

Positionspapier der Deutschen Hochschulmedizin (DHM)

zum

Studium der Gesundheitsfachberufe
(Stand 22.01.2025)

Inhalt

Aufruf	3
Handlungsbedarf	3
Handlungskonzepte	4
Studiengänge.....	4
Mustercurriculum.....	6
Strukturmodelle	8
Interprofessionalität: Notwendigkeit, Umsetzung im Studium erklären	8
Aufwand und Ressourcen.....	8
Rechtliche Aspekte	9
Unterstützungsangebote und Dokumentenbibliothek.....	9

Aufruf

Die gesundheitliche Daseinsfürsorge in Deutschland steht vor großen und mehrdimensionalen Herausforderungen, um das Versorgungsniveau in bezahlbarer Weise zukunftsfähig zu machen. Einen wichtigen Baustein stellt in diesem Zusammenhang eine Reform von Bildung, Ausbildung und Qualifikation im Gesundheitswesen dar. Diese Reform muss von den Versorgungsnotwendigkeiten und Versorgungsmöglichkeiten (auch den finanziellen in einem solidarisch organisierten System) ausgehen und damit primär patientenorientiert konzipiert werden. Sie wird bestehende Grenzen zwischen Disziplinen und Professionen durchlässiger machen und Kompetenzbereiche verschieben müssen. Hierbei spielt eine angemessene Akademisierung im Bereich der Gesundheitsfachberufe eine entscheidende Rolle, da sie Versorgungsqualität und Ressourceneffizienz fördert¹. Dabei ist auf die Entwicklung von akademischen und durch ein interprofessionelles Verständnis geprägte Fachkulturen aller beteiligter Professionen abzielen, was letztlich zu einer Weiterentwicklung und verbesserten Evidenzbasierung von Diagnostik und Therapieverfahren in den Fächern führt. Die Deutsche Hochschulmedizin ruft deshalb Politik und Hochschulen auf, tragfähige und nachhaltige Kapazitäten zum Studium akademisierter Gesundheitsfachberufe zu etablieren sowie die Voraussetzungen für die dazugehörigen differenzierten Berufsfelder und Zielpositionen in interprofessionellen Teams zu schaffen (siehe dazu DHM-Positionspapier zu akademischen Rollen von Pflegenden in der klinischen Patientenversorgung an Universitätskliniken). Berufsverbände werden aufgefordert, tradierte Pfade zu verlassen und sich den Notwendigkeiten des Abbaus von Grenzen zwischen den Professionen und Sektoren für eine zukunftsfähige Patientenversorgung zu öffnen. Das handlungsleitende Prinzip der Zukunft muss eine rationale Patientenorientierung sein, die faktenbasiert und nicht interessengeleitet argumentiert (s.a. https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2023/10/Impulspapier_Akademisierung-der-Gesundheitsfachberufe.pdf).

Handlungsbedarf

Eine zukunftsfähige und ressourceneffiziente gesundheitliche Daseinsfürsorge funktioniert nur interprofessionell und sektorenübergreifend, insbesondere vor den aktuellen Herausforderungen des Fachkräftemangels, des demographischen und epidemiologischen Wandels, den notwendigen Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen, der Unterstützung der Beitragsstabilität, der Stärkung von Prävention und Gesundheitskompetenz sowie der Anpassung an den Europäischen Arbeitsmarkt. Die Integration und Akzeptanz patientenorientierter akademisierter Gesundheitsfachberufe tragen maßgeblich zur Sicherstellung der Qualität der

¹ Lancet, 2014 May 24;383(9931):1824-30. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/); Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study

Patientenversorgung bei. Außerdem fördern sie die Nutzungseffizienz der vorhandenen Ressourcen^{2,3,4,5}. Die (Teil-)Akademisierung ermöglicht die Schaffung und Stärkung von Stellenprofilen mit erweiterten heilkundlichen Kompetenzen und eigenständigen Verantwortungen, auch hinsichtlich bisher ärztlicher Tätigkeiten (s.a. DHM-Positionspapier zu akademischen Rollen von Pflegenden in der klinischen Patientenversorgung an Universitätskliniken). Dieses Konzept hat sich international im stationären und ambulanten Bereich bereits vielfach bewährt.

