

Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive

Anne Friedrichs¹

Heinz-Alex Schaub²

1 Hochschule für Gesundheit,
Präsidentin, Bochum,
Deutschland

2 Arzt f. Neurologie &
Psychiatrie, Facharzt f.
Psychosomatische Medizin
& Psychotherapie,
Psychoanalyse.
Sozialwissenschaftler,
Oldenburg, Deutschland

Einleitung

Im November 2009 wurde die „Hochschule für Gesundheit“ in Bochum gegründet. Es ist die erste Fachhochschule in staatlicher Trägerschaft, an der die Fächer Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Hebammenkunde und Pflege als grundständige und primärqualifizierende Bachelor-Studiengänge angeboten werden. Die Aufnahmekapazität wird in der ersten Ausbaustufe 400 Studierende pro Jahr betragen (ca. 1.300 Studierende insgesamt). Die Studierenden erhalten sowohl einen staatlichen Abschluss, der eine wichtige Voraussetzung für die Erlaubnis zur Führung der jeweiligen Berufsbezeichnung ist, als auch den akademischen Abschluss „Bachelor of Science“. Mit der „Akademisierung“ wird etwas Neues geschaffen, was beispielhaft für ein modernes Verständnis des Berufsfeldes Gesundheit in Deutschland werden kann. Dabei beruft sich das Vorhaben auch auf internationale Vorbilder. Dennoch muss sich die Akademisierung der Gesundheitsberufe in Deutschland zunächst legitimieren und ist nur dann sinnvoll, wenn sie mit dazu beiträgt, dass die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verbessert wird. Dass die Einrichtung der ersten fünf Modellstudiengänge einen wesentlichen Schritt für die Akademisierung der Gesundheitsberufe darstellt, wird daran deutlich, dass die vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Evaluationsrichtlinien [1] nach den Auswirkungen der Modellstudiengänge auf die Versorgungsqualität im Gesundheitsbereich fragen und somit explizit den Mehrwert einer akademischen Ausbildung auf den Prüfstand stellen.

Nach einem sehr kurzen Blick auf die Entwicklung der akademischen Medizin soll bilanziert werden, welche Schritte die Akademisierung der Gesundheitsberufe bisher gegangen ist. Im Anschluss daran wird in einem zen-

tralen Abschnitt der Versuch unternommen, grundlegende Aspekte des Phänomens „Akademisierung“ zu beschreiben und ihre Bedeutung für die jetzigen und auch die zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten der Gesundheitsberufe aufzuzeigen. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Berufe noch „Wissenschaften im Werden“ [2] sind, gleichzeitig jedoch über eine umfangreiche und wertvolle „Praxisgeschichte“ verfügen.

Zur Akademisierung der Medizin

Erst seit der Mitte des 19. Jahrhunderts bildet die Ärzteschaft eine relativ homogene Gruppe von akademisch ausgebildeten professionellen Experten. Huerkamp schreibt dazu, dass die Ärzteschaft „in verschiedene Subgruppen (segmentiert war), die sich hinsichtlich ihrer Herkunft, Vorbildung und Ausbildung, ihres Status und des Zugangs zu unterschiedlichen Klientengruppen scharf voneinander unterscheiden.“ [3]. Einer relativ kleinen Gruppe von akademisch ausgebildeten Ärzten stand die große Gruppe der Chirurgen, Hebammen, sog. Laienheilern bzw. Kurpfuschern gegenüber, wie der Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung über das Arztbild der Zukunft schreibt [4]. Ähnlich könnte es in ein paar Jahren mit den jetzt akademisierten Gesundheitsberufen sein, die sich jeweils mit einer großen Gruppe der fachschulisch ausgebildeten Gesundheitsfachberufe konfrontiert sehen wird.

Gesetzlich verankert wurde der „ärztliche Einheitsstand für Preußen“ [5] im Jahre 1852. Mit diesem war die Einheitlichkeit des akademisch ausgebildeten Praktikers geschaffen, die seit dieser Zeit bis heute gilt. Die Vereinheitlichung in einer akademischen Ausbildung hat mit dazu beigetragen, dass die Medizin einen enormen Ent-

wicklungsschub machen konnte, der von den Naturwissenschaften dominiert wurde. Der Internist Naunyn (1839-1925) [6] hat als Chronist diese Entwicklung beschrieben (Naunyn 1900): „Das was die ... Heilkunde groß gemacht hat, ihr Auswachsen zu einer Gemeinschaft selbstbewusster Disciplinen (z. B. pathologische Anatomie, Bakteriologie, Hygiene, Physiologie, d. Verf.), die alle – ohne Ausnahme – Naturwissenschaften sind oder doch wenigstens auf naturwissenschaftlichem Boden stehen, hat sich vor 1870 ... vollzogen.“ (ebda S.21). Der Preußische Staat hat in dieser Zeit viel in den Ausbau der genannten medizinischen „Disciplinen“ investiert. Doch Naunyn war gleichzeitig ein klinisch denkender Arzt und schreibt an gleicher Stelle: „Es ist nicht richtig, wenn man sagt, das 19. Jahrhundert habe die Entwicklung der Medizin zu einer Naturwissenschaft gebracht...“ (ebda S. 1). Medizin sei auch der Humanität verpflichtet.

Etwa 30 Jahre nach der Schaffung des ärztlichen Einheitsstandes wurde mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1883 während der Kanzlerschaft von Bismarck ein weiterer wichtiger Schritt in der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung vollzogen. Zunächst bestand die Versicherungspflicht bei der gesetzlichen Krankenkasse zwar nur für die Bevölkerungsgruppe mit meist geringem Einkommen [5], sie wurde jedoch später erheblich ausgedehnt. Heute sind nach Angaben der Bundeszentrale für Politische Bildung 85,4% der Bevölkerung pflichtversichert. Auch diese sozialrechtlichen Rahmenbedingungen haben die Entwicklung des einheitlichen Ärztestandes erheblich unterstützt und der Bevölkerung mehr Gesundheit, verbunden mit einer stetig steigenden mittleren Lebenserwartung, ermöglicht. Das „Deutsche Ärzteblatt“ als Organ dieser verfassten Ärzteschaft erscheint bereits im 107. Jahrgang. Die heutigen Akademisierungsbestrebungen in den Gesundheitsberufen sind ohne die wissenschaftlichen Erfolge und die damit verbundene große gesellschaftliche Bedeutung der akademischen Medizin nicht zu denken. Damit sollen andere wie z. B. die der Psychologie, Psychotherapie oder Linguistik nicht geschmälert werden, doch die Erfolge und vor allem die zentrale Bedeutung der Medizin und damit der Ärzte im Krankheitsversorgungssystem sind neben der demographischen Entwicklung der Bevölkerung mit ihrer auffälligen Verschiebung in der Altersstruktur als wesentlicher Schrittmacher für die Notwendigkeit der Akademisierung der Gesundheitsberufe anzusehen. Medizinische Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten haben sich grundlegend verbessert. Täglich gibt es Neuerungen und Informationen in praktisch unbegrenztem Umfang. Dieser Fortschritt hat viele Möglichkeiten geschaffen, die neue Sichtweisen ermöglichen und Interventionen erforderlich machen. Weiler [7] schreibt, dass die „Vermittlung analytischer, kritischer und normativer Fähigkeiten zur Bewertung umfangreicher, aber weitgehend ungeordneter und unbewerteter Informationen“ (S. 48) ein zentraler Aspekt akademischer Ausbildung sein muss. Als Beispiele für die Informationsflut seien die Forschungen und Veröffentlichungen zu Komor-

