



Gesundheit

**Health Universities – Konzept,
Relevanz und Best Practice**

Mit regionaler Versorgung und interprofessioneller Bildung
zu bedarfsgerechten Gesundheitsfachleuten

Beat Sottas, Sarah Brügger, Peter C. Meyer

ZHAW Reihe Gesundheit N° 1



1

Das Departement Gesundheit der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ist eines der grössten und renommiertesten überregionalen Zentren in der Schweiz für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen Ergotherapie, Hebamme, Pflege und Physiotherapie. Das Departement betreibt angewandte Forschung und Entwicklung in diesen Berufsfeldern sowie berufsübergreifende Themen der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitssystems.

Die ZHAW Reihe Gesundheit veröffentlicht Arbeiten und Berichte, die im Departement entstanden sind oder von ihm in Auftrag gegeben wurden. Sie richten sich an die Scientific Community, Fachleute und die Allgemeinheit. Die Herausgeber prüfen und genehmigen die einzelnen Beiträge. Für Inhalt und Redaktion sind die jeweiligen Autorinnen und Autoren verantwortlich. Die Beiträge erscheinen in gedruckter Form und stehen online auch als Download zur Verfügung: www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschul-online-publikationen.html

Impressum

Herausgeber

Thomas Bucher, Leiter Direktionsstab
Lorenz Imhof, Leiter Forschung und Entwicklung Pflege
Claudia König, Leiterin Forschung und Entwicklung Hebammen
Jan Kool, Leiter Forschung und Entwicklung Physiotherapie
Peter C. Meyer, Direktor Dept. Gesundheit
Julie Page, Leiterin Forschung und Entwicklung Ergotherapie

Autor/-innen

Beat Sottas, Sarah Brügger (sottas formative works), Peter C. Meyer (ZHAW),
Dr. Beat Sottas, Rue Max-von-Sachsen 36, CH-1722 Bourguillon, www.formative-works.ch

Reihe und Nummer

ZHAW Reihe Gesundheit Nr. 1, Mai 2013

Titelgrafik

Driven GmbH – Communications and Design

Bestellungen

ZHAW Departement Gesundheit
Direktionsstab
Postfach
CH-8401 Winterthur
E-Mail: reihe.gesundheit@zhaw.ch

Preis

Fr. 15.–

Download

www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschul-online-publikationen.html

© ZHAW Departement Gesundheit 2013

ISBN 978-3-905983-01-2

www.gesundheit.zhaw.ch

Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice

Mit regionaler Versorgung und interprofessioneller Bildung
zu bedarfsgerechten Gesundheitsfachleuten

Beat Sottas^a, Sarah Brügger^a, Peter C. Meyer^b

^a sottas formative works

^b ZHAW Departement Gesundheit

Zum Geleit

Wie und wo findet die Ausbildung von Gesundheitsberufen statt? Weshalb ist dem so und welche Auswirkungen hat das auf die gesundheitliche Versorgung?

Wer diesen Fragen auf den Grund geht, stösst auf erstaunliche Widersprüche im Umgang mit dem angeblich höchsten Gut der Menschen und muss feststellen: das Wohlergehen von Menschen, Patientinnen und Patienten steht dabei nicht immer im Vordergrund. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen, politische Strategien, kommerzielle Interessen, Priorisierung von prestigeträchtigen Projekten in medizinischen Randgebieten oder die Wahrung von Definitionsmacht und Standesprivilegien stehen auf der Agenda von Verantwortlichen und Interessenvertretern noch vor der Gesundheit des einzelnen und der Bevölkerung. Auch zeigt ein historischer und transkultureller Vergleich von Gesundheitsvorstellungen die Relativität des jeweils vorherrschenden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. Und dieses prägt das Wie und Wo der Ausbildung von Gesundheitsberufen beträchtlich.

Vorherrschende Paradigmen und gesellschaftlicher Mainstream provozieren immer Gegenbewegungen, auch in Fragen der Gesundheit. Dominiert das naturwissenschaftlich determinierte Diagnose-Therapie-Modell mit Fokus auf die technologische Mach- und Manipulierbarkeit auf der Ebene von kleinsten Einheiten (Zellkernen, Genen), ertönt bald der Ruf nach ganzheitlicher, alternativer Medizin. In einer solchen Situation gesellschaftlichen Umbruchs ist auch die Entstehung der Health Universities in den 60er und 70er Jahren zu verorten.

Dieses Konzept hat sich seither unterschiedlich entwickelt. Vor allem in Entwicklungsländern ist es mit dem Aufbau einer kompetenten basalen medizinischen Infrastruktur für „primary care im community setting“ verbunden. Es wird dort inzwischen vor allem durch ein emanzipatorisches Engagement von Frauen getragen, die sich zunehmend den Zugang zur tertiären Bildung und zur Wissenschaft erobern. Internationale Organisationen wie das Netzwerk „Towards Unity for Health“, „Global Health through Education, Training and Service“ oder die „Foundation for the Advancement of international Education and Research“ unterstützen diese Aktivitäten mit tatkräftiger Hilfe von einigen etablierten Universitäten in den Industrieländern.

Die weitere Entwicklung der Health Universities in den Industrieländern hat Rückschläge erlitten und wird vor allem davon bestimmt, wie sich die öffentliche Meinung zu den Leistungen der klinischen Medizin und zu dem in ihrem Rahmen nicht gedeckten Hilfebedarf entwickelt. Dies vor allem auf dem Hintergrund zunehmend älter werdender Gesellschaften. Mit der Ausbildung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen wie Ergotherapie, Hebammen, Pflege, Physiotherapie, etc. an den Fachhochschulen bietet sich jedoch eine Chance, neue Formen der Kooperation zwischen sämtlichen Gesundheitsberufen bereits in der Ausbildung zu integrieren, entsprechende Forschung zu fördern und auf den tatsächlichen und absehbaren Versorgungsbedarf der Bevölkerung auszurichten.

Möge dieser Bericht einen Beitrag leisten zu den aktuellen Diskussionen um die Ausbildung von allen Gesundheitsberufen zugunsten der gesundheitlichen Versorgung der gesamten Bevölkerung.

Prof. Dr. Eberhard Göpel

Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Health Universities – bedarfsgerecht und trotzdem kaum bekannt.....	3
Das Modell der Health Universities als Kompass für heutige Bildungsinstitutionen	4
Dank.....	5
Management Summary	7
Health Universities als Antwort auf neue Herausforderungen.....	7
Definition einer Regional Health University	8
Best-Practice-Beispiele.....	9
Die Forderung nach interprofessioneller Ausbildung.....	10
Health Universities im deutschsprachigen Raum	11
Hindernisse bei der Umsetzung.....	11
Prioritäten- und Fokusverschiebung	11
1 Aufbruch und Reformbewegungen in den 1960er und 1970er Jahren	13
1.1 Den Lernort vom Hörsaal auf das Versorgungsumfeld ausweiten	13
1.2 Die Hochschule als Treiber für die wirtschaftliche Entwicklung.....	14
1.3 Grundversorgung statt spezialisierte Medizin	15
1.4 Die Primary Care Teaching Clinics der Ben-Gurion University	17
1.5 Bedarfsgerecht ausbilden: PBL in McMaster (CDN) und New Mexico (USA).....	18
2 Das Konzept der Regional Health Universities der OECD	19
2.1 Den Reformdruck im Bildungs- und Gesundheitswesen auffangen	19
2.2 Programmatische Fokussierung einer Health University gemäss OECD	20
3 The Network Towards Unity for Health	21
4 Reformen für das 21. Jahrhundert: Der Lancet-Report	22
5 Die zentralen Merkmale einer Health University	24
5.1 Das gesamte Gesundheitswissen unter einem Dach.....	24
5.2 Akademisierung der Gesundheitsberufe: Professioneller und wirksamer handeln	26
5.3 Inter- und multiprofessionelles Lernen zur Förderung der Kooperationskompetenz.....	27
5.4 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft: Prosperität ermöglichen	30
5.5 Prävention und Gesundheitsförderung.....	33
5.6 Regionale Verantwortung durch Partnerschaften und Vernetzung	34
5.7 Innovative Lehr- und Lernmethoden.....	35
6 Konsequente Umsetzung an der Gesundheitsfakultät in Linköping	36
6.1 Das Linköping-Modell für interprofessionelles Lernen.....	36
6.2 Die Gesundheitsfakultät Linköping beschreitet den neuen Weg.....	38
6.3 Kritische Erfolgsfaktoren der Gesundheitsfakultät Linköping	40
7 Das Karolinska Institutet in Stockholm	42
7.1 Von der Kriegschirurgie zu den Health Sciences: 200 Jahre Bedarfsorientierung.....	42
7.2 Interprofessionelles Lernen, um später besser zusammenzuarbeiten	42
7.3 Doppelte Mission: Spitzenforschung und gesellschaftliche Verantwortung	43

8	Das King's College in London	44
8.1	Das grösste Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe in Europa	44
8.2	Projektmanager ermöglichen interprofessionelles Lernen im Versorgungsumfeld	45
9	Health Universities und das deutschsprachige Europa.....	47
9.1	Der Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V.	47
9.2	Der Gesundheitscampus NRW und die Hochschule für Gesundheit Bochum	47
9.3	Die Martin-Luther-Universität in Halle-Wittenberg	49
9.4	Interprofessionalität in Deutschland, Österreich und der Schweiz	50
9.5	Bedarfsorientierung im deutschsprachigen Raum.....	52
10	Bilanz und Perspektiven des Konzepts der Health Universities	54
10.1	Aspekte einer erfolgreichen Umsetzung	54
10.2	Schwierigkeiten bei der Umsetzung	55
10.3	Von der Regionalentwicklung zur interprofessionellen Zusammenarbeit	57
	Anhang	59
A.	Interprofessionelles Lernen: Konzepte und Hintergründe	59
	Strategiepapiere und Aktionspläne zum interprofessionellen Lernen	59
	Eine Vielzahl von Begriffen	60
	Kompetenzen für Kooperation und Interprofessionalität	61
	Die praktische Umsetzung	62
	Verschiedene Formen von IPE	63
B.	Interprofessionelles Lernen in der Praxis.....	64
	Der „Common Core“ in Norwegen	64
	Das IPE-Modell der University of British Columbia	64
	Der NHS und die University of the West of England in Bristol	65
	Das Leicester Model of Interprofessional Education	66
	Das Centre for Interprofessional Practice der University of East Anglia	66
11	Bibliografie	67

Vorwort

Qualifiziertes Personal ist die Schlüsselressource für eine wirksame und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Die Leistungsfähigkeit der Health Professionals beeinflusst damit (neben den Bildungseffekten) direkt das Wohlergehen und Fortbestehen der Gesellschaft als Ganzes. Diese zentrale Aufgabe ist für die Konzeption von Bildungsstrategien für Health Professionals von grosser Tragweite, denn wenn sich das Gesundheitswesen verändert, muss sich auch die Bildung verändern, um die Health Professionals auf neue Aufgaben, neue Rollen und neue Settings vorzubereiten. Es ist deshalb wenig erstaunlich, dass die Bildung in den Gesundheitsberufen seit über 100 Jahren geprägt ist von Grundsatzdebatten, widersprüchlichen Forderungen, Reformen und Baustellen.