Durch die Akademisierung wird die Attraktivität der Krankenversorgung und damit auch der Universitätsmedizin als Arbeitsumfeld gesteigert. Die im Studium erworbene wissenschaftliche Kompetenz ermöglicht Versorgungs- sowie Begleitforschung und stärkt damit die evidenzbasierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und seiner Strukturen gegenüber den Partikularinteressen. Dies ist für die Qualitätssicherung und -weiterentwicklung, bei gleichzeitiger Steigerung der ökonomischen Effizienz, unabdingbar. Die Überwindung der unzureichenden Evidenzbasierung in Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammenwissenschaften kann zudem ein Beitrag dazu sein, die Kosten im Gesundheitssystem zu reduzieren. Akademisierung sollte auch die Interprofessionalität – und damit Teamarbeit – in der Versorgung sowie die Vernetzung der Bereiche Lehre, Forschung und Patientenversorgung verbessern. Dies ermöglicht eine langfristig erfolgreiche interprofessionelle Tätigkeit in Forschung, Lehre oder Versorgung zugunsten der Patienten und der Bevölkerung (s.a. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23.pdf?blob=publication-File&v=12>).

Handlungskonzepte

Studiengänge

Obwohl die letztendliche Rechtfertigung der Bildungs- und Ausbildungskonzepte im Gesundheitswesen nur die Qualität und Umsetzbarkeit der gesundheitlichen Daseinsfürsorge sein können, müssen die beruflichen bzw. Karriereperspektiven für die darin Tätigen transparent und zuverlässig beschrieben werden. Der MFT hat die Karrierepfade für die verschiedenen Berufsgruppen analysiert und systematisch aufbereitet (<https://medizinische-fakultaeten.de/themen/unimedizin/personalentwicklung/>).

² Improvement of pain-related self-management for cancer patients through a modular transitional nursing intervention: A cluster-randomized multicenter trial; Pain 155(4):p 746-754, April 2014. | DOI: 10.1016/j.pain.2014.01.006

³ <https://www.unomed.ch/magazin-beitraege/5-vorteile-der-interprofessionellen-zusammenarbeit-im-gesundheitswesen>

⁴ https://www.unimedswiss.ch/application/files/2216/0284/8939/SAMW_charta_interprofessionalitaet_2020.pdf

⁵ <https://www.imabe.org/bioethik-aktuell/archiv/einzelansicht/studie-akademisierung-in-der-pflege-senkt-kosten-und-hebt-qualitaet>