bidität und chronischen Erkrankungen in einer immer älter werdenden Bevölkerung genannt. Diese komplexen Erkrankungen erfordern die regelmäßige Überprüfung von Behandlungs- und Rehabilitationsstrategien [8]. Es zeigt sich immer mehr, dass hier neben ärztlichem Wissen und Können in steigendem Maße auch das Wissen und Können anderer Gesundheitsberufe gefordert ist. Es geht um eigenständiges fachberufliches Handeln, das es nicht mehr erlaubt, nach ärztlichen Tätigkeiten und sog. ärztlichen Hilfstätigkeiten zu unterscheiden. Vielmehr erfordert die Vielschichtigkeit des professionellen Handelns der Gesundheitsberufe ein eigenes fundiertes Wissen und Können, das auf eigenen wissenschaftlichen Fragestellungen und ihren Bearbeitungen fußt, die ihrerseits wiederum einen bedeutenden Bezug zur akademischen Medizin und anderen benachbarten Disziplinen wie z.B. Linguistik, Psychologie, Sportwissenschaften aufweisen.

Akademisierung der Gesundheitsfachberufe - Bilanz

Bestrebungen, die Akademisierung der Gesundheitsberufe voranzutreiben, reichen in Deutschland bis in das Jahr 1973 zurück, als die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Einrichtung dreijähriger Studiengänge für Diplommediziner (Technik, Laboratorium, Pflege) veröffentlicht wurden. Deutlich umfangreicher und detaillierter beschäftigt sich die Publikation der Robert-Bosch-Stiftung mit der Akademisierung der Pflege [9]. Mit dieser wird ausführlich begründet, dass akademische Ausbildung in generalistischer Pflege angestrebt werden soll und der Entwicklungsschritt im beruflichen Selbstverständnis „vom Heilhilfsberuf zum Gesundheitsfachberuf“ (S. 19-21) erfolgen muss. Es werden bereits zu diesem Zeitpunkt ausführliche „Konzeptionen für Studiengänge“ (S. 129-146) vorgestellt, wobei der Schwerpunkt auf Tätigkeiten im Management und pädagogischen Bereich gesehen wird. Diese zunächst verhaltene, in den letzten Jahren jedoch rasant verlaufende Entwicklung hat dazu geführt, dass es inzwischen über 50 pflegewissenschaftliche Studiengänge mit pflegewissenschaftlichen, pflegepädagogischen und Managementschwerpunkten gibt. Besonders in der Akademisierung der Pflege wird deutlich, wie schwierig dieser Prozess verläuft. Die Vorgaben des Berufsgesetzes bestimmen den Kanon der akademischen Ausbildung – wie auch in den anderen grundständig zu akademisierenden Disziplinen. In der „Pflege“ dokumentiert der im Rahmen des Studiums abzuschließende Ausbildungsvertrag den Doppelcharakter des grundständigen Studiums als einer traditionellen Berufsausbildung einschließlich eines sich der Ausbildung anpassen müssenden Studiums. Der grundlegende Paradigmenwechsel von der Fachschulausbildung zum Studium steht noch aus.

Für die Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie ergibt sich ein anderes Bild. Erst Ende 1990 entstanden für diese Berufe erste Studiengänge. Heute gibt es deutschlandweit ca. 30 weiterbildende BA-Studiengänge in den therapeutischen Berufen, die überwiegend an

Fachhochschulen angesiedelt sind. Dabei handelt es sich mehrheitlich um additive oder ausbildungsintegrierende Konzepte, die in Kooperation mit Fachschulen realisiert werden. Für Hebammen gibt es bislang zwei Bachelor- und einen Master – Studiengang (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl der Studiengänge an Fachhochschulen und Universitäten Die Zahlen in Klammern geben Universitätsstudiengänge an [1].

	Pflege	Ergo- therapie	Physio- therapie	Logopädie	Hebammen- kunde	Gesamt
BA	48 (7)	8	14 (1)	9 (1)	2	81
MA	1 (11)	1	1 (1)	1 (1)	(1)	18

2003 wurde die Modellklausel in die Berufsgesetze der Pflege eingeführt. Primäre Aufgabe dieser „alten“ Modellklausel war es, richtungsweisende Erkenntnisse für neue Ausbildungsmodelle in den Pflegeberufen zu erhalten. Die Klausel eröffnete aber auch die Möglichkeit, Modellvorhaben an Hochschulen zu realisieren. Im September 2009 wurden dann die „neuen“ Modellklauseln nunmehr in die Berufsgesetze der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie und Physiotherapie eingeführt. Diese Regelungen haben eine mit der „alten“ Modellklausel vergleichbare Reichweite in den erlaubten Abweichungen von den bestehenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, die sich jedoch nur auf den Bereich des praktischen und theoretischen Unterrichts beziehen, nicht dagegen auf den praktischen Teil der Ausbildung. Die sehr starke Bindung des Studiums an die teils 20 – 30 Jahre alten Berufsgesetze führt dazu, dass Vorgaben aus dem Bereich der beruflichen Bildung in erheblichem Umfang in die akademischen Curricula zu integrieren sind, was zwangsläufig zu Unverträglichkeiten führt, weil Ziele und Methoden einer beruflichen Ausbildung aus gutem Grund nicht mit denen eines akademischen Studiums deckungsgleich sind. So gehen die berufsbildenden Konzepte z.B. davon aus, dass der theoretische und praktische Unterricht in fast ständiger Präsenz der Schülerinnen und Schüler stattzufinden hat. Ein akademisches Studium sieht hingegen vor, dass zwei Drittel des Studiums zur Förderung der intellektuellen Selbständigkeit der angehenden Akademikerinnen und Akademiker in sog. Selbstlernphasen absolviert wird. Darüber hinaus werden gerade im Zuge des Bologna-Prozesses wünschenswerte Auslandsaufenthalte der Studierenden erschwert bzw. unmöglich gemacht, weil die Vorgaben der Berufsgesetze eine sehr kleinteilige Kontrolle der Praxisstellen durch die deutschen Behörden vorsehen, was in der Praxis nur sehr schwer umzusetzen ist.

Zur Erprobung von entsprechenden Modellvorhaben errichtete das Land Nordrhein-Westfalen im November 2009 die "Hochschule für Gesundheit" als Fachhochschule in staatlicher Trägerschaft in Bochum, die seit dem Wintersemester 2010/2011 entsprechende Modellstudiengänge anbietet.

Akademisierung - Versuch einer Beschreibung

Die grundständige Akademisierung der Gesundheitsberufe ist mit der Verabschiedung der Modellklauseln (zunächst) sichergestellt. Im Jahre 2015 wird es eine erste Evaluation zum Erfolg dieser Studiengänge nach Richtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit [1] geben. Zum jetzigen Zeitpunkt kann nicht gesagt werden, ob die Akademisierung erfolgreich sein wird: umso wichtiger ist es, den gewünschten Standard zu reflektieren.

