



Was werden wir tun und wie?

Experten diskutieren über die Zukunft der Gesundheitsberufe

Wer kann? Wer darf? Wer nicht? Auf dem 5. APOLLON Symposium der Gesundheitswirtschaft der Bremer APOLLON Hochschule diskutierten hochkarätige Experten über die Veränderungen und die Zukunft der Gesundheitsberufe: **„Gesundheitsberufe auf dem Prüfstand. Wandel, Trends und Perspektiven“**.

Mehr Angst als Kinder

Die Zukunft der Arbeitswelt bedeutet kein Zuckerschlecken, das machte Prof. Ulrich Reinhardt schnell klar, der wissenschaftliche Leiter der BAT-Stiftung für Zukunftsfragen in Hamburg. Denn die demografische Entwicklung zeige in Deutschland sehr klar, wohin es mit den wenigen Menschen geht, die zukünftig noch arbeiten müssen. „In Zukunft gilt die Formel, die Hälfte der Mitarbeiter müssen doppelt so viel arbeiten und drei Mal so viel produzieren“, so Prof. Reinhardt. „Schon heute hat Porsche die Vier-Tage-Woche eingeführt – bei gleicher Produktivität, versteht sich.“ Warum? Es fehlen die Kinder und mit ihnen die Arbeitskräfte der Zukunft. „Wir haben in Deutschland mehr Ehepaare ohne Kinder, als Paare und Alleinerziehende mit Kindern“, stellte Prof. Reinhardt dar. Jede zweite deutsche Frau mit Abitur bleibt kinderlos. Die Deutschen halten ihr Land denn auch für kinderunfreundlich, scheuen die Verantwortung für die Kleinsten und fürchten für die Zukunft das Schlimmste, Kinder sind ihnen zu teuer und schränken sie zu sehr ein. „Mit einem Wort: Sie haben Angst“, sagte Prof. Reinhardt. Deshalb bekommen sie keine Kinder. Aber was sollten da die Somalier sagen oder die Afghanen? Schwierig zu beantworten. Die Antwort drückt aber in keinem Fall auf die Kinderzahl. In Deutschland bekommt jede Frau durchschnittlich 1,37 Kinder, in Somalia sind es 6,76 und in Afghanistan 6,58.

„Für die Arbeit bedeutet der Fachkräftemangel, dass die Chancen und die Zufriedenheit der wenigen, die arbeiten müssen oder dürfen, abnehmen“, sagte der Referent, „zwischen Wünschen und Wirklichkeit der Arbeitnehmer liegen Welten.“ Also schlechte Aussichten, möchte man meinen. Aber selbst Prof. Reinhardt sieht für die Zukunft auch Chancen: Bei den jungen Leuten nimmt der Optimismus zu. „No future war gestern“, resümierte er, „ich hoffe auf die neuen Generationen.“



Die Zeit der einsamen Kapitäne ist vorbei

Die Jungen werden neben der großen Arbeitslast auch noch eine Menge weiterer Veränderungen hinnehmen müssen oder dürfen, auch das zeigte das APOLLON Symposium. Um die Herausforderungen der beruflichen Zukunft zu stemmen, müssen sie vor allem lernen, zusammenzuarbeiten. Die Zeit der einsamen Kapitäne ist vorbei, so viel steht schon lange fest. Natürlich werden die klassischen Professionen wie Ärzte oder Apotheker nicht aussterben. Aber in Zukunft werden Teams aus ganz verschiedenen und neuen Gesundheitsberufen die Arbeit prägen – am Krankenbett, ebenso wie in den Führungsetagen der Krankenhäuser oder in den Praxen der niedergelassenen Ärzte. Eine immer stärker differenzierte Medizin fordert passend ausgebildete Expertinnen und Experten – für das Wundmanagement, für die Gesundheits-IT oder den OP-Saal. Und je mehr verschiedene Gesundheitsberufe es gibt, umso wichtiger wird ihre Zusammenarbeit.