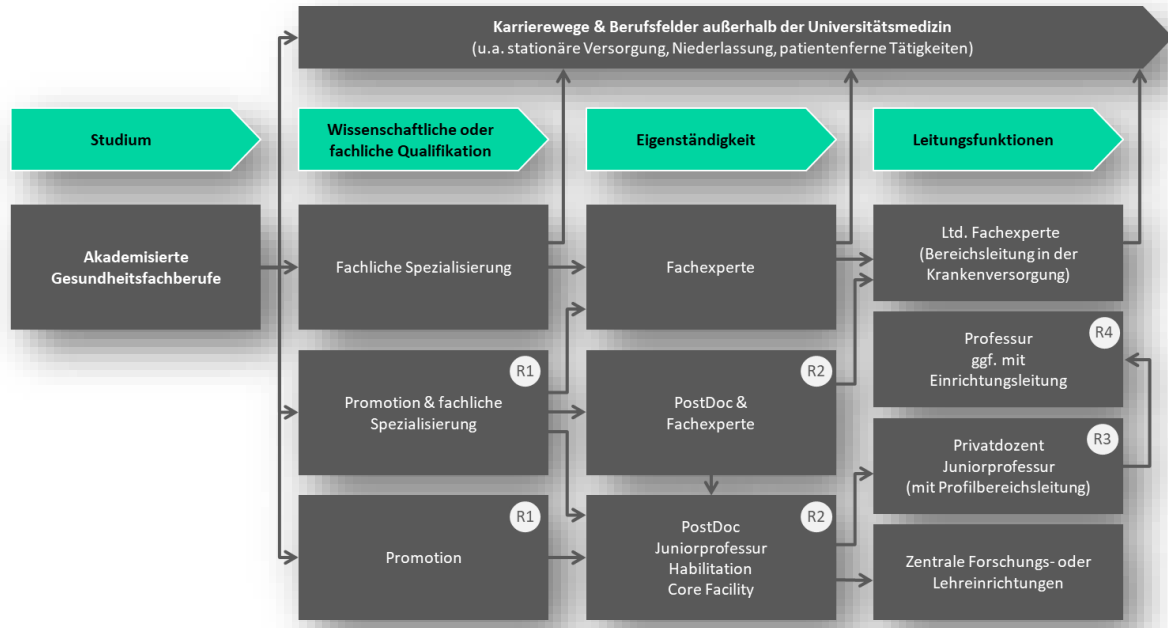


Abbildung 1: Karrierewege und Berufsfelder in der Universitätsmedizin. R1-R4 bezeichnen die akademischen Karrierephasen im Modell der Europäischen Union (<https://euraxess.ec.europa.eu/career-development/researchers>)

Für die Akademisierung im Bereich der Gesundheitsfachberufe beginnt der Karrierepfad mit einem primärqualifizierenden BSc-Studium, das sowohl wissenschaftsbasiert ist als auch für die Tätigkeit mit Patienten qualifiziert. Mit erfolgreichem Abschluss des BSc-Studiums erhalten die Absolventen den BSc-Grad sowie den Nachweis über das erfolgreich absolvierte staatliche Examen und können unmittelbar in der Versorgung von Patienten tätig werden. Durch das primärqualifizierende Studium und den Doppelabschluss eröffnen sich zusätzliche berufliche Perspektiven in der Patientenversorgung mit größerem Kompetenzbereich im Vergleich zum reinen staatlichen Examen (z.B. ANP, Advanced Nurse Practitioner, Community Health Nursing, Primary Care Nursing, Pflegeexperten, hebammengeführter Kreißsaal). Absolventen werden im Rahmen der Substitution heilkundliche Kompetenzen sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor erhalten und somit Versorgungspfade selbständig und eigenverantwortlich steuern. An dieser Stelle ist der Gesetzgeber gefordert unverzüglich die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, soweit dies nicht schon geschehen ist.

Sobald an einem Standort mehrere BSc-Studiengänge der Gesundheitsfachberufe angeboten werden, sollen diese soweit möglich mit einer Common Trunk-Systematik (Y-Curriculum) konzipiert werden. Dies bedeutet, dass zu Beginn möglichst viele polyvalente Module im Curriculum enthalten sind, die in höheren Studienjahren immer weniger werden. Hierdurch wird einer Silobildung der Studiengänge entgegengewirkt und Interprofessionalität gefördert. Außerdem wird sichergestellt, dass bei übergreifenden Themen vergleichbare Standards vorherrschen.