„Akademisierung“ ist ein komplexer Prozess, von dessen Stand und Fortschreiten nur Bausteine beschrieben werden können. Sie beinhaltet den Aspekt, dass sich die zu akademisierenden Fächer als wissenschaftliche Disziplinen etablieren und sich als solche gegenüber der herkömmlichen Fachschulausbildung legitimieren müssen. Dieser Prozess umfasst auch die Frage nach dem Mehrwert des Hochschulstudiums.

Das zentrale Ziel der Akademisierung der Gesundheitsberufe liegt in der Verbesserung der Qualität beruflichen Handelns und somit in der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Ebenso wichtig ist auch die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die klassischen eher formalen Elemente einer akademischen Ausbildung gelten auch für die neuen Modellstudiengänge in den Gesundheitsberufen, wie z. B. die Bindung an eine Hochschule, besondere Zugangsvoraussetzungen zum Studium, Qualifikation des Lehrpersonals, forschungsgebundene Lehre, Selbststudienanteile sowie der zu erreichende akademische Abschluss.

Die Hochschule für Gesundheit ist bestrebt, ihre Absolventinnen und Absolventen für den unmittelbaren Patientenkontakt auszubilden und nicht in erster Linie für Aufgaben im Gesundheitsmanagement oder als Lehrerinnen oder Lehrer in den Fachschulen. Sie werden daher in der beruflichen Praxis genauso wie ihre nicht-akademisch ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen mit den Aufgaben betraut sein, die sich aus dem unmittelbaren Patientenkontakt ergeben. Hier werden generalistische und auch spezialisierte Kenntnisse notwendig sein. Allerdings kann erwartet werden, dass sie mit den in der akademischen Ausbildung erworbenen Kompetenzen und der daraus resultierenden stärkeren reflexiven Haltung noch qualifizierter arbeiten als dies mit einer Fachschulausbildung möglich ist. Ziel des Studiums ist die Befähigung der Absolventinnen und Absolventen zur eigenständigen Anwendung und Produktion wissenschaftlicher Erkenntnisse; gleichzeitig sollen sie in der Lage sein, eingesetzte Methoden kritisch zu reflektieren [10]. Dies macht einen wesentlichen Teil des Mehrwerts aus, der eine hochschulische Ausbildung von einer klassischen Berufsausbildung unterscheidet. Die Studierenden werden durch das Studium befähigt, besser mit Unwägbarkeiten, Ungewissheit und konkurrierenden Deutungen komplexer Fragestellungen umzugehen. Die wissenschaftliche Urteilsfähigkeit ist Voraussetzung dafür, komplizierte Sachverhalte zu analysieren und zu bewerten sowie im Berufsalltag von

Routine geprägtes professionelles Denken und Handeln in Frage zu stellen. Dies sind Fähigkeiten, die für die spätere vielschichtige berufliche Tätigkeit gewünscht werden und erforderlich sind, um mit komplexen Situationen umzugehen.

In der Regel können akademische Disziplinen zur Erreichung dieser Aufgaben auf langjährige akademische und berufliche Erfahrungen zurückgreifen. Diese lange Erfahrung fehlt den Disziplinen der Gesundheitsberufe. Sie stehen in Deutschland am Beginn des Akademisierungsprozesses, wenn auch in einem sehr unterschiedlichem Stadium der Entwicklung, weil z.B. die Pflege allein durch den zeitlichen Vorsprung sich schon in einem ganz anderen Stadium der Akademisierung befindet als z.B. die Hebammenwissenschaft, die erst seit 2008 an deutschen Hochschulen vertreten ist. Diese neuen Disziplinen können zwar auf eine jahrzehntelange berufspraktische Tätigkeit zurückschauen, sind jedoch in ihrer Akademisierung auf andere etablierte Wissenschaften angewiesen. Die je eigene wissenschaftliche Identität als akademische Disziplin ist noch nicht oder jedenfalls noch nicht vollständig erreicht. Die „neuen“ Gesundheitsdisziplinen sind „Wissenschaften im Werden“ [2]. Ihre wesentlichen Bezugswissenschaften sind neben der Medizin u.a. die Psychologie, Linguistik, Soziologie, Pädagogik. Der mit der Akademisierung einhergehende Identitätsprozess ist vielschichtig und schwierig, erscheint in Teilen widersprüchlich und kann bei den Akteuren, die sich darum bemühen, auch zu erheblichen Irritationen und Kontroversen führen, wie dies auch von anderen akademischen Disziplinen bekannt ist. Es gibt keinen Königsweg im Akademisierungsprozess, Unterschiede und Vielfalt können als Bereicherung gesehen werden, die sich im akademischen Disput begegnen. Eine so verstandene akademische „Kultur“, die sicherlich im Kontakt der grundständig zu akademisierenden Gesundheitsberufe mit der Ärzteschaft zu finden ist, wirkt lebendig, vorbildhaft und bildet sich zugleich auch in der Vermittlung einer akademischen Haltung im Studium ab, die sich durch kritisches, interdisziplinäres und innovatives Denken und Arbeiten, fachliche Neugier und kollegiale Wertschätzung auszeichnet.

Alle Lehrenden sollten Spezialisten ihrer Disziplinen sein. Deshalb werden z. B. rechtliche Themen von Juristen, psychologische von Psychologen und medizinische von Medizinern gelehrt. Die forschungsgebundene Lehre fordert umfassende Kenntnisse der entsprechenden Disziplinen (Bezugswissenschaften). Gleichzeitig sollte von den Bezugswissenschaftler/innen ein angemessenes Verständnis für die spezifische Denk- und Arbeitsweise der zu akademisierenden Disziplinen erwartet werden. Dies kann erreicht werden, wenn die Professorinnen und Professoren dieser Disziplinen und die der Bezugswissenschaften einen intensiven fachlichen Austausch pflegen. Darüber hinaus hat diese Kooperation auch die Aufgabe, den Akademisierungsprozess mit theoretischen und methodischen Impulsen zu befruchten. Der praxisorientierte klinische Schwerpunkt des Studiums fordert die Integration der Bezugswissenschaften und bietet besonders

gute Möglichkeiten, den Akademisierungsprozess mitzugestalten und voranzutreiben. Hier gilt es Raum zu schaffen für Vielfältigkeit in inhaltlichen und didaktischen Fragen, um möglichst umfangreich Erfahrungen sammeln zu können und das akademische Selbstverständnis zu stärken.

Wegen des praxisorientierten klinischen Studienschwerpunktes wird besonderer Wert darauf gelegt, dass die Studierenden über das „Fallverstehen“ forschend lernen und dazu beitragen, ihre Fächer auch mit Hilfe dieser reflexiven Praxiserfahrungen zu wissenschaftlichen Disziplinen zu entwickeln. Es ist wünschenswert, dass diese Studienseminare und Übungen auch interdisziplinär durchgeführt werden. So können Studierende (und Lehrende) unterschiedlicher Disziplinen miteinander und voneinander lernen und einüben, wie sie später als Berufstätige kooperieren können. Mit diesem „Fallverstehen“ kann berufliches Handeln erprobt und reflektiert sowie das Bewusstsein für die jeweils eigene berufliche Identität geschärft werden. Die Studierenden erleben hier, dass „ihre“ Disziplin in engem Kontakt zu anderen steht, die ebenfalls eigenes Wissen und Können besitzen und gleichermaßen auf Bezugswissenschaften angewiesen sind.