Ein Blick über die Grenzen zu den europäischen Nachbarn illustriert die berufliche Vielfalt bei den Gesundheitsfachberufen hierzulande. Das zeigt die GesinE (Gesundheitsfachberufe in Europa) -Studie, die Dr. Yvonne Lehmann von der Berliner Charité vorstellte. Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierte Studie vergleicht 16 Fachberufe und ihre Ausbildungen in Deutschland mit ihren Pendanten in England, Frankreich, Holland und Österreich. Zunächst: Deutschland hat die meisten Fachberufe. Ausgerechnet die Altenpflege hat nicht in allen Vergleichsländern eine Pendant. Ebenso die Podologie oder die pharmazeutisch-technische Assistenz. Entsprechend verhält es sich mit den Ausbildungen. Was noch auffällt: Die schulische Zugangsberechtigung zu den verschiedenen Ausbildungen liegen im Ausland vergleichsweise höher als in Deutschland. Entsprechend höher ist die erreichte Qualifikation, die auf europäischer Ebene mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen gemessen wird. „1“ steht für grundlegende, allgemeine Kenntnisse und „8“ für die hoch qualifizierte Beherrschung eines Wissensgebietes. In Deutschland liegen die Abschlüsse in den Gesundheitsfachberufen überwiegend auf der EQR-Stufe vier, in den Vergleichsländern meistens auf EQR-Stufe 6. In Holland und England können die ausgebildeten Fachberufler auch direkt mit den Kassen abrechnen. In den deutschsprachigen Ländern, Holland und Frankreich überwiegend nicht. „Besonders in Deutschland müssen die Ausbildungen besser an die Bedarfe angepasst werden“, resümierte Lehmann, etwa bei der Versorgung Kranker oder – auch hier – bei der interprofessionellen Zusammenarbeit.



Doch der Weg ist steinig. An vielen Stellen ist aber das „System Gesundheitsversorgung“ noch nicht bereit, erklärten viele der Referenten des Symposiums.

„Der Druck auf die Gesundheitsberufe, neue Formen der Kooperation zu erproben, steigt enorm“, erklärte etwa Prof. Adelheid Kuhlmeiy in ihrem Impulsreferat, „denn der medizinisch-technische Fortschritt zieht immer neue Ausbildungsberufe nach sich.“ Prof. Kuhlmeiy ist Direktorin des Institutes für medizinische Soziologie an der Universitätsmedizin der Berliner Charité. Zugleich positioniert sich auch in Deutschland die Akademisierung der Pflege mehr und mehr und – schon längst ein Topos – die Medizin ist weiblich. 7,2 Millionen Menschen arbeiten hierzulande in Gesundheitsberufen. 80 Prozent von ihnen sind Frauen. Bei den Medizinerinnen sind es „erst“ 42 Prozent. Zugleich werden die Patienten immer älter, ihre Krankheitsbilder immer vielschichtiger, so Prof. Kuhlmeiy. „Das sind lauter Herausforderungen zu neuer Kooperation. Nun muss sie noch bewiesen werden!“

Nicht jeder ist bereit

Hürden bietet das Gesundheitssystem in der Tat genügend. So würdigt es nicht jeder Arzt, dass auch die Pflegenden zunehmend Akademiker sind. 10.000 bis 15.000 Menschen sind nach einem Pflegestudiengang in herausgehobenen Positionen tätig, so Prof. Kuhlmeiy. „Aber wir werden noch 50 Jahre brauchen, um zehn Prozent der Pflegenden zu akademisieren, wie es der Wissenschaftsrat kürzlich forderte. Der Fortschritt sieht also größer aus, als er ist.“ Um der Pflege endlich mehr Eigenständigkeit zu ermöglichen, müssen traditionelle Bilder abgeworfen werden, forderte Prof. Kuhlmeiy. Denn ständisches Denken, Separation und hierarchisches Gefälle verhindern nach wie vor die Zusammenarbeit am Krankenbett. Selbst in den Ausbildungen spielt interprofessionelle Zusammenarbeit noch nicht die zentrale Rolle, die ihr gebühre. Es sieht so aus, als ob alte Rollenbilder den Weg zur Zusammenarbeit immer noch blockieren. Was ist zu tun?