Die MSc-Studiengänge sollen entweder der Weiterentwicklung der Forschungskompetenz (wissenschaftsorientiert) oder spezifischen fachlichen Vertiefungen (versorgungsorientiert) dienen, wobei grundsätzlich natürlich auch Mischformen zwischen diesen unterschiedlichen Ausprägungen vorliegen können. Die wissenschaftsorientierten MSc-Studiengänge sind breit aufzustellen, so dass theoretisch Absolventen verschiedener BSc-Studiengänge Zugang haben. Versorgungsorientierte MSc-Studiengänge dienen der wissenschaftsbasierten Weiterbildung und Spezialisierung in den Gesundheitsfachberufen. Hier besteht eine gewisse Analogie zu bereits bestehenden Weiterbildungswegen in den Gesundheitsfachberufen aber auch in der Medizin. Die Notwendigkeit der Einrichtung von versorgungsorientierten MSc-Studiengängen muss jeweils vor Ort geprüft werden. Derzeit ist die Notwendigkeit in diesem Bereich noch nicht abschließend einschätzbar.

Promotionsprogramme dienen, wie auch in allen anderen Bereichen, der strukturierten Weiterentwicklung zur wissenschaftlichen Selbstständigkeit. Sie sind breit aufzustellen, so dass Absolventen verschiedenster MSc-Studiengänge Zugang haben. Ziel und Zweck der Promotionsstudiengänge ist es, wissenschaftliche Nachhaltigkeit in angemessener Breite zu schaffen und Personal heranzubilden, das die notwendige Versorgungs- und Begleitforschung sicherstellt. Dies umfasst auch Gesundheitssystemforschung.

Zur nachhaltigen Entwicklung gehört auch die Qualifikation des wissenschaftlichen Personals für die Übernahme eigenständiger Positionen (R2-Level) und von Leitungspositionen (R3-Level). Wie Abbildung 1 zeigt, sind diese Karrierewege bereits skizziert. Es müssen nun Zielpositionen und Qualifikationswege (ggf. auch entsprechende Programme, analog zu (Advanced) Clinician Scientist-Programmen) geschaffen werden. Dies schließt auch die Qualifikation zur Übernahme von Professuren oder Abteilungsleitungen ein, so dass die zukünftige Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses auf eine breitere Basis gestellt wird.

Mustercurriculum

Die an verschiedenen Standorten erarbeiteten und implementierten Konzepte und Dokumente (s. Dokumentenbibliothek) sowie die erhobenen Evaluierungsergebnisse und gemachten Erfahrungen mit den Implementierungsplänen und der Aufbauorganisation (Best Practice Cases) stellen einen großen Fundus dar, aus dem heraus sich ein generisches „Mustercurriculum“ im Sinne eines Grundkonzeptes ableiten lässt, das als Ausgangspunkt für die Einrichtung von Studiengängen an anderen Orten verwendet werden kann.