Der Akademisierungsprozess wird parallel zur Ausbildung auch von breit angelegten Forschungsaktivitäten bestimmt. Besonders in diesem akademischen Feld stehen die Gesundheitsfachdisziplinen – außer der Pflege – noch weitgehend am Anfang. Adler & von dem Knesebeck [8] heben hervor, dass der Aufbau einer qualitativ ausgewiesenen Forschung unabdingbar ist, wenn die Akademisierung gelingen soll. Die Forschung müsse grundlagenorientiert sein und dabei theoretische Modelle und Konzepte für die Berufsfelder entwickeln. Diese könnten anschließend empirisch erprobt werden und so den Übergang zur patientenorientierten Forschung bilden, die dann auch die Wirksamkeit von Handlungskonzepten überprüft.

Gleichzeitig ist auch denkbar, dass klinische Forschung neue theoretische Modelle generiert, die wiederum dazu dienen, klinisches Handeln zu verbessern [11]. Die von Schön [12] entwickelte ‚Epistemologie von Praxis‘ stellt sich einer Praxis, die durch »complexity, uncertainty, instability, uniqueness and value-conflict« (S. 39) gekennzeichnet ist und die sich mit technischer Rationalität weder erfassen noch abbilden lässt. Den Kern der Schön'schen Epistemologie bildet der Reflexionstypus des reflection-in-action (S. 49), mit der Praktiker als reflective practitioners zu Forschern im Handlungsvollzug ihrer eigenen Praxis werden und Praxistheorien generieren, die permanent weiterentwickelt werden, ohne zu Theoriewissen zu erstarren, das für praktisches Handeln bedeutungslos ist. Reflection-in-action als Forschungsansatz passt zur Praxisorientierung der Studiengänge und stellt den Versuch dar, im Praxisfeld mit seinen großen Unwägbarkeiten und Widersprüchlichkeiten mit ungewöhnlichen und überraschenden Situationen (neu) umzugehen, um Wege zu erkunden, über die sich (neue) Handlungsmöglichkeiten erschließen lassen. Im Kern geht es in dieser Forschung um eine Prozessspirale von verschiede-

nen Stufen der Wahrnehmung des Handelns und der Überprüfung der Handlungen als eine kontinuierliche Problematisierung bzw. Evaluation von Praxis, wie z. B. Schaub ein Praxisforschungsprojekt zur Behandlung chronifiziert erkrankter Patientinnen und Patienten in Hausarztpraxen ausgewertet hat [11].

Die Akademisierung der Absolventen und Absolventinnen führt zu zahlreichen Arbeitsmöglichkeiten, die auch zu Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt beitragen. Diese werden dadurch entstehen, dass Menschen mit aufeinander abgestimmten bzw. abzustimmenden, aber unterschiedlichen Berufsausbildungen und mit unterschiedlichen Karrieremöglichkeiten innerhalb einer Berufsgruppe tätig sein werden, wie der Sachverständigenrat [13] schon 2007 ausgeführt hat (S.26). Dies wird von einzelnen Berufsverbänden, Teilen der Gewerkschaften und Teilen der Ärzteschaft befürchtet. Die Diskussion, auf welchen Arbeitsmarkt die Absolventinnen und Absolventen treffen werden, welche Tarifstrukturen und welche Tätigkeitsfelder für welche Bezahlung ihnen offenstehen werden, hat gerade erst begonnen. Die Frage der Akademisierung der Gesundheitsberufe ist mit dieser Diskussion eng verbunden – dennoch geht es dabei nicht im engeren Sinne um eine Frage der Akademisierung der Gesundheitsberufe, vielmehr betreffen diese Fragen deren Professionalisierung. Der Aspekt der „Akademisierung“ kann nicht mit dem übergeordneten Phänomen der „Professionalisierung“ gleichgesetzt werden. Kurtz [14] kennzeichnet „Professionalisierung“ mit Merkmalen, die einen guten Überblick geben über gesellschaftliche Bereiche, in die hinein Professionalisierung wirkt. Ferner betont die Professionalisierungssoziologie, dass „Professionalisierung“ als ein immer währender Prozess der Veränderung von Berufsgruppen auf Grund veränderter gesellschaftlicher Bedingungen zu verstehen ist [15].

Akademisierung der Gesundheitsberufe – Zukunftsperspektiven

Es ist zu früh, um eine erste kritische Sicht möglicher Auswirkungen der Folgen der Akademisierung durchführen zu können. Dennoch sollen hier Chancen sowie Entwicklungsmöglichkeiten, die aus diesem Prozess resultieren können, aufgezeigt werden. Deutschland versucht mit der jetzigen Akademisierungswelle Anschluss zu finden an den längst erreichten europäischen und US-amerikanischen Standard. Die Einführung der Modellklauseln kann nur als erster Schritt auf diesem Weg gewertet werden [16]. Insbesondere in Großbritannien, einigen skandinavischen Ländern, den Niederlanden und den USA ist die Entwicklung der Akademisierung bereits weit fortgeschritten einschließlich der Schaffung von entsprechenden Stellen auf dem Arbeitsmarkt. So wird verständlich, dass viele engagierte und sehr gute Fachschulabsolventen und / oder Abiturienten aus Deutschland abwandern, im Ausland studieren und auch später dort in ange-

messenen Positionen arbeiten. Es ist notwendig, in Deutschland Studienmodelle und Hochschulkooperationen zu schaffen, die das Studium so attraktiv machen, dass nicht nur deutsche Schülerinnen und Schüler hier bleiben, sondern dass auch ausländische Studierende nach Deutschland kommen.

In Zukunft wird die Arbeitsbeziehung zwischen der akademischen ärztlichen Medizin, den anderen genannten Disziplinen, wie z. B. der Psychologie, Soziologie, Linguistik oder den Rehabilitationswissenschaften, und den jetzt akademisierten Gesundheitsberufen eine zentrale Rolle spielen. Am ehesten wird diese neue Form der Zusammenarbeit gelingen, wenn versucht wird, gemeinsame Interessen herauszuarbeiten. Beispielfhaft sollen hier zwei Felder genannt und näher ausgeführt werden. Es sind ein in Teilen gemeinsames Studium und gemeinsame klinische Forschungsprojekte.