Diesseits der Fragen von Hierarchie und Standesbewusstsein „müssen wir uns mit unserer Zusammenarbeit an den Zielen orientieren“, präsentierte Kuhlmeiy als Lösungsvorschlag. Die Ziele kennen und handeln – gut gesagt. Aber Prof. Kuhlmeiy weiß allzu genau, dass ihr Ruf heute auf den meisten deutschen Krankenhausfluren ungehört verhallen wird. „Die größte Hürde sind wir selber!“, sagte sie. Darum forderte sie ihre Zuhörerinnen und Zuhörer auf, über die Staatsgrenzen zu schauen, „was in anderen Ländern schon längst an Gleichberechtigung und Zusammenarbeit möglich ist!“ Gute Vorbilder gebe es, meinte Prof. Kuhlmeiy. Auch in Deutschland fordern neue Aufgaben neue Lösungen:



„Wenn wir noch nicht das umsetzen können, was anderenorts schon geht, brauchen wir heute einen Möglichkeitssinn, um alles zu denken, was ebenso gut sein könnte wie das, was wir heute haben.“ Mit anderen Worten: Es braucht Mut zur Veränderung.

In der Tat. Wie schwer es vielen Ärzten immer noch fällt, Aufgaben zu teilen, zeigte Dr. Adina Dreier, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Sie referierte über den Entwicklungsprozess von „AGnES“ (Arztentlastende, Gemeindefähige, E-Health gestützte, Systematische Intervention). Im Zuge des von Greifswald aus initiierten Projektes machten 40 speziell ausgebildete Medizinische Fachangestellte aus Hausarztpraxen im ländlichen Mecklenburg-Vorpommern selbstständig Hausbesuche. Im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen durften sie weit mehr Tätigkeiten durchführen, als für MFAs sonst möglich ist: Patienten schulen, geriatrische Assessments vornehmen, Medikamente kontrollieren oder Telemedizin selbstständig einsetzen.

Die Ärzteschaft indessen war grundlegend kritisch eingestellt, beziehungsweise rundheraus dagegen. „Hausärzte wollen das nicht!“ oder „Patienten akzeptieren das nicht!“ oder „Schwestern/MFAs können das nicht!“, hieß es. Stimmt das? Tatsächlich sprachen sich viele Ärzteverbände gegen das AGnES-Projekt aus. Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) pochten darauf, dass der Arzt bei den Aufgaben, die der AGnES zufallen sollten, stets in der Nähe sein muss. Das wäre bei den Hausbesuchen auf dem platten Land natürlich nicht der Fall gewesen. So wurde AGnES bereits als „gefährlicher Irrweg“ eingestuft. Die Ergebnisse, die die Universität Greifswald über das Projekt zusammentrug, sprechen indessen eine andere Sprache. Insgesamt führten die 40 Medizinischen Fachangestellten von 53 Mecklenburger Hausärzten genau 11.228 Hausbesuche durch und übernahmen im Hause der meistens sehr alten Patienten mehr als 300 von ihren Chefs delegierte ärztliche Tätigkeiten: diagnostizieren, pflegen, behandeln. Der Widerstand gegen das Modell schmolz mit seinem Erfolg – jedenfalls bei den Ärzten, die mitmachten. 90,5 Prozent von ihnen beurteilten das Projekt als arztentlastend, 88 Prozent als positiv für die Compliance der Patienten. Auch die Zustimmung der Patienten war überwältigend. Ähnliche Projekte starteten in Niedersachsen (MoNi – Modell Niedersachsen), in Nordrhein-Westfalen (EVA – Entlastende Versorgungsassistentin) oder das vom Hausärzterverband geförderte Modell, das bundesweit am Start ist (VERAH – Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis). Dass der Verband das Projekt VERAH unterstützt, dürfte auch mit der vergleichsweise geringen Qualifizierungszeit zu tun haben und mit dem Umstand, dass eine so genannte



VERAH nicht alleine loszieht zu den Patienten, sondern Teil des Praxisteams bleibt, wie der Verband es ausdrückt. Will sagen: Der Arzt behält die Kontrolle.