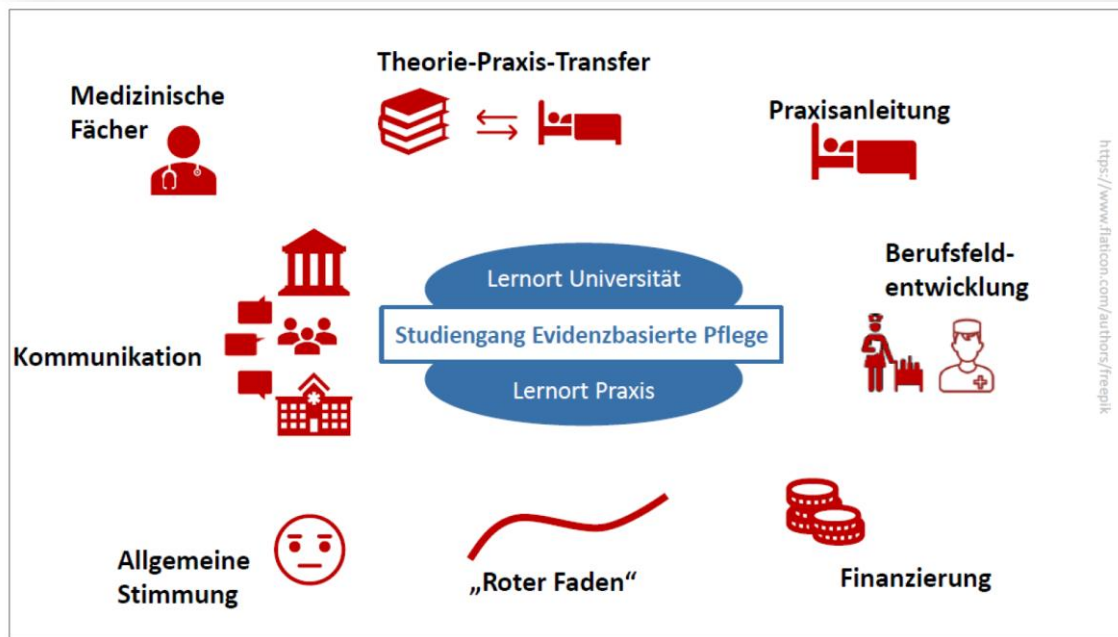


Abbildung 2: Wichtige Handlungs- und Lernfelder im Rahmen der Konzeption und Implementierung von Studiengängen der Gesundheitsfachberufe an Medizinischen Fakultäten. Abgeleitet aus der Evaluierung der Studiengänge Evidenz-basierte Pflege der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durch HIS Institut für Hochschulentwicklung, 2021

Bsc Evidenzbasierte Pflege

Fachtheoretisches Modul
 Fachpraktisches Modul
 Fachtheoretisches Modul mit Praxisanteil
 Praxismodul
P Prüfungsmodul gem. PflA/PrV
A Allgemeine Schlüssel-Qualifikation
H Modul mit BSc-HEB

	5 LP = 150 h		5 LP		5 LP		5 LP		5 LP	
1	1.1 Medizinische Grundlagen I H		1.2 Grundlagen der Pflege I H		1.3 Wissenschaftliches Schreiben und Präsentieren H A		1.4 Fachpraxis H		1.5 Pflegepraxis I	
2	2.1 Medizinische Grundlagen II H		2.2 Grundlagen der Pflege II H		2.3 Pflege im Kontext ärztlicher Diagnostik und Therapie		2.4 Pflege und multiprofessionelles Team I		2.5 Evidenz-basierte Praxis I H	
3	3.1 Pflege und multiprofessionelles Team II		3.2 Methoden des Assessments und der Diagnostik		3.3 Theoretische Grundlagen der GPW H		3.4 Gesundheitsdidaktik H A		3.5 Ethik und Geschichte H	
4	4.1 Komplexe Pflege und multiprofessionelles Team I		4.2 Evidenz-basierte Praxis II H		4.3 Heilkundliche Tätigkeiten I		4.4 Pädagogik und Entwicklungspsychologie H		4.5 Pflegepraxis IV	
5	5.1 Komplexe Pflege und multiprofessionelles Team II		5.2 Med. Psychologie und Med. Soziologie H		4.3 Heilkundliche Tätigkeiten I		5.3 Pflegepraxis V			
6	6.1 Komplexe Pflege und multiprof. Team III		6.2 Gesundheit und Gesundheitsförderung H		6.3 Zivil- und Sozialrecht H		6.4 Case Management H		6.5 Pflegepraxis VI	
7	7.1 Komplexe Pflege und multiprof. Team IV P		7.2 Komplexe Pflege und multiprof. Team V P		7.3 Komplexe Pflege und multiprof. Team VI P		7.4 Heilkundliche Tätigkeiten II		7.5 Bachelor-Arbeit H	
8	8.1 Komplexe Pflege und multiprof. Team VII P		8.2 Komplexe Pflege und multiprof. Team VIII P		8.3 Pflegepraxis VIII		7.5 Bachelor-Arbeit		8.3 Pflegepraxis VIII	

Abbildung 3: Beispielhaftes Studien- und Ausbildungsprogramm des Studiengangs Evidenz-basierte Pflege der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Strukturmodelle

Die Verbindung von Versorgung, Lehre und Forschung sowie die Realisierung der Interprofessionalität bedürfen einer strukturellen Einheit, die bei Studiengängen in der Universitätsmedizin systemisch bereits vorgegeben ist. Die maximale Stufe der Integration ist dabei die Vereinigung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre eines Faches in einem Institut unter Gesamtverantwortung einer Professur, wie sie aktuell z.B. am Standort Lübeck angestrebt wird.