Unter dem Stichwort „Interprofessional Education (IPE)“ hat die World Health Organization (WHO) [17] formuliert: „Interprofessional education occurs, when students from two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes“ (S.7). Weiter heißt es bei der WHO, dass IPE ein notwendiger Schritt ist, um darauf vorbereitet zu sein, miteinander lokale Bedarfe der Versorgung zu orten, so dass die Studierenden lernen können, interprofessionell zu denken und kompetent zu sein, um in einem interdisziplinär zusammengesetzten Team arbeiten zu können. Dies kann am Beispiel des gemeinsamen „Fallverstehen“ erprobt werden. Auf diese Weise wird die unmittelbare gemeinsame Arbeit mit Patienten in unterschiedlichen Berufsrollen [18] geübt. Es ist anzunehmen, dass die Qualität der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten sich wesentlich verbessert, wenn die Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen weitgehend offen und frei auf der Basis gegenseitiger Wertschätzung geführt wird. Daher ist das Erlernen und Erproben des professionellen Miteinanders eine nicht hoch genug einzuschätzende Qualität des Studiums und damit zwingend notwendig. Jüngst hat Hahn [19] vorgeschlagen, eine „Gesellschaft für Ausbildung in Gesundheitsberufen“ zu gründen, die sich zum Partner der existierenden „Gesellschaft für Medizinische Ausbildung“ entwickeln kann. In weiterer Zukunft könnten beide Gesellschaften miteinander verschmelzen. Dies würde die Interprofessionalität fördern, aber auch die Ausbildungsforschung für ein Gesundheitswesen der Zukunft auf ein Niveau heben, das sie international konkurrenzfähig macht.

Das zweite Feld betrifft die klinische Forschung. Zahllose Forschungsthemen bieten sich an, wenn besonders die Schnittstellen zwischen den einzelnen Disziplinen beachtet werden. Als Beispiel sei hier auf die Felder zwischen der ärztlichen Geburtshilfe und der Hebammenkunde oder auf dem Gebiet der Behandlung und Rehabilitation von Schlaganfällen zwischen den Feldern der Medizin, Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie hingewiesen. Eine Übersicht zu weltweiten Forschungen auf dem Gebiet interdisziplinärer Forschungen bietet das

„Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“ [17] Dabei kann es für alle Beteiligten sehr hilfreich sein, dass in diesem Prozess auf eine jahrzehntelange Forschungs- und Praxiserfahrung der Medizin und anderer Bezugswissenschaften sowie auf die unterschiedlich ausgereifte Forschungserfahrung und das schier unerschöpfliche Ausmaß an Praxiserfahrung der Gesundheitsberufe zurückgegriffen werden kann.

Es ist im Einzelnen noch nicht abzusehen, welche Folgen die angesprochenen Kooperationen für die Gesundheitsversorgung von morgen haben werden. Erfahrungen zeigen aber bereits heute, dass insbesondere auf dem Feld der Ko- und Multimorbidität sowie chronischer Erkrankungen gelingende Zusammenarbeit Leid mindern kann, weil koordiniertes multiperspektivisches und qualitativ hochstehendes berufliches Handeln die Möglichkeiten erhöht, Heilungswege aufzuzeigen. Die „Akademisierung“ der Gesundheitsberufe bildet hier einen nützlichen Baustein und ist kein Selbstzweck. Sie dient ausschließlich dazu, für mehr Gesundheit Sorge zu tragen und Menschen auf diesem Weg kenntnisreich und verantwortungsbewusst zu begleiten.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 Satz 3 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 6 Satz 3 des Logopädiegesetzes und § 9 Absatz 3 Satz 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 16. November. Bundesanzeiger. 2009;180:4052.
2. Friedrichs A, Schaub HA. Interprofessionalität – aktuelle Rahmenbedingungen und Anforderungen an das Studium. Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2011. S.98-101
3. Heilmeyer L. Lehrbuch der Inneren Medizin. 2. Auflage. Göttingen, Heidelberg: Springer; 1961. S.3.
4. Robert Bosch Stiftung. Arztbild der Zukunft: Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt; Konsequenzen für die Ausbildung und Wegweisung zu ihrer Reform. Gerlingen: Arbeitskreis Mediziner Ausbildung d. Robert Bosch Stiftung; 1989. S. 22.
5. Deutsches Reichstag und Bundesrath. Reichsgesetz. Reichsgesetz-Blatt. 1883;9:15.
6. Kurtz T. Berufssoziologie. Bielefeld: Transcript; 2002.
7. Weiler H. Bildung zwischen Ökonomie und Technologie – Homo Sapiens im Wettbewerb. Die berufsbildende Schule. 2010;62:45-50.
8. Adler G, von dem Knesebeck JH. Auf akademischen Wegen. Dtsch Arztebl. 2010;107(9):A386-A390.
9. Robert Bosch Stiftung. Pflege braucht Eliten. Gerlingen: Bleicher Verlag; 1992.
10. Bollinger H, Gerlach A, Pfadenhauer M. Gesundheitsberufe im Wandel – Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Frankfurt a.M.: Mabuse; 2005.
11. Schaub HA. Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht unipress; 2008.
12. Schön DA. The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action. New York: Basic Books; 1983.
13. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn: Nomos-Verlag; 2007.
14. Huerkamp C. Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom Gelehrtenstand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1985. S.68-122.
15. Walkenhorst U. Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung – Eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse. Idstein: Verlag Schulz-Kirchner; 2008.
16. Wasner M. Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie in den EU-Ländern. Eine vergleichende Untersuchung. Unveröffentlichte Dissertation. Heidelberg: Fak. f Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität; 2007.
17. World Health Organization. Health Professions Networks Nursing & Midwifery. Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. London: CAIPE; 2010. Zugänglich unter/available from: <http://www.caipe.org.uk>
18. Dahlgaard K. Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegenden. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ). 2010;104:32-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.004>
19. Hahn EG. Anmerkungen aus der Medizin. Dokumentation der 3. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe im europäischen Kontext“ vom 24. und 25.06.2010 in Bochum. Magdeburg: Hochschulen für Gesundheit e. V.; 2010. S.31-32.
20. Billig M. Gesundheitsfachberufe. Drang zu akademischer Ausbildung. Dtsch Arztebl. 2011;108(1-2):A-30.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. jur. Anne Friedrichs
Hochschule für Gesundheit, Präsidentin,
Universitätsstraße 105, 44789 Bochum, Deutschland
anne.friedrichs@hs-gesundheit.de
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz-Alex Schaub
Arzt f. Neurologie & Psychiatrie, Facharzt f.
Psychosomatische Medizin & Psychotherapie,
Psychoanalyse. Sozialwissenschaftler, Behrens-Ring 8,
26127 Oldenburg, Deutschland
ha.schaub@googlemail.com

Bitte zitieren als

Friedrichs A, Schaub HA. Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. GMS Z Med Ausbildung. 2011;28(4):Doc50.
DOI: 10.3205/zma000762, URN: <urn:nbn:de:0183-zma0007625>

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2011-28/zma000762.shtml>

Eingereicht: 21.01.2011

Überarbeitet: 12.07.2011

Angenommen: 21.07.2011

Veröffentlicht: 15.11.2011

Copyright

©2011 Friedrichs et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.