Nachdem die Ausbildungen für Health Professionals auf Hochschulstufe verankert worden sind, lassen sich die verschiedenen Reformansätze im Wesentlichen zwei bzw. drei Typen zuordnen, nämlich

- den im Nachgang zum Flexner-Report (1910) etablierten (natur-)wissenschaftsbasierten universitären Modellen bestehend aus Vorlesung, Übung und klinischer Lehre (informative Bildungsstrategie);
- dem in den USA Ende der 1960er und in Europa ab den 1980er Jahren entwickelten problemorientierten Lernen anhand von Fallstudien, die auf klinische Kompetenz und Rollensozialisation zielen (formatives Lernen) und heute weltweit den didaktischen Mainstream bilden (Frenk et al., 2010);
- der im Zuge der fortschreitenden Verwissenschaftlichung etablierten „discovery medicine“ (forschende Medizin), die sich primär mit den (naturwissenschaftlichen) Grundlagen sowie translationaler Forschung und weniger mit der Versorgungspraxis beschäftigt (Cooke, Irby & O'Brien, 2010; Sottas, 2012).

Health Universities – bedarfsgerecht und trotzdem kaum bekannt

Ein anderer konzeptioneller und didaktischer Ansatz wurde in den Siebzigerjahren mit den Regional Health Universities (regionale Hochschulen für Gesundheit) verfolgt. Er folgte dem Anspruch, mittels einer integrierten Ausbildung über die Professionsgrenzen und die Versorgungsbereiche hinweg den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt zu verbessern. Handlungsleitend war dabei ein breit gefasster Gesundheitsbegriff, der weit über die medizinisch definierte Heilung von Krankheiten hinausreicht und wesentlich zur Stärkung der regionalen Wirtschaftskraft beiträgt.

Der Umstand, dass die Health Universities nicht unter den genannten Haupttypen figurieren, weist darauf hin, dass sie einen Nebenast der Evolution bilden, der im Laufe der Zeit an Bedeutung verlor. Wenn das Konzept in dieser Studie aufgenommen und aufgearbeitet wird, erfolgt dies im Sinne einer Würdigung seiner Relevanz, Aktualität und Zukunftsfähigkeit. Denn obwohl sich seit den 1970er Jahren vieles verändert hat und angesichts der Entwicklungsdynamik weitere gewaltige Veränderungen auf die Gesundheitsversorgung zukommen, kann der Ansatz einer (regionalen) Health University auch heute als Leitmodell für eine zukunftsgerichtete und bedarfsgerechte Bildung dienen. Durch seine Schwerpunktsetzung bei der inter- und multiprofessionellen Gesundheitsversorgung bietet es auch und gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen und Umbrüche ein gut begründetes Konzept für einen wirkungsvollen Einsatz der Ressourcen für die Bildung und Forschung im Gesundheitsbereich.

In den letzten 35 Jahren wurde das von der OECD angestossene Modell einer Health University in mehreren Ländern auf unterschiedliche Art und Weise umgesetzt. Der vorliegende Bericht stellt die Konzeptionen einiger dieser pionierhaften Health Universities vor und zeigt auf, welches die zentralen Merkmale und Prioritäten der verschiedenen Hochschulen sind und wie sie die Umsetzung in die Praxis bewerkstellig(t)en. Dabei werden ausschliesslich Beispiele aus den westlichen Industrieländern berücksichtigt. Es sollte aber nicht vergessen werden, dass auch in den Ländern des Südens und im ehemaligen Ostblock Hochschulen für Gesundheit existieren, die aus ähnlichen Beweggründen wie die hier dargestellten innovative Konzepte entwickelten und als Referenz dienen könnten (z. B. Semmelweis Universität in Budapest). Diese liegen jedoch ausserhalb des Fokus dieses Berichts (siehe dazu auch den Verweis auf das TUFH-Netzwerk in Kapitel 3).

Gerade weil sich der Ansatz der Health Universities nicht als Mainstream hat etablieren können, ist auf Probleme, Widerstände und alternative Entwicklungen hinzuweisen. Dabei wäre es wünschenswert gewesen, vermehrt Beteiligte und Mitgestalter zu Wort kommen zu lassen. Es hat sich allerdings gezeigt, dass es relativ schwierig ist, Zeitzeugen für Einschätzungen der Aufbruchphase und des Verlaufs über die letzten 40 Jahre hinweg zu befragen.

Das Modell der Health Universities als Kompass für heutige Bildungsinstitutionen

Das Departement Gesundheit der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, das Studiengänge Ergotherapie, Hebammen, Pflege und Physiotherapie anbietet, hat die Initiative ergriffen – in Ergänzung der Arbeiten im deutschen Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. –, die Geschichte und die Umsetzung des OECD-Konzepts aufzuarbeiten und nach den Erfolgsfaktoren zu fragen.

In den ersten vier Kapiteln werden die Auslöser der Reformbewegung sowie die gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen der Pioniere in Norwegen, Israel, Kanada und den USA nachgezeichnet. Das fünfte Kapitel stellt die zentralen Merkmale einer Health University und die Rolle der OECD dar. In den drei folgenden Kapiteln werden drei vorbildliche Umsetzungen in Europa diskutiert: die Linköping Health University, das Karolinska Institutet in Stockholm und das King's College in London. Ein weiteres Kapitel beleuchtet die Situation im deutschsprachigen Europa. Das zehnte Kapitel versucht eine Bilanz und geht der Frage nach, weshalb sich dieses in vielerlei Hinsicht visionäre Konzept nicht durchgesetzt hat. Eingestreut finden sich Verweise auf andere Hochschulen, die sich von wesentlichen Elementen einer Health University haben inspirieren lassen und ausgewählte Aspekte umsetzen. Die Relevanz des Ansatzes wird auch deutlich in den Bezügen, die seinen Einfluss auf andere globale Strategien (insb. WHO) sowie die Initiativen zur Stärkung der Grundversorgung und zur Neuausrichtung der Bildungspolitik im Gesundheitssektor (Lancet Report; Frenk et al. 2010) aufzeigen. In den beiden Anhängen wird der Trend reflektiert, der das Konzept der Health Universities verdrängt hat: das interprofessionelle Lernen. Einerseits werden das Konzept und die Hintergründe ausgeleuchtet, andererseits werden verschiedene Umsetzungsbeispiele kurz vorgestellt.

Insgesamt legen die Best Practice-Beispiele einen Benchmark für alle Institutionen, die heute Gesundheitsfachleute ausbilden. Auch wenn längst nicht überall der Graben zwischen dem Bildungs- und Versorgungsauftrag überwunden wird, zeigen sie, dass es viele graduelle Stufen gibt zwischen der punktuellen Exposition in einem Praktikum, der systematischen und reflektierten Fallbegleitung, dem längerfristigen Eintauchen in ein Versorgungssetting, der Übernahme von Verantwortung in der gemeindenahen Versorgung und dem begleiteten Learning by Doing in einer von der Health University selber betriebenen „Teaching Clinic“ (wie an der Ben-Gurion University of the Negev in

Israel, vgl. Kapitel 1.4). Insgesamt wird deutlich, dass das OECD-Konzept aus den 1970er Jahren ein guter Kompass ist in den (gerade im deutschsprachigen Europa) teils heftig geführten Debatten über das Profil und die Aufgabe von Bildungsinstitutionen im Gesundheitswesen.

Dank

Die vorliegende Übersicht über die Geschichte und den Stand des Ende der 1970er Jahre vorgestellten Konzepts über Health Universities ist nur möglich gewesen durch die Unterstützung verschiedener Personen, die entweder als Zeitzeugen die damaligen Diskussionen und Diskurse mitprägten oder sich in ihrer aktuellen Arbeit mit den Postulaten oder den geschaffenen Strukturen befassen. Dank gebührt namentlich Thomas Bucher, Anne Friedrichs, Eberhard Göpel, Antje Hüter-Becker, Cornelia Mahler, Astrid Schämamm, Ronit Temes und Ursula Walkenhorst.– in Ergänzung der Arbeiten im deutschen Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. –, die Geschichte und die Umsetzung des OECD-Konzepts aufzuarbeiten und nach den Erfolgsfaktoren zu fragen.

Beat Sottas, Sarah Brügger, Peter C. Meyer

Mai 2013

Management Summary

Health Universities als Antwort auf neue Herausforderungen

Im Zuge des wirtschaftlichen Aufschwungs der Sechzigerjahre eröffnete sich die Möglichkeit, die umfassende Gesundheitsdefinition der WHO in die Tat umzusetzen. Dabei ging es nicht nur um die Bekämpfung neuer epidemiologischer Risiken und Krankheitsbilder, sondern auch um gesundheitspolitische und gesellschaftliche Anliegen: Neben den therapeutischen und diagnostischen Fortschritten rückten Aspekte wie Wohlergehen, Teilhabe an einer wirksamen und für alle zugänglichen Gesundheitsversorgung sowie Prävention und Gesundheitsförderung als Antwort auf die neuen Arbeits- und Lebensstile in den Blick.