Allerdings können auch andere tragfähige Konzepte, sofern sie die Voraussetzungen erfüllen, Anwendung finden. Hierfür kommt im Wesentlichen das Konzept des Gesundheitscampus (s. WR 2012) in Frage, unter welchem ein kooperatives Modell zwischen HAW/FH und Universitäten/med. Fakultäten bzw. ein integratives Modell an Universitäten/med. Fakultäten verstanden wird. Dies wurde allerdings bislang selten aufgegriffen und umgesetzt (s. WR 2023)

Interprofessionalität: Notwendigkeit, Umsetzung im Studium erklären

Interprofessionalität ist nicht nur eine Organisationsform, sondern eine Haltung des Individuums und Merkmal einer Unternehmenskultur. Da die Ausbildungsphase sehr prägend für die spätere berufliche Haltung und das Selbstverständnis ist, wird Interprofessionalität im eigentlichen Sinne nur dann gelingen, wenn sie bereits in der Ausbildung, im Studium gelebt wird. Somit ist es unabdingbar, dass sowohl in den Curricula der Gesundheitsfachberufe als auch im Curriculum der Medizin und Zahnmedizin interprofessionelle Module und Lehrformate longitudinal fest verankert werden. Diese Module sollen hauptsächlich praktisch ausgerichtet sein, damit tatsächliche Interaktion stattfindet. Hierfür eignen sich besonders Module, die in Lernkliniken, auf Lehrstationen oder in Lehrambulanzen angesiedelt sind.

An einigen Standorten (z.B. Freiburg, Halle, Lübeck, Berlin) gibt es dazu bereits Konzepte und konkrete Erfahrungen (Best Practice Cases), die in die Konzeption und Implementierung an anderen Standorten einfließen können. Hierzu dient auch die Dokumentenbibliothek (s.u.).

Aufwand und Ressourcen

Die notwendigen curricularen Personalressourcen in VK (Vollkraftstellen) ergeben sich aus Curricularanteilen (Cq), Anrechnungsfaktoren (f), Gruppengrößen, Semesterwochenstunden (SWS) und dem durchschnittlichen Lehrdeputat multipliziert mit den durchschnittlichen Bruttopersonalkosten. Sie sind leicht ermittelbar. Auch hierbei können die Berechnungen der Standorte mit Erfahrung herangezogen werden. Die Summe der Cq (CNW) wird von den Hochschulgesetzen des jeweiligen Landes limitiert (CNW-Korridor). Der Unterstützung hierbei dient auch die Dokumentenbibliothek (s.u.).

Der Aufwand für wissenschaftsunterstützendes Personal muss gemäß den lokalen Gepflogenheiten kalkuliert werden. Hierfür wird die Anwendung derselben Berechnungsgrundlagen wie für bereits vor Ort bestehende Studiengänge empfohlen. Analog sollte hinsichtlich der

sächlichen Ausstattung der beteiligten Einrichtungen verfahren werden. Besonderer Berücksichtigung bedarf das Personal für die Praxisanleitung.

Infrastruktur- und Implementierungskosten müssen lokal kalkuliert werden. Hierfür sollten die Erfahrungen der Standorte mit bereits bestehenden Studiengängen genutzt werden.