Ungeachtet des Streites um die neuen Kompetenzen von MFAs hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits im Oktober 2011 Richtlinien zur Übertragung von Tätigkeiten der Heilkunde auf Gesundheits- und Krankenschwestern sowie Altenpflegerinnen in Modellvorhaben beschlossen. Das ist übrigens eine Möglichkeit, die kaum genutzt wird. Diese umstrittene so genannte „Substitution“ ärztlicher Leistungen ist bisher in keinem Gesetz verankert. „Bis dahin ist es noch ein weiter Weg“, sagte die Referentin Dr. Dreier.

Ärzte tun sich schwer

Übrigens ergeben sich auch für die Ärzte spezielle Potenziale, wie der Vortrag des gelernten Mediziners Dr. Martin Oechler, heute freiberuflicher Berater in Herne, zeigte. Für ihn liegt die Herausforderung an jungen Ärzten heute vor allem darin, die medizinische Qualität mit dem wirtschaftlichen Erfolg der Praxis zu verbinden. Ein Unterfangen, das auf vielen Beinen steht, auf funktionierendem Fehlermanagement, korrekter Abrechnung, Spezialisierung oder Produktivität der Arbeit, so führte Oechler in seiner Vision eines Praxis-Unternehmers aus. Aber die auf dem APOLLON Symposium heiß diskutierte Frage, wie und mit wem man unter welchen Umständen zusammenarbeiten will, hat Oechler auf seinen Folien, etwa unter „veränderte Rahmenbedingungen“, leider nicht konkret aufgeführt. Dass aber mehr ärztliche Aufgaben an Nichtärzte übergehen werden, daran hatte der Jurist Prof. Gerhard Igl von der Christian-Albrechts-Universität in Kiel in seinem Workshop keinen Zweifel. „Die Delegationsmöglichkeiten werden präzisiert und die eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde wird erweitert werden“, sagte Prof. Igl. „Die gesundheitliche Versorgung ohne Kooperation und Koordination des Handelns der an der Versorgung Beteiligten, ist nicht denkbar.“ Vorausgesetzt, die Aufgaben und Kompetenzen sind genau verteilt. Das gilt auch für Krankenhäuser, wie Jutta Dervedde feststellte, medizinische Geschäftsführerin des Bremer Klinikverbundes „Gesundheit Nord“ (GeNo). „Es geht auch bei uns um wirkliche Zusammenarbeit. Das bedeutet natürlich, dass Arbeiten nicht mehr delegiert werden. Sondern Delegation muss durch Kooperation ersetzt werden“, so Dervedde, „wir müssen weg von der Arbeitsteilung, in der wir uns festgefressen haben.“ Ein erstaunlich entschlossener Zwischenruf aus der Praxis der Klinikführung.

Was bei der GeNo in Bremen offenbar in die Führungsetagen durchgedrungen ist, fehlt dem