Für die OECD, die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung in den Industrieländern, stand bereits Anfang der 1970er Jahre fest: „There can be no doubt that the development of industrialised societies has created a new form of morbidity and mortality, [...] leading to the rapid growth of [...] expenditure by the community and requiring a complex approach“. Anders als beim heute aktuellen WHO-Postulat „Health in all Policies“ zum Wohl der Menschen galt das Interesse der OECD dem Wirtschaftssystem und der Sorge, dass sozioökonomische Trends und Determinanten die wirtschaftliche Entwicklung der Staaten beeinträchtigen könnten. Als eine der Schwachstellen wurde die Ausbildung der Gesundheitsfachleute erkannt: „Professionals are not being educated in the number and kinds, and with the attitudes most congruent with the needs of society“ (OECD, 1977, S. 148). Innerhalb der OECD beschäftigte sich das „Centre for Educational Research and Innovation“ (CERI) schon seit geraumer Zeit mit Interdisziplinarität und Interprofessionalität in Lehre und Forschung. Der Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Berufspraxis, zwischen Berufspraxis und Ausbildung sowie zwischen verschiedenen Fachrichtungen sollte nicht nur der Überwindung des „fragmentierten Lernens“ dienen, sondern galt als Erfolgsfaktor auf dem Weg zu wirtschaftlicher Prosperität. Das Konzept „Regional Health Universities“ wurden bereits 1972 als Modell vorgeschlagen. Es sollte Antworten geben auf einige der zu diesem Zeitpunkt diskutierten Probleme im Hochschulwesen auf der einen und auf Herausforderungen im Gesundheitswesen auf der anderen Seite (OECD, 1977, S. 22).

Anfang der 1970er Jahre mehrten sich die Stimmen, die auf die Notwendigkeit von Reformen in der Bildung im Gesundheitswesen hinwiesen. Sie berichteten von innovativen Versorgungsansätzen und pionierhaften Ausbildungskonzepten in verschiedenen Ländern. Weil diese Bildungsinstitutionen in ihren Regionen modellhaft arbeiteten und ihre Arbeit durch Publikationen und die Outcomes in Fachkreisen hohe Anerkennung fand, bürgerte sich der Begriff „Regional Health Universities“ für diesen neuen Typus von Bildungsinstitutionen ein.

Die als Pioniere genannten Health Universities sind im Rahmen einer weltweiten Reformbewegung im nordnorwegischen Tromsø, an der Ben-Gurion University in der israelischen Negev-Wüste, an der Faculty of Health Sciences an der McMaster University im kanadischen Hamilton bei Toronto oder auch an der School of Medicine in Albuquerque im dünn besiedelten US-Bundesstaat New Mexico unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen und gesundheitspolitischen Anforderungen in den 1960er/1970er Jahren entstanden. Wichtige Triebkräfte waren die soziale Verantwortung für die regionale Entwicklung durch eine zweckmässige Grundversorgung und den Erwerb der dafür relevanten Kompetenzen an einer Hochschule.

Definition einer Regional Health University

1975 fand in Paris eine von der OECD einberufene Konferenz zum Thema „Regional Health Universities“ statt. Ausgehend von der Feststellung, dass die Absolventen der klassischen Hochschulen dem Versorgungsbedarf nur bedingt gerecht wurden, trafen sich Bildungs- und Gesundheitspolitiker mit den Pionieren und Vertretern verschiedener Hochschulen, um Aufgaben und Rollen der Bildungsinstitutionen im Gesundheitswesen zu diskutieren und – in der heutigen Begrifflichkeit – eine Strategie für eine angemessene „Gesundheitsbildungspolitik“ zu entwerfen. Inspiriert durch die Pionierbeispiele wurde die „Regional Health Universities“-Strategie als Lösungsweg proklamiert.

Obwohl an der Pariser Konferenz keine abschliessende Übereinstimmung erreicht wurde, zeichnete sich als Konsens ab, dass eine Health University folgende konstitutive Elemente aufweisen sollte:

- Ausrichtung auf den Bedarf einer regionalen (Grund-)Versorgung
- Zusammenführung aller Fachrichtungen, die zu gesundheitsrelevanten Fragen arbeiten
- interprofessionelle Organisation von Lehre und Forschung
- Einlösen der regionalen Verantwortung und Streben nach wissenschaftlicher Reputation
- problembasiertes und selbstgesteuertes Lernen in praktische Lernfelder hineinverlagern
- Leadership und Koordination bei der Vernetzung von Bildung, Politik und Versorgung
- der Gesundheitsförderung und Prävention auch einen wichtigen Stellenwert einräumen.

Die OECD definierte regionale Health Universities als „post-secondary interdisciplinary subject-oriented complexes“ (OECD, 1977, S. 25). Es sind entsprechend nach fachlichen Kriterien gegliederte Institutionen auf Hochschulstufe, die verschiedene Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen im Bereich der Gesundheit funktional und organisatorisch zusammenfassen und die allgemeine, berufspraktische und wissenschaftliche Qualifikationsziele mit Forschung, regionaler Entwicklungsplanung im Gesundheitswesen und Versorgung verbinden (Göpel, 2005, S. 6).

Das Konzept der Health Universities geht von der Feststellung aus, dass Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik gerade auf regionaler Ebene Querschnittsaufgaben einer weiter gefassten Entwicklungspolitik sind. Ihr Gelingen erfordert deshalb die Einbindung der besten Fachleute. Die Perspektive einer einzelnen Fachrichtung reicht dabei allerdings nicht aus, um den Herausforderungen gerecht zu werden und nutzergerecht alle notwendigen Antworten zu liefern. Mit Blick auf eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung macht es deshalb Sinn, alle Fachrichtungen und Berufe an einem Ort und in einer Institution zusammenzufassen, damit sie gemeinsam zur Lösung von Problemen im Bereich von Gesundheit und Krankheit beitragen. Da Gesundheit sehr breit verstanden wird, finden an einer solchen Health University nicht nur Gesundheitsberufe im engeren Sinn, sondern beispielsweise auch Juristen (Sozialversicherungsrecht), Ökonomen (Gesundheitsökonomie), Städteplaner (gesundheitsbezogene Siedlungsplanung) und Techniker (eHealth) Platz.

Für eine Health University gemäss dem Modell der OECD reicht es allerdings nicht, die verschiedenen Studiengänge lediglich organisatorisch an der gleichen Hochschule anzusiedeln und den Lehr- und Forschungsbetrieb in parallelen fachlichen Silos weiterlaufen zu lassen. Es braucht eine integrierende Vision und Bildungsstrategie, um die Neuausrichtung als Gesamtvorhaben institutio-

nell zu festigen. Die einzelnen Berufsgruppen und Fachrichtungen sollen dabei nicht nach disziplinspezifischen Fakultäten geordnet werden, sondern durch eine Mission als gleichberechtigte Partner mit gemeinsamen Aufgaben zusammengeführt werden, „which transcends their individual missions, and which aims to provide manpower and advance new knowledge suited to the major health needs of the society they serve“ (OECD, 1977, S. 142).

Faktisch wurde damals von der OECD (viele Jahre vor der Ottawa-Charta der WHO (1986) und auch vor der Alma-Ata-Deklaration (1978)) eine Ausweitung der Definition von Gesundheit und Krankheit angedacht, die neben der Kuration vermehrt Public-Health-Fragen sowie Prävention und Rehabilitation umfasste. Das Konzept einer Health University verstand sich – gerade im Geist der nicht unwesentlich einwirkenden 68er-Studentenbewegung – auch als Gegenentwurf zu einem Mainstream, in dem weltweit viele neue, aber konventionell auf das naturwissenschaftlich determinierte Diagnose-Therapie-Modell ausgerichtete Medizinfakultäten entstanden sind. Die wohl entscheidendste Forderung und Erwartung an Health Universities bestand darin, die Aktivitäten der Hochschulen verstärkt am regionalen gesellschaftlichen Bedarf auszurichten und die Verbindungen zwischen Hochschule und Gesellschaft zu stärken. Hochschulen sollten im Gesundheitsbereich nicht mehr nur nach Erkenntnisgewinn und Exzellenz streben, sondern die Aufbruchstimmung nutzen, um vermehrt gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen.

Best-Practice-Beispiele

Das konsequenteste Beispiel einer Health University findet sich im schwedischen Linköping. Die Gesundheitsfakultät Linköping bietet Ausbildungen in Medizin, Pflege, Ergo- und Physiotherapie, Logopädie, medizinischer Biologie, biomedizinischer Analytik, Biomedizin, Hebammenkunde, Public Health und Medical Education sowie diverse Weiterbildungen wie z. B. Primärversorgung durch Pflegende an. In Linköping wird „interprofessional education“ praktiziert, wobei die Studierenden einen beachtlichen Teil ihrer Ausbildung gemeinsam mit Studierenden anderer Fachrichtungen absolvieren. Einerseits werden damit Kompetenzen vermittelt, über die alle Health Professionals verfügen sollen, andererseits werden Fähigkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit gefördert, denen im Berufsleben eine zentrale Rolle zugeschrieben wird. Seit 1996 werden die didaktischen Prinzipien insbesondere in „interprofessional training wards“ umgesetzt, in denen die Studierenden in gemischten Teams gemeinsam für die Versorgung der Patienten verantwortlich sind. Evaluationen zeigen, dass sie dabei nicht nur hervorragende Versorgungsleistungen erbringen, sondern dass auch die vorgegebenen Ziele in Bezug auf die interprofessionelle Kompetenz und Praxistauglichkeit erreicht werden.

In Schweden gibt es mit dem Karolinska Institutet eine zweite Institution, die insbesondere im Bereich der interprofessionellen Integration den Prinzipien einer Health University nachlebt. Seit der Schaffung einer Physiotherapie-Ausbildung (1959) wurden sukzessive weitere Studiengänge in Logopädie, Psychotherapie, Dentaltechnologie, Optometrie und Biomedizin hinzugefügt. Der interprofessionelle Aufbau wurde 1998 mit der Integration der Ergotherapie, Akustik, Hebammenkunde, biomedizinischen Analytik, Pflege, Radiologie, Dentalhygiene, Podologie, Psychologie, einem Public-Health-Programm sowie der medizinischen Informatik abgeschlossen. Um die interprofessionelle Mission besser einlösen zu können, sind die Departemente nicht nach Berufen, sondern nach übergreifenden Themen gegliedert. Obwohl das Karolinska Institutet zu den weltweit führenden Forschungseinrichtungen im Bereich der Medizin gehört (und ein Ort ist, wo Nobelpreise vergeben werden), kommt der Verankerung in der schwedischen Gesellschaft hohe Priorität zu. Aus-

serdem sollen Spitzenforschung und angewandte Forschung mit regionaler Vernetzung kein Widerspruch sein.