Academisation of the Health Professions – Achievements and Future Prospects

Anne Friedrichs¹

Heinz-Alex Schaub²

1 University of Applied Sciences, President, Bochum, Germany

2 Neurology & Psychiatry, Specialist for Psychosomatic Medicine & Psychotherapy, Psychoanalysis. Social Scientist, Oldenburg, Germany

Introduction

The University for Applied Health Sciences was founded in Bochum in November 2009. It is the first government-run university which offers occupational therapy, speech therapy, physiotherapy, midwifery and care as bachelor degree programs at undergraduate level. During the initial phase, the intake capacity will be 400 students per year (about 1.300 students in total). The students will receive both a state qualification, which provides the basis for progression towards professional accreditation, and the academic degree Bachelor of Science. The “academisation” of these professions is innovative, albeit not internationally, and may become exemplary for a modern understanding of the health professions in Germany. For this to happen though, the academisation of the health professions in Germany needs to be legitimized and will only be considered useful if it contributes to a better health care for the population. The evaluation guidelines [1] given out by the Federal Ministry of Health mirror this, scrutinizing the impact of the model degree courses on the quality of healthcare. Thus, if the evaluation results of the first five model degree courses explicitly prove the added value of academic training, an essential step has been taken towards the academisation of further health professions.

After a very brief look at the development of academic medicine, we shall examine the academisation process of the health professions so far. This will be followed by an extensive attempt to describe fundamental aspects of the phenomenon “academisation” and to highlight its importance for possible present and future developments in the health professions. It is assumed that although these professions are “sciences in the making” [2] they

at the same time have an extensive and invaluable “history of practice”.

On the Academisation of Medicine

It is only since the mid-19th century that the medical profession has been a relatively homogeneous group of academically trained experts. Huerkamp writes that the medical profession was segmented “into various sub-groups, differing vastly with respect to their origin, educational background and training, their status and access to various client groups.” [3]. In a paper on the future of medicine [4] the Working Group on Medical Education of the Robert Bosch Foundation states that a relatively small group of academically trained doctors opposed the large group of surgeons, midwives, so-called lay healers and quacks. Similarly, the health professions that are now undergoing academisation may experience the same fate in a few years, opposing the large group of health care professionals who trained outside of academia. The “Medical Profession Standards for Prussia” were regulated by law [5] in 1852. These formed the base for academic training standards up to this day. The standardization of academic training facilitated a tremendous surge in medical development, dominated by the natural sciences.

Naunyn (1839-1925), a specialist for internal medicine [6] described this historical development (Naunyn 1900): “What has elevated the art of healing is its growth into a self-conscious community of disciplines [such as pathological anatomy, bacteriology, hygiene physiology; author’s note], which are - without exception - natural sciences or at least based on natural science, a process which took place before 1870...” (ibid p. 21). The Prussian State hugely invested in the development of these medical

disciplines in this period. However, Naunyn who was also a clinical physician and thinker, concludes "It is not correct to say that the 19th century is the period that fostered medicine to develop into a science... Medicine is also committed to humanity." (ibid p. 1)

Some 30 years after the creation of the standards for the medical profession, the introduction of a statutory health insurance in 1883 under the chancellorship of Bismarck was a further important step in improving the health care for the population. Although initially a statutory health insurance was only compulsory for the population groups with the lowest income [5], it was later extended considerably. Today, according to the Federal Agency for Political Education, 85.4% of the population have a statutory health insurance. These changes to the socio-legal framework have significantly supported the development of standards within the medical profession and have significantly improved the general public's health, coupled with a steadily rising average life expectancy. The German Medical Journal (*Deutsches Ärzteblatt*) as an organ of the medical profession is already in its 107th year of publication.

The current trend to academize the health professions is intimately connected with the scientific achievements and the associated large social significance of academic medicine. This is not intended to slight other fields such as psychology, psychotherapy or linguistics. However, the success and the pivotal role of medicine and its physicians in the healthcare system in addition to the demographic development of the population and the conspicuous shift in the age structure are key to the urgently required academisation of the health professions. Medical diagnostics and treatment options have improved dramatically. Boundless innovations and information are available every day. This progress has created many opportunities for new perspectives and the need for necessary interventions. Weiler states [7] that "teaching of analytical, critical and normative skills to evaluate vast amounts of information that are largely disordered and nonvaluated" (p. 48) must be a central aspect of academic education. Examples of such information are the research and the publications on co-morbidity and chronic diseases in a population that is growing older and older. These complex diseases require a regular review of treatment and rehabilitation strategies [8]. The increasing need for the skills of other health professions in addition to medical knowledge and skills is obvious. Independent professional practice should no longer differentiate between medical treatments and so-called supportive medical treatments. In future, the health professions will need to base their complex treatment and therapy practice on strong research, thus generating independent, in-depth knowledge and skills that can be linked with academic medicine and other related disciplines such as linguistics, psychology and sport science.

Academisation of the Health Professions to Date

Since 1973 when the Science Council called for three-year diploma courses for physicians (technical, laboratory, care), there have been efforts to advance the academisation of the health professions in Germany. In a paper by the Robert Bosch Foundation, the need to further the academisation of care is described more extensively and in greater detail [9]. The paper argues for academic training in general care and a need to evolve the professional concept of a "supportive health profession to a health care profession" (p. 19-21). Already then detailed concepts for academic graduate courses (p. 129-146) were presented, albeit with an emphasis on management and pedagogy in care. Over the past few years, the initially reluctant then fast-paced development has seen more than 50 graduate courses grow in the care sciences with core areas in nursing science, nursing education and management. A closer look at the academisation of care shows how difficult this process is. Each health profession has its own vocational laws and provisions that determine the structure and curriculum of its relevant academic training program. Regarding "care", the student training contract reveals the two strands of the undergraduate course: it is both a traditional vocational training and a graduate course which needs to adapt to the job training. The fundamental paradigm shift from vocational training to undergraduate studies is yet to come.

For occupational therapy, physiotherapy and speech therapy, the picture changes. It was only towards the end of 1990s that the first graduate courses for these professions were founded. Today, there are approximately 30 BA programs for therapists that already have a vocational training qualification. In Germany, these programs are usually taught at Universities of Applied Sciences in cooperation with vocational colleges and are mainly add-on or integrated training concepts. For midwives, there are two bachelor programs and a master's degree program so far (see Table 1).

Table 1: Number of graduate courses at universities and universities of applied sciences. The numbers in parentheses indicate university courses [1]

	Care	Occup. therapy	Physio-therapy	Speech therapy	Mid-wifery	Total
BA	48 (7)	8	14 (1)	9 (1)	2	81
MA	1 (11)	1	1 (1)	1 (1)	(1)	18

In 2003, a model clause was introduced into the vocational licensing regulations for nursing/care. The primary task of this early model clause was to obtain insights for new training models in the nursing profession. The clause also opened up the possibility for implementing model projects at universities. In September 2009, the new model clauses were brought into the vocational licensing regu-

lations of occupational therapy, midwifery, physiotherapy and speech therapy. Similar to the former model clause, these new regulations allow for certain changes to the existing training and examination regulations. These minor changes only refer to the teaching part of the training, not to the practical part. Linking the vocational licensing regulations which in part are 20-30 years old to the academic curriculum of the graduate program will inevitably lead to mismatches as the goals and methods of a vocational training will, for very good reasons, not be the same as for those of an academic program. The vocational concepts for example assume that the teaching of theory and practice is almost entirely face to face. An academic program, however, requires that two-thirds of the course structure allow the student to learn autonomously, thus promoting the intellectual independence of aspiring academics. In addition, in contrast to claims of the Bologna process, it is difficult or impossible for students to spend parts of their studies abroad as the vocational licensing regulations demand that the German state authorities closely monitor training locations. This by itself is very difficult to implement in practice. In order to evaluate model projects the state of North Rhine-Westphalia founded the University for Applied Health Sciences in November 2009 as a university of applied sciences under the auspices of the Government of North Rhine-Westphalia in Bochum. It has been offering such model graduate courses since the winter semester 2010/2011.