Gesundheitssystem an vielen anderen Stellen noch. Das konnte Michaela Evans vom Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen, bestätigen. „Droht die Zukunft der Gesundheit an der Arbeit zu scheitern?“, fragte sie in ihrem Workshop. Nun, die Gefahr besteht zumindest. „Noch immer scheitern vorhandene Qualifikationen und Kompetenzen daran, wie die Arbeitsplätze und Aufgaben in den Krankenhäusern gestaltet sind“, so Evans. Und die Frage bleibt, ob ein Versorgungssystem überhaupt offen ist für solche Defizite. Das dürfte auch für den ambulanten Versorgungsbereich gelten, aus dem Dr. Dreier berichtet hatte. „Viele Arbeitgeber sehen es leider gar nicht als ihre Aufgabe an, passgenaue Arbeitsplätze zur Verfügung zu stellen“, so meinte Evans. Erlerntes kann auf der einen Seite für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nur unzureichend nutzbar gemacht werden. Evidenzbasierung der Reorganisationsaktivitäten stünden bislang aus. Auf der anderen Seite müsse man fragen, ob die Fülle der neuen Ausbildungen den Krankenhäusern wirklich nützen „oder nur der Bildungswirtschaft“, stellte Evans klar. Große Aufgaben, die also allen bevorstehen. „Dabei sind es eigentlich keine dicken Bretter, die wir bohren müssen“, sagte Prof. Igl am Schluss seines Workshops auf dem APOLLON Symposium, „es wird nur so getan, als wären da dicke Bretter. Die dicken Bretter sind vielmehr vor den Köpfen.“

Geht doch!

Apropos helle Köpfe – Katrin Scherer, Absolventin „Bachelor Gesundheitsökonomie (B. A.)“ der APOLLON Hochschule, schilderte ihren Berufsweg von ihrer Physiotherapiepraxis zur preisgekrönten „Fernstudentin des Jahres 2010“ der APOLLON Hochschule. Heute ist Scherer Geschäftsführerin der Bremer „Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH“ (Gapsy). Damit hat sie Verantwortung für 80 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die für Gapsy im Pflegedienst unterwegs sind. „In meiner Physiotherapiepraxis waren es nur vier“, berichtete Scherer. Sie habe fast alles aus ihrem APOLLON Studium für den neuen Job brauchen können – „außer Wirtschaftsmathematik“, fügte sie lachend hinzu. Mit der Einrichtung Gapsy hatte sie insofern Glück, da das Unternehmen Frauen in Führungspositionen haben wollte und beim Vorstellungsgespräch die Kompetenz und Authentizität der Kandidatin zu schätzen wusste. „Natürlich gehören nun auch Tätigkeiten zu meinen Aufgaben, die noch ungewohnt sind“, sagte die 50-Jährige, „zum Beispiel einem Betriebsrat gegenüber zu stehen.“ Der Job, so Scherer, mache viel Spaß und „ist das, was ich immer wollte“.



Fokus Pflege: Profis und Angehörige fehlen an allen Ecken

Wie Scherer dürfte es auch vielen Pflegenden gehen, die per Weiterqualifizierung das Pflegebett verlassen wollen und die mittleren Führungsetagen von Kliniken und Pflegeeinrichtungen ansteuern. Allerdings fehlen gerade sie dann in der unmittelbaren Pflegearbeit. Prof. Heinz Rothgang, Direktor des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, hat wenig Hoffnung auf eine positive Entwicklung auf dem Pflegemarkt der Zukunft, auch wenn er einen Silberstreif am Horizont sieht. „Who cares?“, fragte er in seinem Vortrag, „Wer wird uns pflegen, wenn wir alt sind?“ Insgesamt zeichnete er ein düsteres Bild. Die Zahl der Menschen, die für längere Zeit Pflege brauchen, wird bis 2050 in Deutschland wahrscheinlich auf 4,5 Millionen Menschen steigen. Das sind mehr Menschen als die Einwohner von Berlin und Köln zusammengenommen. Laut aktueller Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes waren es 2011 bereits 2,5 Millionen Menschen in der Langzeitpflege. Etwa die Hälfte von ihnen wird zu Hause gepflegt, meistens von ihren Angehörigen.