Das King's College in London ist ein weiteres gutes Beispiel einer Health University. Es ist einerseits ebenfalls ein herausragender Player in der internationalen Arena mit dem Prestige „as one of the world's leading universities“. Andererseits ist es auch eine Ausbildungsinstitution, die in ihrer Region soziale Verantwortung übernimmt, indem sie „the basic needs of its population through work on health, education and law“ adressiert. Die Zusammenarbeit wird nicht nur zwischen den verschiedenen Departementen im Bereich der Gesundheit gefördert, sondern auch zwischen Gesundheits- und Sozial-, Geistes- und Naturwissenschaften. Die Strategie nutzt den Umstand, dass „the full range of health science specialists and breadth and depth in social and natural sciences and humanities“ unter einem Dach versammelt sind, was eine „total response to patient care“ ermöglicht. In der Lehre gibt es zwei interprofessionelle Schwerpunkte: Im ersten Semester besuchen alle Studierende der Human- und Zahnmedizin, der Ernährungsberatung, der Hebammenkunde, der Pflege, der Ergotherapie, der Pharmazie und der Physiotherapie gemeinsam fünf Kurse, die auf die spätere Praxis ausgerichtet sind. Später wird in den Praktika interprofessionelles Lernen in den Versorgungseinrichtungen im Südosten Londons ermöglicht. Dabei wird der Krankheits- und Versorgungsprozess eines ausgewählten Patienten in einem Team untersucht, durch Interviews mit dem Patienten, den Angehörigen und den Leistungserbringern analysiert und in einer Fallbesprechung mit anderen Teams dargelegt und diskutiert. Zudem gibt es ein Förderprogramm für Talente aus sozial benachteiligten Regionen.

Weltweit haben sich verschiedene Health Universities von den OECD-Postulaten leiten lassen. Nichtsdestotrotz muss heute festgestellt werden, dass sich kein einziges Beispiel findet, das im Nachgang zur Konferenz alle Kriterien erfüllt hat oder diese heute erfüllt. Die Mehrheit der Pioniere aus den 1960er und 1970er Jahren ist der Vision zwar treu geblieben, es gibt aber auch einige, bei denen sich heute kaum mehr Merkmale einer Health University finden lassen. Insgesamt gibt es in den Industrieländern heute ein knappes Dutzend Ausbildungsinstitutionen, die ein hohes Mass an Übereinstimmung mit den OECD-Postulaten aufweisen, die vorgängig erwähnten weltbekanntesten Universitäten in Stockholm, Linköping und London eingeschlossen.

Die Forderung nach interprofessioneller Ausbildung

Verschiedene Anliegen, die an der OECD-Konferenz von 1975 diskutiert wurden, fanden später Eingang in internationale Diskurse, Strategiepapiere und Aktionspläne. Dies trifft namentlich auf die Forderung nach interprofessioneller Ausbildung zu, die seit 50 Jahren regelmässig wiederkehrt, aber institutionell kaum vom Fleck kommt – trotz Support durch die WHO (u. a. 1981, 1988, 2010), den deutschen Sachverständigenrat Gesundheit (2007), die Careum-Stiftung (2007), die Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010), die Lancet Commission (2010) oder das Memorandum der Robert Bosch Stiftung (2011), um nur einige zu nennen. Gemessen am Mainstream der Medical Education und an den dominierenden Bildungsstrategien kommt dem inter- und multiprofessionellen Lernen eine nachgeordnete Position zu; Fachexpertise wird durchwegs höher gewichtet als Kooperationskompetenz. Trotz vieler Evaluationen gibt es überdies wenig Evidenz, ob interprofessionell organisierte Bildung tatsächlich besser ist. Entsprechende Untersuchungen sind methodisch nicht zuletzt deshalb anspruchsvoll, weil Vergleichsgruppen fehlen. Eine Studie der Swedish Medical Association konnte jedoch zeigen, dass Studierende, die an interprofessionellen Lernaktivitäten teilnehmen, in der Praxis besser kooperieren als die Absolventen anderer Studiengänge. Bei den klinischen Fähigkeiten waren keine Unterschiede feststellbar.

Health Universities im deutschsprachigen Raum

Ausgehend von den Leitprinzipien der OECD-Konferenz und den in der Zwischenzeit umgesetzten Modellen wurde 2001 in Deutschland der Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. gegründet, der dazu beitragen will, die „akademische und gesellschaftliche Isolierung der klinischen Medizin“ aufzuheben „und die Förderung der gesundheitlichen Entwicklung in der jeweiligen Region zur zentralen Aufgabenstellung“ einer Hochschule zu machen. Diese Bottom-up-Initiative hat allerdings nicht dazu geführt, dass sich die Gesundheitsbildungspolitik insgesamt im Sinne des Health-Universities-Modells verändert hat. Auch wenn an einzelnen Hochschulen einige Elemente der OECD-Strategie zu Health Universities Beachtung finden, muss doch festgestellt werden, dass massgebliche Unterschiede bzw. Defizite bestehen. Geläufig ist hingegen die Argumentation, dass zuerst das Wissen und das Rollenverständnis bzw. die berufliche Identität der eigenen Profession entwickelt sein müssen, bevor die Zusammenarbeit und die gemeinsame Problemlösung mit anderen Berufen und Professionals gelernt werden können.

Hindernisse bei der Umsetzung

Die vollständige Umsetzung des OECD-Konzepts „Regional Health Universities“ aus den 1970er Jahren ist heute institutionell und fachlich kaum realisierbar. Zum einen gibt es wenig Neugründungen von Hochschulen mit einem derart breit angelegten Fächerspektrum, zum anderen ist davon auszugehen, dass Neuausrichtungen bestehender Institutionen potenziell viele Akteure zu Verlierern machen – insbesondere die Medizin, die wegen der nationalen und globalen wissenschaftlichen Konkurrenz, den Konformitätszwängen innerhalb der Profession und der Medical Education sowie des Risikos, bei Umverteilungen ein Nettozahler zu sein, mehrfach unter Druck steht. Angesichts des steigenden Kostendrucks im Bildungssektor und im Gesundheitswesen ist auch die Finanzierungsbereitschaft der Politik und der Öffentlichkeit keineswegs gesichert. Gleichzeitig herrscht nach den in immer kürzeren Abständen erfolgten Richtungswechseln und Neuausrichtungen eine gewisse Reformmüdigkeit bei allen Akteuren, die eher der Konservierung professions-spezifischer Silos zudient.

Prioritäten- und Fokusverschiebung

Die Strategie der OECD war offensichtlich zu visionär, um mehrheitsfähig zu werden. In einer gesamtsystemischen Betrachtung lässt sich allerdings auch ein anderer Schluss ziehen. Sie ist Opfer des Wachstums, das sie ja gerade fördern wollte: Sie ist nämlich einfach von der ökonomischen Dynamik und der Verfügbarkeit immenser Ressourcen im Bildungs- und Gesundheitssektor übersteuert und überrollt worden. Trotz positiver Erfahrungen, ermutigender Ergebnisse und angemessener Antworten auf den Bedarf der Bevölkerung hat es die in der OECD Ende der 1970er Jahre postulierte integrative „Gesundheitsbildungspolitik“ nicht geschafft, sich gegenüber der fachlichen Spezialisierung als Mainstream zu etablieren.

Die Recherchen führen zur Feststellung, dass weniger die grosse Vielfalt von Ausprägungen und Varianten einen Erfolg des Konzepts verhindert hat, sondern in viel stärkerem Masse die systemimmanenten Entwicklungen im Gesundheits- und Bildungswesen. Die wirtschaftliche Hochkonjunktur hat nicht nur neue Risiken und neue Krankheiten gebracht, sondern auch enorme Mittel für ein goldenes Zeitalter der Bildungsexpansion, die in diesen Sektoren die sozioprofessionelle Differenzierung und Spezialisierung sowie den Aufbau und die Festigung neuer Institute und Abteilungen erst ermöglicht haben.

Einer der Effekte ist eine Prioritäten- und Fokusverschiebung: Das integrative Konzept der Health Universities mit ihrer institutionellen Zusammenführung erscheint heute weniger bedeutsam als das interprofessionelle Lernen, das nun als didaktische und ökonomische Notwendigkeit für das Erreichen einer nutzergerechten und qualitativ hochstehenden Versorgung betrachtet wird. In den 1970er Jahren sollte „learning in common“ angesichts der Versorgungs- oder Kompetenzdefizite einen Beitrag zur Schaffung regionaler Prosperität leisten (health = wealth). Nach Jahrzehnten professionsspezifischer Verregelung und Verriegelung der Bildungswege und der Berufsausübung erzwingen heute die versorgungspolitischen Realitäten, die Qualitätsansprüche und die knapper werdenden Ressourcen ein wirkungsvolles Zusammenarbeiten über die Professionsgrenzen hinweg. Das Erkenntnisinteresse und die innovativen didaktischen Konzepte fokussieren daher heute vor allem darauf, wie Studierende und Professionals diese Zusammenarbeit lernen und in eine wirkungsvolle Berufspraxis umsetzen können. Damit ist an Stelle eines integrierenden Versorgungskonzepts, das aus gesellschaftlicher Verantwortung entstanden ist, gerade auch bei den Pionieren und wichtigen Vertretern der Health Universities das interprofessionelle Lernen ins Zentrum gerückt.

Diese Ausgangslage eröffnet wieder neue Opportunitäten für das Konzept der Health Universities – allerdings nicht in der von der OECD angedachten umfassenden Ausprägung. Aber mittels innovativer Kombinationen der konstitutiven Elemente und einer ausgeprägten Integration in die lokalen und regionalen Versorgungsstrukturen liefert es eine bemerkenswerte Vorlage für die Art und Weise, in der zukünftigen Health Professionals während ihrer Ausbildung in die verschiedenen Settings eintauchen müssen, um wirklich bedarfsgerechte und praxisnahe Kompetenzen zu erwerben.

1 Aufbruch und Reformbewegungen in den 1960er und 1970er Jahren

1.1 Den Lernort vom Hörsaal auf das Versorgungsumfeld ausweiten

Die Suche nach der „richtigen“ Ausbildung und den besten Lehr- und Lernformen hat im Gesundheitswesen eine lange Tradition, die sich – getrieben durch Professionalisierungsinteressen – über Jahrzehnte hinweg in Form bestimmter Paradigmen verdichtet hat. Im Lancet-Report (Frenk et al., 2010) wird dargestellt, dass von 1900 bis in die 1960er/1980er Jahre eine informative Bildungsstrategie den Mainstream bildete, die mittels (natur-)wissenschaftlicher Kenntnissen und technisch-instrumenteller Fertigkeiten primär Expertise für Diagnose und Kuration förderte.