Academisation - Attempting a Description

The academisation of health professions has been safeguarded with the adoption of the model clauses (for the time being). In 2015, there will be a first evaluation of the success of these courses following the guidelines of the Federal Ministry of Health [1]. At this point in time it cannot be said whether the academisation will succeed or not. This makes it all the more important to reflect upon the desired standard.

Academisation is a complex process. Its current state and development can only be described in small portions. One aspect concerns the scientific shift of the professions undergoing academisation and their need to legitimise this development in view of conventional vocational training. This process also addresses the question about the added value of higher education, i.e. training at a university.

The central goal of the academisation of health professions is to improve the quality of professional practice and thus to improve the provision of healthcare to the public. Equally important is the promotion of young scientists. The classic, more formal elements of an academic education also apply to the new model programs in health professions, such as ties to a university, special admission requirements, qualified teaching staff, research-based teaching, independent learning phases and academic degrees.

The University of Applied Health Sciences aims to train its graduates for direct patient contact and not primarily for tasks in health management or as tutors in vocational colleges. They will therefore be faced with tasks, just as their non-academically trained colleagues, connected to direct contact with the patient in their professional practice. This may require both general and specialist skills. However, it can be expected that the skills acquired in an academic education and the resulting stronger reflexive attitude will enable the graduates to work with a higher degree of professionalism compared to professionals with a purely vocational training background. The aim of a university degree is to enable the graduate to independently apply and produce scientific insights and to have the ability to critically reflect their work methods [10]. This constitutes a substantial part of the added value which distinguishes a university graduate from a graduate in classical vocational training. University teaches students to better cope with the imponderable, the uncertainty and competing interpretations of complex issues. Scientific discrimination is a prerequisite for the ability to analyse and evaluate complex issues and to question professional thinking and practice in professional life marked by routine. These are skills which the future professional will need to deal with complex situations in practice.

Generally, academic disciplines achieve these tasks by relying on years of academic and professional experience. The health professions lack this type of long experience. In Germany, they stand at the beginning of the process of academisation, although aspects of this process are at very different stages of development. The academisation of care, for example, due to its temporal advantage, is at a very different stage than the academisation of midwifery which has only been represented at German universities since 2008. These new disciplines can indeed look back on decades of practice but in terms of their academisation, they have to rely on other established sciences. Not one of the health professions has yet completely achieved their own scientific identity as an academic discipline. The “new” health disciplines are “sciences in the making” [2]. Their key reference sciences, the medical sciences aside, include psychology, linguistics, sociology and pedagogy. The process of developing an identity which is associated with academisation is complex and difficult and appears contradictory. This may lead to considerable confusion and controversy amongst its key stakeholders, as is well known from other academic disciplines. There is no silver bullet in the academisation process. Differences and diversity can enrich disputes in academic encounters. An academic “culture” that allows these differences and diversity will appear lively and exemplary. This culture can certainly be found between the academized health professionals and the medical profession. Furthermore, this culture fosters an academic stance at university that is characterised by critical, interdisciplinary and innovative thinking and work, professional curiosity and respect.

The members of the teaching staff should be experts in their own disciplines. For that reason legal topics, for example, are taught by lawyers, psychological topics by psychologists and medical topics by physicians. Research-based teaching requires extensive knowledge of the relevant disciplines (reference sciences). At the same time, the reference scientists (such as physicians, psychologists) need to have sufficient knowledge of the working and thinking processes that are specific to the disciplines undergoing academisation. This can be achieved if the academic staff of all these disciplines engage in an intensive exchange of ideas. This cooperation will also fertilize the process of academisation with theoretical and methodological impulses. The practice-oriented clinical focus of the undergraduate studies requires the integration of reference sciences, thus providing excellent opportunities for shaping and promoting the academisation process. Particularly during the practice-oriented phases, it is vital to open the space to diverse theoretical and didactical influences as these will foster a variety of experiences and strengthen the academic identity.

Due to the practice-oriented clinical focus during the studies, a special emphasis is placed on case-oriented learning. By reflecting their practical experiences, students contribute to the scientific development of their disciplines. It is desirable that practice-oriented seminars and exercises are taught with an interdisciplinary approach. This allows students (and tutors) of different disciplines to learn together and practice how they collaborate as professionals in the future. Furthermore, case-oriented learning enables students to develop a reflected understanding of professional practice and a growing awareness of their specific professional identity. Students thus experience that 'their' discipline is closely connected with others: In spite of their own specialist knowledge and skills, they all depend on reference sciences.

The academisation process is made up of training and broad-based research activities. With the exception of care, the health disciplines are still at the very beginning of a research base. Adler & von dem Knesebeck [8] stress that generating evidence-based research is essential if academisation is to succeed. Pure research can help to develop theoretical models and concepts that can be transferred to the vocational fields. These could then be tested empirically, thus forming the transition to patient-oriented research, which in turn verifies the effectiveness of policies.

At the same time is also conceivable that clinical research will generate new theoretical models, which in turn will serve to improve clinical practice [11]. The Epistemology of Practice as developed by Schön [12] counters a practice which is characterised by "complexity, uncertainty, instability, uniqueness and value-conflict" (p. 39) and which cannot be captured or represented by technical rationality. At the heart of Schön's epistemology lies the practice concept of 'reflection-in-action' (p. 49) where practitioners are viewed as reflective practitioners. By reflecting their own practice they become researchers and generate theories of practice which are constantly

evolving, without turning into static theoretical knowledge which is meaningless for practice. Reflection-in-action as a research concept is suited for ensuring practice-oriented degree courses and constitutes the attempt to deal (in innovative ways) with the major uncertainties and inconsistencies of practice, with its unusual and unexpected scenarios, to explore ways which may lead to (innovative) possibilities for practice. In essence, this research concept is a progressive spiral of different levels of perceptions: Actions and reviews of these actions are continuously processed, analyzed and evaluated, as for example in Schaub's evaluation of a practical research project on the treatment of chronically ill patients in primary care [11].

The academisation of graduates leads to numerous job opportunities which also contribute to changes in the labour market. These changes follow from the fact that professional groups will be made up of various job qualifications and career paths in need of coordination, as the Council of Experts [13] stated in 2007 (p. 26). This causes anxiety amongst various professional associations, trade unions and groups within the medical profession. Only gradually a discussion has begun on which labour market graduates will be competing in, and what tariff structures in which practice fields will be open to them. The issue of the academisation of health professions is closely associated with this discussion but it is not strictly speaking an issue of the academisation of health professions but rather an issue of their professionalisation. The aspect of academisation cannot be equated with the overall phenomenon of professionalisation. In an overview, Kurtz [6] describes how characteristics of professionalisation have affected many areas of society. Moreover, the sociology of professionalisation stresses that professionalisation is to be understood as an ongoing change process amongst vocational groups on the basis of changing societal conditions [15].