„Die Familien sind der Pflegedienst der Nation, aber die Kapazitäten sinken“, sagte Prof. Rothgang. Es sieht so aus, als ob der größte Pflegedienst nicht mehr kann und nicht mehr mag. Denn die so genannten Opportunitätskosten der Pflege steigen. Das heißt, um die alten Eltern oder Schwiegereltern in ihrer wohl schwierigsten Lebensphase zu versorgen, müssen die Pflegenden – meistens sind es die Frauen – auf immer mehr verzichten. Prof. Rothgang: „Schlicht weil die Frauen in Deutschland immer besser verdienen, sind auch die Opportunitätskosten immer höher.“ Außerdem gibt es immer weniger Kinder in den Familien, die einmal die Eltern pflegen könnten. Viele Familien leben zersplittert an verschiedenen, weit voneinander entfernten Orten, es gibt immer mehr Singlehaushalte, auch bei den Senioren und die Pflegebereitschaft insgesamt nimmt ab.

Zugleich kippt das Angebot an professionellem Pflegepersonal. „In Konkurrenz zu anderen Jobs kommt die Pflege schlecht weg“, sagte Prof. Rothgang. Diejenigen, die sich qualifizieren wollen, oder Pflegemanagement studieren, tun dies meistens deshalb, weil sie vom Pflegebett weg wollen. Zu schlecht stellen sich die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung dar. Kurz: Das Angebot an Pflegekräften sinkt. Laut Maria Zöller vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Bonn war der Jahrgang 2011/2012 an Gesundheits- und Krankenpflegenden an den deutschen Fachschulen knapp 60.000 Köpfe stark. Im gleichen Zeitraum absolvierten ca. 56.000 Azubis eine Ausbildung der Altenpflege. Doch der Bedarf steigt dramatisch: In 20 Jahren brauche man 491.000 Vollzeitäquivalente in der Pflege, das wären etwa



750.000 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger. Dagegen stehen die aktuellen Chancen so: „Wenn wir den Anteil der Pflegeberufe an allen anderen Berufen gleich halten können, haben wir viel erreicht“, resümiert die Referentin. Mit anderen Worten: Das Pflegepersonal fehlt an allen Ecken und Enden.

Gegenmaßnahmen sind nicht vorhanden, scheitern oder werden tatsächlich nicht genutzt. So sind beispielsweise die Kommunen oft in keiner Weise auf die neue Situation vorbereitet. In den 70'er und 80'er Jahren zogen junge Familien in die Eigenheime der Speckgürtel der großen Städte. Heute leben dort alte Menschen in großen Häusern. Die Zahl der Pflegebedürftigen in den Gegenden um München und Berlin wird bis 2030 um mehr als 80 Prozent zunehmen, so der Bertelsmann Themenreport „Pflege 2030“, der zitiert wurde. Für die Pflegebedürftigen dieser Gemeinden rund um die Großstädte gibt es kaum Pflegeplätze, stellt Prof. Rothgang dar. Auch die Angebote der Politik seien verpufft, wenn man bedenkt, dass deutschlandweit nur rund 200 Menschen die Familienpflegezeit in Anspruch genommen haben – eine kümmerliche Anzahl. Die Pflegestützpunkte landauf, landab, seien zwar nützlich. Wenn Bürger Rat suchen, finden sie ihn dort auch. „Aber die Menschen kommen nur zur Beratung, wenn ein Stützpunkt sozusagen in Sichtweite liegt“, so Prof. Rothgang, „und das ist zu selten der Fall; wir haben einfach zu wenige davon.“ Die Großstadt Hamburg zählt gerade einmal neun Kontakte am Tag und in Bremen sind es sieben.