In den 1960er und 1970er Jahren meldeten sich vermehrt Stimmen zu Wort, die davon sprachen, dass die gesellschaftlichen Veränderungen den Berufsalltag der Health Professionals und damit auch die an sie gestellten Anforderungen grundlegend verändert hätten. Deshalb sei es notwendig, die Ausbildungen den neuen gesellschaftlichen Bedürfnissen anzupassen. Die OECD, die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung in den Industrieländern, die sich mit den Folgen des rasanten wirtschaftlichen Wachstums und der steigenden Kaufkraft auseinandersetzte, schrieb dazu: „In every country over the past decade, there has been increasing awareness that health professionals are not being educated in the number and kinds, and with the attitudes most congruent with the needs of society“ (OECD, 1977, S. 148). Der veränderte Bedarf resultierte insbesondere aus neuen Arbeits- und Lebensstilen, neuen epidemiologischen Risiken, neuen Zivilisationskrankheiten sowie der neuen Diagnostik. Auf Grund der Analyse der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Veränderungen war für die OECD klar: „There can be no doubt that the development of industrialised societies has created a new form of morbidity and mortality, [...] leading to the rapid growth of [...] expenditure by the community and requiring a complex approach“ (OECD, 1977, S. 7).

Der wirtschaftliche Aufschwung ermöglichte damals einen massiven Ausbau des höheren Bildungswesens und der Hochschulen. In dieser Aufbruchsstimmung zwischen 1960 und 1980 wurden auf der ganzen Welt mehrere hundert neue medizinische Fakultäten gegründet. Einige davon entwickelten innovative Curricula, in denen didaktische Neuerungen und oftmals auch eine stärkere Ausrichtung der Studieninhalte und Ausbildungsorte auf die Primärversorgung umgesetzt wurden (Müller, 2011, S. 17). So wurde beispielsweise in Newcastle in Grossbritannien (<https://mbbs.ncl.ac.uk>) und in Case Western Reserve in Cleveland/Ohio (USA) (<http://casemed.case.edu>) im Rahmen eines Experiments ein interdisziplinärer Lehrplan für die Medizin entwickelt, der unter anderem auch Public-Health-Aspekte umfasste. Die zwei Medizinfakultäten mit ihrer über hundertjährigen Geschichte vollzogen damit eine bemerkenswerte Wende. Mit dieser Integration betraten sie Neuland, denn zuvor hatte es separate Lehrpläne für jedes Fach gegeben. Immer öfters wurden auch standardisierte Patienten eingesetzt, d. h. entsprechend geschulte Personen, die sich wie Patienten mit bestimmten Symptomen und Problemen verhielten, um so die praktischen Fertigkeiten und Kompetenzen der Studierenden zu schulen. Zudem kam es zunehmend zu einer Erweiterung des Kontinuums vom Hörsaal zur klinischen Ausbildung durch frühe Patientenkontakte und eine Ausdehnung der Lernorte von den Krankenhäusern in die gemeindenahen Dienste (Frenk et al., 2010, S. 25). Immer mehr Hochschulen übernahmen an ihren Kliniken und Ambulatorien auch explizit eine Verantwortung für die regionale Gesundheitsversorgung.

1.2 Die Hochschule als Treiber für die wirtschaftliche Entwicklung

Nils-Holger Areskog, der bei der Umsetzung des Konzepts „Health Universities“ eine entscheidende Rolle spielte (vgl. Kapitel 6.3), nennt diese Zeit „a golden era for new medical schools“ (Areskog, 2009, S. 443). Es sind insbesondere die „nördlichste Universität der Welt“ im norwegischen Tromsø, die Ben-Gurion University in Be'er Sheva in der israelischen Negev-Wüste, die Faculty of Health Sciences an der McMaster University im kanadischen Hamilton bei Toronto oder auch die School of Medicine in Albuquerque im US-Bundesstaat New Mexico, die alle zu dieser Zeit gegründet wurden und die häufig als Pioniere und Wegbereiter des Konzeptes der Health Universities zitiert werden.

Auch wenn die genannten Health Universities unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen und gesundheitspolitischen Anforderungen entstanden sind, weisen sie einige Gemeinsamkeiten auf. Sie befinden sich mehrheitlich in peripheren und strukturschwachen Regionen, in denen grosse Distanzen, dünne Besiedelung und schwierige Lebensbedingungen spezifische Lösungen erfordern. Gleichzeitig wird an allen vier Hochschulen der Überzeugung nachgelebt, dass jede Bildungsinstitution – insbesondere im Gesundheitsbereich – ganzheitliche Antworten auf lokale Bedürfnisse liefern muss.

Die Universitäten in Tromsø und in Be'er Sheva in Israel wurden explizit mit der Absicht gegründet, in ihrer Region die (wirtschaftliche) Entwicklung zu fördern. An der Universität Tromsø in Nordnorwegen, die sich 350 km nördlich des Polarkreises befindet, prägt dieses Ziel bis heute die Ausrichtung der verschiedenen Departemente der Universität.¹ An der Gesundheitsfakultät sind momentan rund 2500 Studierende immatrikuliert und es werden verschiedene Bachelor- und Masterstudiengänge in den Bereichen Biomedizin, Pflege, Ergo- und Physiotherapie, Public Health und Telemedizin angeboten (<http://www.uit.no>).

In Be'er Sheva lag der Gründung der Universität eine Vision von David Ben-Gurion zu Grunde, dem ersten Ministerpräsidenten Israels. Er wollte die Negev-Wüste – 60% der israelischen Landfläche – besiedeln und begrünen. Heute ist die Ben-Gurion University ein bedeutendes Zentrum für Lehre und Forschung mit Standorten in Be'er Sheva, Eilat und Sede Boqer.² International bekannt ist sie vor allem als Vorreiterin im Bereich der „social accountability“. Die WHO definiert diesen Begriff, der im Deutschen meist als „soziale Verantwortung“ übersetzt wird, als Ausrichtung von Ausbildung, Forschung und Leistung auf die vorrangigen Gesundheitsbelange der Gemeinde, Region bzw. Nation, mit deren Versorgung die Bildungsinstitution beauftragt wurde (WHO, 1995). Die Ben-Gurion University wurde 1969 gegründet. Die Gesundheitsfakultät (University Center for Health Sciences) startete 1974 mit einem Medizinstudiengang (Segall et al., 1978a, S. 112). Heute bietet sie auch Ausbildungen in Pflege, Physiotherapie, Notfallmedizin, Gesundheitsmanagement, Medizinisches Labor, Gerontologie, Gesundheitssoziologie, Public Health, Epidemiologie, Ernährung, Pharmazie und biomedizinischen Wissenschaften an.

¹ Die Universität Tromsø wurde 1968 gegründet und gliedert sich in sechs Fakultäten (Gesundheit; Recht; Kunst; Biowissenschaften, Fischerei und Ökonomie; Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften; Naturwissenschaften und Technik) und vier wissenschaftliche Zentren (Gesundheit; Recht; Wissenschaft und Technik; Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften). Insgesamt werden ca. 150 Studiengänge angeboten.

² In den Fakultäten der technischen Wissenschaften, der Naturwissenschaften, der Geistes- und Sozialwissenschaften und der Gesundheit der Ben-Gurion University of the Negev sind insgesamt mehr als 19'000 Studierende eingeschrieben und laut Selbstbeschreibung ist die Universität „the number one choice of undergraduate students in Israel“ (<http://www.bgu.ac.il>).

In Tromsø wie auch in Be'er Sheva richtet sich das Studienangebot stark nach dem (regionalen) gesellschaftlichen Bedarf. Gerade im Bereich der Gesundheit erfordert dies einen neuen Bildungsansatz, der sich in mehrfacher Hinsicht vom Mainstream der Medical Education unterscheidet.

1.3 Grundversorgung statt spezialisierte Medizin

Im dominierenden Modell der medizinischen Ausbildung absolvier(t)en angehende Ärzte ihre klinische Ausbildung fast ausschliesslich an Universitätsspitalern (Margolis, 2000, S. 482). Gerade in Nordnorwegen, wo relativ viele ältere Menschen leben und das nächste Spital meist weit entfernt ist, entspricht diese Art der Ausbildung kaum dem vordringlichen regionalen Bedarf. Die Innovation der Gesundheitsfakultät der Universität Tromsø bestand deshalb darin, in erster Linie Fachpersonen für die Grundversorgung auszubilden. Im Medizincurriculum erhielt die „community medicine“ ein besonderes Gewicht. Die Studierenden waren von Anfang an verpflichtet, einen Teil ihrer klinischen Ausbildung in Regionalspitalern oder bei Allgemeinärzten der Region zu absolvieren. Gleichzeitig sollten ihnen in der Ausbildung auch die sozialen, ökonomischen und psychologischen Rahmenbedingungen von Gesundheit nähergebracht werden. Auch Public-Health-Themen waren ein zentraler Bestandteil des Studiums. Das Ziel war die Integration der Grundlagenwissenschaften, der klinischen Medizin und der gemeindenahen Versorgung inkl. Prävention und Gesundheitsförderung zu einem ganzheitlichen Studiengang (OECD, 1977, S. 263). Fønnebø Knutsen et al. berichten, dass zu Beginn einige (Spital-)Ärzte der Meinung waren, dass es von einem akademischen Standpunkt aus nicht angemessen sei, so viel Zeit der Ausbildung für die Allgemeinmedizin und Öffentliche Gesundheit einzusetzen. Die Mehrheit der Allgemeinärzte in Nord-Norwegen waren jedoch von diesem neuen Ansatz begeistert, lieferte er doch eine Antwort auf die dringendsten Bedürfnisse, die sich in ihrem Arbeitsalltag manifestierten (Fønnebø Knutsen et al., 1986, S. 109-110). Evaluationen, die in den ersten acht Jahren nach Einführung des neuen Medizinstudiengangs durchgeführt wurden, zeigten denn auch auf, dass die Absolventen und Absolventinnen aus Tromsø mehr Vertrauen in ihre praktischen Fähigkeiten hatten als diejenigen anderer Universitäten. Sie waren zudem motivierter, eine Karriere in der Grundversorgung anzustreben (Fønnebø Knutsen et al., 1986, S. 113).