Für Studiengänge der Gesundheitsfachberufe orientieren sich die zuständigen Landesministerien gerne an einem Kostennormwert, der aktuell bei ca. 35.000 € pro Studienplatz und Jahr für die laufenden Kosten liegt. Für Studiengänge mit geringen Studienplatzzahlen (ca. <40) ist dieser Kostennormwert in der Regel nicht kostendeckend. Im Kontext von medizinischen Fakultäten ist auch eine angemessene Finanzierung und Ermöglichung von Forschung zu berücksichtigen, da hier die zukünftigen Lehrkräfte für sämtliche Studiengänge ausgebildet werden müssen. Innerhalb der Landesführungsbeträge sollen die Budgets für die Studiengänge separat ausgewiesen werden, ohne dass dadurch vor Ort die Steuerung über Globalbudgets behindert wird. Dies ist aufgrund der beschriebenen Vermischung der Studiengänge zur Förderung der Interprofessionalität notwendig.

Rechtliche Aspekte

Der wichtigste rechtliche Aspekt, den es sorgfältig zu berücksichtigen gilt, sind die quantitativen und inhaltlichen Randbedingungen durch die Hochschulgesetzgebung zu BSc- und MSc-Studiengängen (u.a. Curricularnormwerte, ETC-Punkte, Studienlast) sowie durch die entsprechenden staatlichen Verordnungen zu den Ausbildungsgängen (u.a. Mindestpraxisstunden, Mindesttheoriestunden, Praxisbegleitung, Praxisanleitung, Urlaubszeiten in den Ausbildungsverträgen). Die Integration dieser aktuellen Normen, in Verbindung mit den anspruchsvollen Zielen der Studiengänge haben voraussichtlich zur Folge, dass die BSc-Studiengänge über 4 Jahre angelegt sein müssen und 240 ETC entsprechen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Umsetzungsregelung der institutionellen und finanziellen Verantwortung (bei den Hochschulen) und deren teilweiser Delegation an die Leistungserbringer im Gesundheitswesen (z.B. Universitätsklinika).

An einigen Standorten gibt es diesbezüglich bereits Konzepte und konkrete Erfahrungen (Best Practice Cases), die in die Konzeption und Implementierung an anderen Standorten einfließen sollten bzw. übernommen werden können. Hierzu dient auch die Dokumentenbibliothek (s.u.).

Unterstützungsangebote und Dokumentenbibliothek

Wie bereits erwähnt, bestehen an einigen Standorten der Universitätsmedizin bereits langjährige und konkrete Erfahrungen (Best Practice Cases) hinsichtlich Konzeption, Implementierung, Durchführung und Evaluation der Akademisierung von Gesundheitsfachberufen auf den verschiedenen Ebenen (vom BSc-Studium bis zum Promotionsstudiengang). Die DHM empfiehlt die Einrichtung strukturierter Unterstützungsangebote durch diese Standorte, die

von der DHM-Geschäftsstelle und zuständigen Gremien koordiniert und begleitet werden. Unterstützungsangebote könnten in Form von Seminaren zu häufig wiederkehrenden Themenbereichen und in Form von „Patenschaften“ im Rahmen der spezifischen Umsetzung vor Ort eingerichtet werden.

Ein weiteres Unterstützungsangebot der DHM ist die Erstellung einer öffentlich zugänglichen Dokumentenbibliothek auf ihrer Webpräsenz. Die Dokumente werden von Standorten mit umfangreicher Implementierungs- und Durchführungserfahrung (ggf. mit entsprechender Kommentierung und Nennung von Ansprechpartnern) zur Nutzung bereitgestellt. Die DHM stellt diese dann auf einer öffentlich zugänglichen Seite, oder bei vertraulichen Dokumenten auf Anfrage, seinen Mitgliedsstandorten zur Verfügung. Die Dokumentenbibliothek enthält u.a. Modulhandbücher, Studienordnungen, Prüfungsordnungen, CNW-Berechnungen, Kapazitätsberechnungen, Kostenkalkulationen. Parallel zu diesen Unterstützungsangeboten wird versucht, ein Netzwerk zum Thema Akademisierung der Gesundheitsfachberufe aufzubauen, das die bestehenden Unterstützungsangebote fördert.