Kern- und Angelpunkt für eine funktionierende Pflege der Zukunft ist für Prof. Rothgang, kurz gesagt, ein höherer Beitrag zur Pflegeversicherung. Der Beruf der Altenpflege kann nur attraktiver werden, wenn endlich höhere Löhne bezahlt werden. Eine generalistische Ausbildung, also wenn Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpflegerinnen und -pfleger gemeinsam den Beruf erlernen, hält Prof. Rothgang für einen guten Weg, um die Berufe durchlässiger zu machen und die Aufstiegschancen zu erhöhen. Um Interessierte nachhaltig im Beruf zu halten, brauche es familienfreundliche und altersadäquate Arbeitsplätze in den Heimen. Zudem will der Bremer Professor die Kommunen und Quartiere für die Pflege interessieren. Die Sozialpolitik sollte vor allem die Pflege im Quartier fördern. Dessen ungeachtet müsse die Zahl der pflegenden Angehörigen gesteigert werden. Der Wissenschaftler forderte bessere Möglichkeiten, Beruf und Pflege verbinden zu können. Denn er weiß: „Die Versorgungslücke ist je geringer desto niedriger der Anteil der stationären Pflege ist.“ Fazit: Wir müssen an allen Stellschrauben drehen.



Veränderte Rollen und Initiierung eines Gesundheitsberufesrates

Die Frage, welche Rolle die Pflege und die Pflegenden in Zukunft neben der ärztlichen Profession spielen werden, beherrschte auch die abschließende Podiumsdiskussion, die von der Dekanin Prof. Dr. Johanne Pundt moderiert wurde. „Wir haben in der Krankenversorgung selten einfache Situationen“, argumentierte Prof. Stefan Görres des Institutes für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Bremer Universität. „Wir können ihnen nur in Kooperation am Krankenbett gerecht werden. Aber von der Arbeit auf Augenhöhe zwischen Ärzten und Pflegenden sind wir weit entfernt. Wir brauchen mehr akademisierte Pflege.“ Diese Forderung blieb nicht unwidersprochen, vor allem nicht aus der Praxis der Geschäftsführung. „Wir bekommen heute schon nicht mehr die Schwestern und Krankenpfleger, die wir brauchen“, forderte Prof. Martin Kirschner, Koordinator beim Vorstand für Krankenversorgung der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und fragte: „Würden wir mit der Akademisierung mehr Leute ans Krankenbett bekommen?“ Je höher die Akademisierung der Pflege, desto geringer die Mortalität und Morbidität der Patienten, da waren sich alle Diskutierenden einig und das bestätigten auch aktuelle Studien. „Aber der Pflegenotstand wird auch durch die Akademisierung der Pflege nicht gelöst“, räumte Prof. Görres ein. Auch die gemeinsame Ausbildung von Pflegenden und Medizinern steckt noch in den Kinderschuhen. „Vereinzelt besuchen die beiden Berufsgruppen dieselben Vorlesungen, aber dann arbeiten die Gruppen alleine weiter. Da gibt es keine wirkliche Interaktion der Studierenden“, bemerkt Prof. Görres. Wahrscheinlich wird es schließlich der Markt richten, so die Diskutierenden, denn die Rollenverteilung hat sich geändert, bestätigte auch Dr. Karl Kälble, der Akkreditierungsagentur AHPGS aus Freiburg. „Schon jetzt stellen die Bewerber Anforderungen an uns, nicht umgekehrt“, berichtete Heike Nowotnik, die Direktorin „Personal“ der AOK Bremen/ Bremerhaven und auch die GeNo-Chefin Jutta Darnedde entgegnete, „wir müssen uns fragen, wie wir uns zukünftig aufstellen, um Ärzte und Pflegenden der Generation Y mit ihren hohen Ansprüchen für uns zu interessieren.“

Am Schluss beschrieb Prof. Görres als ein wichtiges Resultat den folgenden jüngst von der Robert Bosch Stiftung in seiner Denkschrift „*Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln*“ festgehaltene Appell: Nur ein Dialog zwischen den Vertretern aller Gesundheitsberufe, der Gesundheitswirtschaft sowie der Gesundheits- und Bildungspolitik könnte die seit über dreißig Jahren währende Diskussion zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe – insbesondere zur Gestaltung der rechtlichen Voraussetzungen – aufbrechen und zukünftig voranbringen. Eine gemeinsame Veranstaltung für die



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Initiierung eines „Gesundheitsberufes“ ist für Anfang 2014 terminiert, und das ist doch ein erfolgreicher Schritt.