der Wissenschaftsrat speziell prüfen, inwieweit diese denkbaren Modelle sinnvoll sein könnten, wenn er sich damit zukünftig befasst.

Als Schlusswort möchte ich sagen, dass ich mich über die lebhaftige Diskussion gefreut habe, die zeigt, dass viel im Gange ist, dass großes Interesse und der Wille zur Weiterentwicklung vorhanden sind, aber auch dass noch ein weiter Weg vor uns liegt.