Auch an der Ben-Gurion University setzte man von Anfang an stark auf die Grundversorgung. Hier waren nicht nur die grossen Distanzen ein Problem,³ sondern wie viele andere Länder war Israel auch damit konfrontiert, dass eine Mehrheit der Mediziner eine Karriere als Spezialist oder Forscher anstrebte und nur wenige die Grundversorgung als ihr künftiges Berufsfeld wählten. So wurde bereits in den 1970er Jahren festgestellt, „that there is a continuing shortage of adequately trained physicians in the urban and rural ambulatory care clinics while the pool of hospital-based specialists steadily rises“ (Segall et al., 1978, S. 113). Es war die Rede von einem grossen Graben zwischen der Grundversorgung auf der einen und der Sekundär- und Tertiärversorgung auf der anderen Seite. Diesen Graben wollte man mit der neu gegründeten Fakultät schliessen und so verfolgte man auch hier das Prinzip, dass die Ausbildung dort stattfinden sollte, wo die meisten Gesundheitsprobleme behandelt werden, d. h. in der Gemeinde und im regionalen Kontext.

³ Die Bevölkerung der Negev-Wüste ist sehr heterogen und lebt zerstreut in kleinen Städten, Kibbuzim und beduinischen Siedlungen. Insbesondere die Gesundheitsversorgung für die z. T. noch halbnomadisch oder nomadisch lebenden Beduinen erfordert besondere Aufmerksamkeit.

Auch an der Faculty of Health Sciences der McMaster University im kanadischen Hamilton⁴ und an der School of Medicine in Albuquerque findet ein Teil der klinischen Ausbildung in gemeindenahen Settings statt, denn um angehende Mediziner und Medizinerinnen für die Grundversorgung zu interessieren, „they must be exposed to family physicians as practitioners with academic status equal to that of members of other disciplines“ (Walsh, 1978, S. 75).

Wie das nördliche Norwegen ist auch der Norden Ontarios sehr dünn besiedelt. In manchen Gegenden ist in einem Umkreis von 1000 Kilometern nur gerade ein Arzt verfügbar. Fundierte Kenntnisse in Primary Health Care sind in einer solchen Situation unabdingbar. Aus diesem Grund hatten die Allgemeinmediziner aus der Umgebung bei der Entwicklung des Medizincurriculums der McMaster University ein grosses Mitspracherecht. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Ausbildung den lokalen Bedürfnissen entspricht (Spaulding & Neufeld, 1976). Sie übernahmen auch selber Aufgaben in der Lehre. Bis heute wird zudem darauf geachtet, dass die Studierenden ihre klinische Ausbildung auch in abgelegenen Regionen Ontarios absolvieren können (<http://fhs.mcmaster.ca>). Die McMaster University war zudem eine der ersten Hochschulen, die bereits in den 1970er Jahren eine Ausbildung für „nurse practitioners“ anbot, denn gerade in den abgelegenen Gegenden Ontarios waren diese als Ersatz für Allgemeinmediziner sehr gefragt (Spaulding & Neufeld, 1976). In McMaster sollen diejenigen Health Professionals ausgebildet werden, die in der Praxis auch benötigt werden.

Die relative kleine School of Medicine der University of New Mexico in Albuquerque, die sich von McMaster inspirieren liess, „got the world’s attention about how to transform the way future physicians are educated to better meet the needs of both learners and the community“ (Richter, 2008, S. 1). Bereits bei ihrer Gründung im Jahr 1964 übernahm man den innovativen interdisziplinären Lehrplan, der kurz zuvor in Case Western entwickelt worden war. Das war jedoch nur ein erster Schritt. In den 1970er Jahren versammelte sich „a group of young, passionate, compassionate, some might even say zealous, faculty“, die – inspiriert vom damaligen Zeitgeist⁵ – die medizinische Ausbildung in Albuquerque neu ausrichten wollte (Richter, 2008, S. 3). Bob Waterman, Arthur Kaufman, Stewart Mennin und Scott Obenshain waren die zentralen Akteure, die sich während Jahren und gegen grossen Widerstand für einen neuen Medizinstudiengang einsetzten, mit dem drei Ziele verfolgt werden sollten: „Meet the needs of the community, graduate physicians who would stay and practice in New Mexico, [and] reignite the joy of teaching and learning & create transformational learning experiences“ (Richter, 2008, S. 8). Dank einem finanziellen Beitrag der Kellogg Foundation konnte ab 1979 in Albuquerque neben dem traditionellen Studiengang auch das experimentelle „Primary Care Curriculum“ (PCC) starten, das unter anderem vorsah, dass die Studierenden bereits im ersten Jahr insgesamt vier Monate bei lokalen Ärzten in ländlichen Gebieten New Mexicos verbrachten, um so die wichtigsten Aufgaben der Grundversorgung kennenzulernen.

⁴ Die Gesundheitsfakultät an der McMaster University wurde 1965 gegründet (vorerst unter dem Namen „Division of Health Sciences“) und ist am Chedoke-McMaster Hospital angesiedelt. Es handelt sich dabei um einen Zusammenschluss der bereits seit 1942 bestehenden School of Nursing sowie der School of Medicine, die 1969 ihren Betrieb aufnahm (OECD, 1977, S. 200). Zur McMaster University gehören daneben fünf weitere Fakultäten (Ingenieurwesen, Geistes-, Natur- und Sozialwissenschaften sowie die DeGroote Business School), an denen insgesamt rund 26'000 Studierende immatrikuliert sind. Sie gilt als eine der 100 besten Universitäten weltweit.

⁵ Die University of New Mexico war einer der Brennpunkte der Studentenrevolte der 60er und 70er Jahre. Am 4. Mai 1970 hatte Jane Fonda hier ihren ersten öffentlichen Auftritt als Anti-Kriegs-Aktivistin.

1.4 Die Primary Care Teaching Clinics der Ben-Gurion University

An der Ben-Gurion University ging man noch einen Schritt weiter, denn „delivery of primary health care in the Negev [...] is beset by problems of organization and manpower which are characteristic of a rapidly industrializing society. Preventive and curative services are fragmented and delivered under different administrative authorities. Lack of coordination and overlapping governmental agencies, the health insurance system and voluntary institutions make continuity in the delivery of health care difficult to achieve” (Segall et al., 1978b, S. 221).

Die Fragmentierung der Zuständigkeiten in der Gesundheitsversorgung war ein drängendes Problem, auf das eine Antwort gefunden werden musste. An der neuen Fakultät wollte man deshalb nicht nur Ärzte einer neuen Generation ausbilden, „whose primary objective will be to provide services in an integrated hospital/community health care system“ (Segall et al., 1978a, S. 112). Gleichzeitig wurde auch angestrebt, ein integriertes Programm für eine präventive, kurative und rehabilitative Versorgung der lokalen Bevölkerung zu entwickeln, wobei die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitsfakultät von einer einzigen Behörde oder Institution geleitet werden sollten. Durch die Zusammenführung von Lehre und Versorgung innerhalb der gleichen Institution sollte gewährleistet werden, dass die Lehre auch wirklich den Bedürfnissen der Versorgungspraxis entsprach. Zudem konnte so sichergestellt werden, dass die akademischen Ressourcen Eingang fanden in die Planung und Umsetzung der lokalen Gesundheitsversorgung.

Unter der Leitung der Gesundheitsfakultät wurde ein Konsortium gegründet mit der Mission, „to encourage and facilitate more effective communication among the agencies concerned and provide a framework for coordination of services and sharing of resources” (Segall et al., 1978a, S. 114). Die Fakultät übernahm damit eine wichtige Funktion in der Koordination und Integration der verschiedenen Leistungserbringer der Region. Bis heute beteiligt sich die Ben-Gurion University in Zusammenarbeit mit Clalit Health Services, dem grössten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Israel, aktiv an der Planung und Implementierung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten in der Negev-Wüste.

Eine wichtige Rolle spielen dabei die Primary Care Teaching Clinics, deren Hauptaufgabe darin besteht, „to provide community-based academic counterparts to the clinical facilities of the teaching hospitals“ (Segall et al., 1978a, S. 130). In diesen Kliniken erhalten die Studierenden nicht nur Einblick in den Berufsalltag in einer Grundversorger-Klinik, gleichzeitig kann hier auch mit neuen Formen der Versorgung experimentiert werden, die – wenn erfolgreich – später in grösserem Massstab umgesetzt werden. Jede Klinik verfügt über grosse Autonomie bei der Entscheidung, in welcher Form die Versorgung erbracht werden soll und wie sie sich intern organisiert, wobei insbesondere die Versorgungsqualität regelmässig evaluiert wird. Die Studierenden absolvieren ihre klinische Ausbildung sowohl in den Universitätsspitalern als auch in diesen Primary Care Teaching Clinics. Dabei übernehmen diese Kliniken nicht nur kurative Aufgaben, sondern „there is greater emphasis on prevention, assuring continuity of care through the various phases of illnesses and developing outreach programs to address those needs of the population which are less effectively served within the confines of traditional medical care settings“ (Segall et al., 1978b, S. 223).

Damit die Studierenden in den Primary Care Teaching Clinics auch wirklich zu einer umfassenden und ganzheitlichen Versorgung beitragen können, erhalten im Studium speziell auch Public-Health-Themen von Anfang an einen prominenten Platz (Segall et al., 1978b, S. 224). Die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung wird an der Ben-Gurion University so verstanden, dass sie auch Gesundheitsförderung und Prävention umfasst. So werden beispielsweise regelmässig verschiedene Präventions- und Vorsorgeprogramme für die lokale Bevölkerung durchgeführt, wobei insbe-

sondere die teilweise noch nomadisch lebenden Beduinen angesprochen werden.⁶ Die Gesundheitsfakultät spielt bis heute eine zentrale Rolle „in planning and providing health care for residents of the Negev“ (<http://www.bgu.ac.il>).