Academisation of the Health Professions – Outlook

It is too early to give a first critical review of the possible impacts of the effects of academisation. Nevertheless, chances and development opportunities which result from this process can be identified. With the current wave of academisation, Germany is trying to catch up with standards long achieved in Europe and the US. The introduction of model clauses can only be seen as a first step on this journey [16]. Particularly in the UK, some Scandinavian countries, the Netherlands and the USA academisation is already well advanced, including the creation of appropriate positions in the labour market. It is therefore understandable that many enthusiastic and highly qualified graduates from vocational colleges and high schools in Germany leave to study abroad and eventually work in appropriate posts. It is necessary to offer attractive degree models in Germany in cooperation with universities so that not only German students remain

in the country but foreign students are attracted to coming to Germany, too.

In future, the working relationship between academic medicine, other disciplines such as psychology, sociology, linguistics or rehabilitation sciences and the health professions undergoing academisation will play a central role. This new form of cooperation will most likely succeed if attempts are made to identify common interests. Two fields shall serve as examples and will be described in more detail. They constitute part-joint degree courses and clinical research projects.

Under the heading “Interprofessional Education (IPE)”, the World Health Organization (WHO) states [17]: “Interprofessional education occurs, when students from two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes” (p.7). The WHO goes on to state that IPE is a necessary prerequisite for identifying local needs as students learn to think inter-professionally and become competent in working in interdisciplinary teams. This can be practiced in joint case-oriented learning phases. By doing this, the various professional roles can practice working collaboratively with patients [18]. It can be assumed that the quality of diagnosing and treating patients will be significantly improved if the involved professional groups are able to communicate openly and freely on the basis of mutual respect. For this reason, the joint learning and practice of professional interactions adds a quality to degree courses that cannot be valued too highly and is therefore essential for future programs. Recently Hahn [19] proposed to create a Society for Education in Health Professions which can become a partner of the existing Society for Medical Education. In the long term, both societies could merge. This would promote inter-professionalism but also elevate educational research for a future healthcare system to an internationally competitive level. The second field concerns clinical research. Countless research topics lend themselves to be researched upon, especially if the interfaces between the various disciplines are considered. For example, research could be done on medical obstetrics and midwifery or on the treatment and rehabilitation of stroke patients as carried out by medicine, nursing, occupational therapy, physiotherapy and speech therapy. An overview of worldwide research in the area of interdisciplinary research is offered by the Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [17]. It can be very helpful for all involved parties to draw on decades of research and practice experience within medicine and other related disciplines as well as on the various research experiences and the seemingly endless amount of practical experience of the health professions.

It is not yet possible to determine in detail what the consequences of cooperation will have on tomorrow’s healthcare. But experience has already shown that, in particular in the field of co-and multi-morbidity and chronic diseases, successful cooperation can reduce suffering because professionals that coordinate different perspectives at high quality level increase the chances

of healing processes. The academisation of health professions represents a useful building block in this framework and is not an end in itself. It solely serves to improve healthcare and to use knowledge and responsibility for the support of people.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 Satz 3 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 6 Satz 3 des Logopädengesetzes und § 9 Absatz 3 Satz 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes vom 16. November. Bundesanzeiger. 2009;180:4052.
2. Friedrichs A, Schaub HA. Interprofessionalität – aktuelle Rahmenbedingungen und Anforderungen an das Studium. Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2011. S.98-101
3. Heilmeyer L. Lehrbuch der Inneren Medizin. 2. Auflage. Göttingen, Heidelberg: Springer; 1961. S.3.
4. Robert Bosch Stiftung. Arztbild der Zukunft: Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt; Konsequenzen für die Ausbildung und Wegweisung zu ihrer Reform. Gerlingen: Arbeitskreis Mediziner Ausbildung d. Robert Bosch Stiftung; 1989. S. 22.
5. Deutsches Reichstag und Bundesrath. Reichsgesetz. Reichsgesetz-Blatt. 1883;9:15.
6. Kurtz T. Berufssoziologie. Bielefeld: Transcript; 2002.
7. Weiler H. Bildung zwischen Ökonomie und Technologie – Homo Sapiens im Wettbewerb. Die berufsbildende Schule. 2010;62:45-50.
8. Adler G, von dem Knesebeck JH. Auf akademischen Wegen. Dtsch Arztebl. 2010;107(9):A386-A390.
9. Robert Bosch Stiftung. Pflege braucht Eliten. Gerlingen: Bleicher Verlag; 1992.
10. Bollinger H, Gerlach A, Pfadenhauer M. Gesundheitsberufe im Wandel – Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Frankfurt a.M.: Mabuse; 2005.
11. Schaub HA. Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht unipress; 2008.
12. Schön DA. The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action. New York: Basic Books; 1983.
13. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn: Nomos-Verlag; 2007.
14. Huerkamp C. Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom Gelehrtenstand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1985. S.68-122.

15. Walkenhorst U. Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung – Eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse. Idstein: Verlag Schulz-Kirchner; 2008.
16. Wasner M. Qualitätsmanagement in der Ausbildung Physiotherapie in den EU-Ländern. Eine vergleichende Untersuchung. Unveröffentlichte Dissertation. Heidelberg: Fakultät Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität; 2007.
17. World Health Organization. Health Professions Networks Nursing & Midwifery. Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. London: CAIPE; 2010. Zugänglich unter/available from: <http://www.caipe.org.uk>
18. Dahlgaard K. Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegende. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ). 2010;104:32-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.004>
19. Hahn EG. Anmerkungen aus der Medizin. Dokumentation der 3. Werkstatt-Tagung „Zukunft der Hochschulbildung für Gesundheitsberufe im europäischen Kontext“ vom 24. und 25.06.2010 in Bochum. Magdeburg: Hochschulen für Gesundheit e. V.; 2010. S.31-32.
20. Billig M. Gesundheitsfachberufe. Drang zu akademischer Ausbildung. Dtsch Arztebl. 2011;108(1-2):A-30.

Corresponding authors:

Prof. Dr. jur. Anne Friedrichs
 University of Applied Sciences, President,
 Universitätsstraße 105, 44789 Bochum, Germany
anne.friedrichs@hs-gesundheit.de
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz-Alex Schaub
 Neurology & Psychiatry, Specialist for Psychosomatic
 Medicine & Psychotherapy, Psychoanalysis. Social
 Scientist, Behrens-Ring 8, 26127 Oldenburg, Germany
ha.schaub@googlemail.com

Please cite as

Friedrichs A, Schaub HA. Academisation of the Health Professions – Achievements and Future Prospects. *GMS Z Med Ausbild.* 2011;28(4):Doc50.

DOI: 10.3205/zma000762, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007625

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2011-28/zma000762.shtml>

Received: 2011-01-21

Revised: 2011-07-12

Accepted: 2011-07-21

Published: 2011-11-15

Copyright

©2011 Friedrichs et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.