1.5 Bedarfsgerecht ausbilden: PBL in McMaster (CDN) und New Mexico (USA)

Die Faculty of Health Sciences der McMaster University kennt man vor allem als Begründerin des problembasierten Lernens (PBL). Die Initiatoren des neuen Medizinstudiengangs in McMaster, der 1969 startete, „sought to create a programme of medical education that would remedy some of the deficits of the health care system“ (Walsh, 1978, S. 70).⁷ Als Alternative zu Frontalunterricht und Vorlesungen wurde deshalb das studentenzentrierte Lernen in kleinen Gruppen propagiert. Statt auf organspezifische und auf Pathologien ausgerichtete Vorlesungszyklen zu setzen, arbeitete man hier – ähnlich wie im Bereich der Wirtschaft – mit Fällen. Ausgangspunkt dafür war die Erkenntnis, dass die klinischen Verhältnisse vielfach wesentlich von den idealtypischen Lehrbeispielen abweichen. Problembasierte bzw. problemorientierte Lehr- und Lernmethoden konstituieren sich deshalb entlang von klinischen Schritten: Ein pathologisches Phänomen wird hinsichtlich Symptomatik – Anamnese – Diagnose – Therapie in einen Lernablauf integriert, der überdies als wesentliche Komponente das angeleitete Selbstlernen umfasst. Das selbstgesteuerte Lernen wird in McMaster bis heute grossgeschrieben. Der Lernprozess soll dabei nicht mit dem Diplom am Ende der Ausbildung aufhören, sondern in einen lebenslangen Prozess münden (Schnabel & Georg, 1999, S. 41).

Viele andere Hochschulen liessen sich von diesem Beispiel inspirieren. Dazu gehört unter anderem die University of New Mexico, die in ihrem Primary Care Curriculum viele Ideen aus McMaster übernahm. Auch hier fand das Lernen hauptsächlich in kleinen Gruppen und in den lokalen, gemeindenahen Versorgungsstrukturen statt. Die University of New Mexico war deshalb schon bald „known world-wide for both community-based and problem-based learning“ (Richter, 2008, S. 11).

In der Zwischenzeit ist in Albuquerque jedoch eine Wende eingetreten. Fünfzehn Jahre nach dem Start des „Experiments“ wurden die beiden bisherigen Studiengänge zusammengeführt. Der neue Studiengang sollte die positiven Elemente des Primary Care Curriculum und des klassischen Studiengangs kombinieren. Der Anteil an PBL und die Dauer der Praktika in der Gemeinde wurden dabei zwar reduziert, gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass nun alle Studierende davon profitieren können und nicht nur diejenigen des Reformstudiengangs – was insgesamt gesehen doch ein Gewinn sei. Richter beschreibt, dass dieser Fusion erbitterte Debatten und Grabenkämpfe um die Definition der „richtigen Mediziner Ausbildung“ vorausgingen. Dies widerspiegeln auch die andernorts gemachten Erfahrungen eines „Mainstreamings“ der Ausbildungen, indem Vordenker der Medical Education, die Fachgesellschaften und die Akkreditierungsorgane Standards durchsetzen, die mehr der sog. akademischen Medizin verpflichtet sind als dem gesellschaftlichen Bedarf.

⁶ Um eine bessere Gesundheitsversorgung der nomadisch lebenden Beduinen zu erreichen, hat die Fakultät beispielsweise die Etablierung einer mobilen „health care unit“ initiiert, welche die Beduinen in ihren verstreuten Siedlungen aufsucht und präventive und kurative Versorgung anbietet. Zudem wurden beduinische Frauen als „instructors for healthy lifestyles“ ausgebildet, um in ihren Gemeinden Mütter in Bezug auf gesunde Ernährung, mehr Bewegung, Stressmanagement etc. zu beraten und so zur Verminderung von chronischen Krankheiten beizutragen.

⁷ Entscheidend für das Gelingen des McMaster-Modells war die Tatsache, dass die Landesregierung von Ontario überzeugt werden konnte, den Löwenanteil der Finanzierung zu übernehmen.

2 Das Konzept der Regional Health Universities der OECD

2.1 Den Reformdruck im Bildungs- und Gesundheitswesen auffangen

Ein wichtiger Meilenstein zur Verankerung des Konzepts war die Konferenz zum Thema „Regional Health Universities“ vom 15. bis 18. Dezember 1975 in Paris. Das Centre for Educational Research and Innovation (CERI) der OECD hatte diese Tagung einberufen, damit sich Gesundheits- und Bildungspolitiker verschiedener Länder mit Vertretern innovativer Hochschulen treffen konnten, um gemeinsam Aufgaben und Rollen sogenannter Regional Health Universities zu diskutieren. Neben vielen anderen nahmen daran auch Vertreter der McMaster University, der Ben-Gurion University of the Negev und der Universität Tromsø teil.

Am CERI waren regionale Health Universities bereits seit 1972 ein Thema. Mit diesem Begriff wurde ein Modell einer Hochschule bezeichnet, das eine Antwort bieten sollte auf drängende Fragen im Bildungswesen auf der einen und Herausforderungen im Gesundheitswesen auf der anderen Seite (OECD, 1977, S. 22).

Im Hochschulwesen liess sich damals eine enorme Bildungsexpansion beobachten, die mit dem wirtschaftlichen Aufschwung eingesetzt hatte. Neue Hochschulen und Studiengänge entstanden, und immer mehr junge Menschen besuchten weiterführende Bildungseinrichtungen. Die Zahlen belegen den Trend: Während in Deutschland noch 1960 nur gerade sechs Prozent eines Jahrgangs die allgemeine Hochschulreife erwarben, waren es 2002 bereits 25 Prozent (Geissler, 2001).⁸ Begründet wurde die Expansion teilweise technisch-ökonomisch, d. h. mit der Nachfrage nach gebildeten Arbeitskräften zur Sicherung des Wirtschaftswachstums, teilweise auch politisch mit dem Ziel einer grösseren Demokratisierung und Gleichberechtigung der Gesellschaft (Teichler, 2009, S. 11).

Auf Grund des enormen Wachstums des Hochschulsektors mussten sich Bildungspolitiker und Bildungsinstitutionen zunehmend die Frage stellen, welche Aufgaben Hochschulen in erster Linie zu erfüllen haben und welche Strukturen dafür am Zweckmässigsten sind. Die OECD beauftragte deshalb das CERI, ein entsprechendes Forschungsprogramm durchzuführen, das in der Konferenz von 1975 seinen Abschluss fand (OECD, 1977, S. 19, 64f).

Unter dem Druck der studentischen Protestbewegung der späten 60er Jahre erhielt die Frage nach den Aufgaben einer Hochschule neuen Sinn. Die Forderungen zielten auf einen Umbau der Hochschullandschaft, die in deren Interpretation von den etablierten Eliten für den Machterhalt instrumentalisiert wurde. Die OECD argumentierte fachlich, weil sie die Funktion der Hochschulen als Treiber der wirtschaftlichen Entwicklung gefährdet sah: Sie kritisierte die Fragmentierung des Wissens in eine Vielzahl von Einzeldisziplinen, die einem echten Erkenntnisgewinn zuwiderliefen, die wachsende Kluft zwischen dem Elfenbeinturm der Universität und der „realen“ Welt, abstrakte und theorielastige Curricula, in denen die praktische Ausbildung nur eine untergeordnete Rolle spielte, isolierte Kurse ohne Bezug zum künftigen Berufsalltag, die fehlende Berücksichtigung von Kooperation und Teamarbeit sowie die intellektuelle Abhängigkeit, die jede Kreativität und Eigeninitiative der Studierenden zerstörte (OECD, 1977, S. 60-61).

Gleichzeitig thematisierten OECD und WHO den Reformbedarf im Gesundheitswesen, denn angesichts der neuen epidemiologischen und gesellschaftlichen Herausforderungen wurden die Unzu-

⁸ Im Jahre 2011 erreichten in Deutschland bereits 49.5% eines Jahrgangs die Hochschulreife (destatis, 2012). In der Schweiz hat die Quote der Abschlüsse mit gymnasialer oder Berufsmaturität ebenfalls markant zugenommen. Sie liegt allerdings nur bei 33% (<http://www.bfs.admin.ch>).

länglichkeiten und zunehmenden Defizite der herkömmlichen Ausbildungsstrukturen für die Gesundheitsberufe immer offensichtlicher. Wie heute waren auch damals schon die steigenden Gesundheitskosten ein Thema, das mit Sorge betrachtet wurde. Das CERI schreibt deshalb in seinem Bericht zur Konferenz von 1975, dass durch bessere und bedarfsgerechte Bildung, Gesundheitserziehung und Prävention die Kosten im Gesundheitssektor stabilisiert und die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden könnten (OECD, 1977, S. 11). Die traditionelle Universität, hiess es, antworte insbesondere im Bereich der Gesundheit nur ungenügend auf den Bedarf der Gesellschaft. Sie bilde Mediziner aus, die zwar die Naturwissenschaften und die medizinische Praxis der Universitätsspitäler kennen, jedoch nur wenig oder gar nichts darüber wissen, was Gesellschaft und Individuen eigentlich benötigen (OECD, 1977, S. 40).

Das Modell einer regionalen Health University basierte auf früheren Arbeiten des CERI zu Interdisziplinarität und Interprofessionalität in Lehre und Forschung. Diese Arbeiten hatten aufgezeigt, dass es notwendig war, Brücken zu bauen – Brücken zwischen Wissenschaft und Berufspraxis, zwischen Berufspraxis und Ausbildung sowie auch zwischen den verschiedenen Fachrichtungen und Professionen. Die Notwendigkeit des Brückenbauens, die studentischen Forderungen nach einer Überwindung des „fragmentierten Lernens“ und ihr Wunsch nach einer Rückkehr in die „reale“ Welt sowie die Anforderungen der Gesellschaft „should all encourage the more dynamic higher education institutions to develop interdisciplinary teaching and research programmes, setting up interdisciplinary problem-oriented institutes alongside monodisciplinary departments, faculties or schools“ (OECD, 1977, S. 22).

2.2 Programmatische Fokussierung einer Health University gemäss OECD

Bildungspolitiker, Gesundheitspolitiker und Vertreter der Hochschulen diskutierten an der Konferenz in Paris grundsätzliche Fragen wie diejenige nach der Beziehung zwischen Wissen, Forschung und Bildung auf der einen und dem gesellschaftlichen Bedarf auf der anderen Seite, nach den Aufgaben einer Hochschule oder auch nach der Bedeutung des Begriffs „Gesundheit“ und den Faktoren, welche die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen (OECD, 1977, S. 19f). Ausgehend von diesen Diskussionen sollte ein Modell einer Health University entwickelt werden, „such that the training of health personnel, research work, health education, preventive medicine and the delivery of health care might continuously be adapted to the health requirements of regional communities“ (OECD, 1977, S. 7). Eine zentrale Forderung hinter dem Modell einer Regional Health University bestand somit darin, die Aktivitäten der Hochschulen verstärkt am gesellschaftlichen Bedarf auszurichten und die Verbindungen zwischen Hochschule und Gesellschaft zu stärken. Hochschulen sollten nicht mehr nur in Selbstverwaltung nach Erkenntnisgewinn und Exzellenz streben, sondern bewusst gesellschaftliche Verantwortung übernehmen – so wie es in Tromsø, Be'er Sheva, Hamilton und Albuquerque bereits praktiziert wurde.

Was dies in der Praxis genau bedeutete, war alles andere als klar. Die Diskussionen zeigten, dass die einzelnen Teilnehmer der Konferenz unterschiedliche Vorstellungen davon hatten, wie eine regionale Health University genau auszusehen hatte – je nach dem, von welchen Rahmenbedingungen und gesellschaftlichen Bedürfnissen sie dabei ausgingen (OECD, 1977, S. 35). Diese konzeptionelle Unschärfe und Orientierungslosigkeit betonte Professor Pellegrino vom Yale-New Haven Medical Center in seiner Rede: „The concept of the university of the health sciences is today in an early stage of formation and is thus subject to a wide range of interpretation and programmatic expression. No single definition of the idea and no single model are likely to be very widely accepted“ (OECD, 1977, S. 139). Trotzdem liessen sich zum Schluss einige zentrale Ele-

mente festhalten, die als typische Merkmale einer regionalen Health University gelten. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Alle Fachrichtungen und Berufsgruppen⁹, die etwas zum Bereich „Gesundheit“ beitragen können, werden unter dem Dach einer kooperativ angelegten, integrierenden wissenschaftlichen Institution zusammengefasst.
- Die Studierenden werden auf die Arbeit in interprofessionellen Teams vorbereitet. Die Zusammenfassung verschiedener (kürzerer und längerer) Studiengänge unter einem Dach ermöglicht interprofessionelles Lernen und erleichtert die Mobilität zwischen verschiedenen Studiengängen.
- Health Universities orientieren sich an einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit, das insbesondere auch psychosoziale Aspekte umfasst. Sie befassen sich nicht nur mit der kurativen Medizin, sondern auch mit Gesundheitsförderung und Prävention.
- Die Bildungsaktivitäten werden auf den Bedarf in ihrer Region ausgerichtet, wobei die Grundversorgung eine prominente Rolle einnimmt.
- Health Universities setzen auf problemorientierte Lehr- und Lernmethoden und selbstgesteuertes Lernen sowie auf anwendungsorientierte Praxisphasen in verschiedenen Einrichtungen der Region.
- Die Forschung orientiert sich bei der Wahl ihrer Themen nicht nur am Streben nach internationaler Reputation in Wissenschaftskreisen, sondern auch an Problemstellungen und Fragen, die in Bezug auf die (regionale) Gesundheitsversorgung relevant sind, also von Grundlagenforschung bis zur gesundheitsbezogenen Stadtplanung.
- Sie vernetzen sich mit relevanten Akteuren im Gesundheitssystem und übernehmen eine koordinierende Rolle zwischen Bildung, Politik und Versorgung.

Regional Health Universities fassen verschiedene Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen funktional und organisatorisch zusammen und verbinden allgemeine, berufspraktische und wissenschaftliche Qualifikationsziele mit Forschung und regionaler Entwicklungsplanung im Gesundheitswesen (Göpel, 2005, S. 6). Organisatorisch kann es sich um eine eigenständige Institution handeln oder auch um eine Fakultät oder ein Departement einer grösseren Hochschule (OECD, 1977, S. 25).

3 The Network Towards Unity for Health

Auf Initiative der WHO wurde 1979 in Jamaika das Netzwerk „Towards Unity for Health“ (TUFH) gegründet¹⁰ (<http://www.the-networktufh.org>). Die Basis dafür bildete die Alma-Ata-Deklaration der WHO (1978), in der auf die Wichtigkeit der Grundversorgung („primary health care“) hingewiesen wurde.

Die in Kapitel 1 vorgestellten Hochschulen und Fakultäten – Tromsø, Ben-Gurion, McMaster und New Mexico – sind alle Mitglieder des TUFH-Netzwerkes. Es handelt sich dabei um einen Verbund von Einzelpersonen, Gruppen, Institutionen und Organisationen, die sich der Schaffung einer weltweiten Plattform für gerechte Gesundheitsversorgung durch gemeindenahe Ausbildung, dynamische Forschung und speziell auf ländliche Gegenden zugeschnittene Versorgung verschrieben haben (Frenk et al., 2010, S. 37). Damit ergeben sich einige Überschneidungen mit dem Modell

⁹ Dazu gehören die „multiple professional schools“ wie auch Disziplinen wie Ökonomie, Recht und Politik (OECD, 1977, S. 158).

¹⁰ Damals unter dem Namen „Network of Community-Oriented Educational Institutions of Health Sciences“.

einer regionalen Health University der OECD und es ist wenig erstaunlich, dass diverse Institutionen, die an der Konferenz in Paris teilnahmen, auch im TUFH-Netzwerk aktiv sind.

Die Mitglieder des TUFH-Netzwerkes setzen sich dafür ein, Ungleichheit in der Versorgung zu bekämpfen und zu einer besseren Versorgung insbesondere in peripheren Regionen beizutragen. Für die Bildungsinstitutionen im Gesundheitsbereich heisst das unter anderem, dass die Ausbildungen nicht nur auf die Spitalversorgung fokussieren, sondern verstärkt von den konkreten Problemen in der jeweiligen Gemeinschaft ausgehen sollen – so wie es auch das Modell der Health Universities vorsieht.

Das Thema der Bildung im Gesundheitswesen deckt aber nur einen kleinen Teil der Aktivitäten des TUFH-Netzwerkes ab. Daneben beschäftigt sich der Verbund auch mit Fragen des Versorgungszugangs, der Versorgungsgerechtigkeit und der Gesundheitspolitik, denn „innovations in health professions education would have to be linked with complementary innovations in health services delivery and health policy development“ (<http://www.the-networktufh.org>). Was es brauche, seien Kooperationen zwischen den verschiedenen Stakeholders (Health Professionals, Gesundheits- und Bildungspolitiker, Gemeinden etc.) und den verschiedenen Sektoren der Gesellschaft, d. h. der Wirtschaft, dem Bildungswesen, den Regierungsbehörden und der Bevölkerung. Diese Kooperationen will das Netzwerk ermöglichen und erleichtern und damit zu einem lokalen und internationalen Austausch beitragen. Auf Grund der zentralen Zielsetzung – eine gerechte Gesundheitsversorgung für die gesamte Weltbevölkerung – wird dabei stark von einer internationalen Perspektive ausgegangen, in der insbesondere die Probleme der Länder des Südens berücksichtigt werden. Durch diesen entwicklungspolitischen Fokus unterscheidet sich das TUFH-Netzwerk von der Analyse der OECD, die den Blick ausschliesslich auf die Industrieländer richtet.

4 Reformen für das 21. Jahrhundert: Der Lancet-Report

Trotz der enormen Dynamik im Aufbau und in der Neuausrichtung von Bildungsstätten für Health Professionals im Verlaufe der letzten Jahrzehnte sind viele Vorschläge und Forderungen, die 1975 in Paris oder auch innerhalb des Netzwerkes Towards Unity for Health diskutiert wurden, noch längst nicht umgesetzt. Ende 2010 publizierte die renommierte Zeitschrift „The Lancet“ das Strategiepapier „Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world“, das von der Careum-Stiftung ins Deutsche übersetzt wurde (Frenk et al., 2010; <http://www.careum.ch/lancet-report>). Eine internationale Kommission legt darin den Finger auf aktuelle Defizite in der Bildung von Health Professionals und leitet daraus Empfehlungen für Kurskorrekturen und Neuorientierungen ab.

Einer der Hauptkritikpunkte der Lancet-Kommission betrifft die Ausrichtung der Bildungsstrategie, die in der Regel die fachliche Expertise und Exzellenz (von immer weniger immer mehr wissen) vor alle anderen Ziele stellt. Im Lancet-Report wird bilanziert, dass „lößliche Anstrengungen, diese Mängel zu beheben, grösstenteils gescheitert sind, auch auf Grund des ‚Stammesdenkens‘ der Berufe – d. h. der Neigung, im Alleingang oder gar in Konkurrenz zueinander zu handeln“ (Frenk et al., 2010, S. 6). Der Report nennt eine Reihe weiterer Bildungsdefizite, die auf systemimmanente Probleme in der Bildung im Gesundheitswesen hinweisen:

- das Erlernte stimmt nicht mit dem gesellschaftlichen Bedarf überein;
- die unabdingbare interprofessionelle Teamarbeit wird kaum erlernt;
- die berufliche Sozialisation fördert die Hierarchisierung nach Beruf und Spezialisierung;

- es dominiert die technisch-instrumentelle Herangehensweise in Diagnose und Therapie;
- als Leitmuster gilt der episodische Kontakt statt die kontinuierliche Betreuung;
- die Inhalte sind spitallastig und vernachlässigen die Primärversorgung;
- die Bildung fördert quantitative und qualitative Ungleichgewichte bei Angebot und Nachfrage von Health Professionals;
- das Verständnis für die grösseren gesundheitspolitischen Zusammenhänge fehlt;
- die künftigen Health Professionals erwerben Faktenwissen und spezialisierte Fertigkeiten, aber kaum Führungsbereitschaft zur Verbesserung der Leistung und des Nutzens.

Dieses Fazit ist ernüchternd angesichts der seit mehr als vierzig Jahren geführten Diskussionen betreffend die Bedarfsorientierung und der Etablierung von Reformuniversitäten und Reformstudiengängen. Die globale Kritik der Lancet-Kommission trifft sich auch mit Stimmen aus dem Markt, die auf eine beschränkte Praxistauglichkeit der Absolventen und Absolventinnen der Ausbildungen im Gesundheitswesen hinweisen. So schreibt zum Beispiel Casalino, der in den USA mehr als 20 Jahre als Hausarzt gearbeitet hat, dass „most physicians and non-physician staff lack training and experience to work in a fundamentally different way“ (Casalino, 2010, S. 788). Pohl et al. fordern „substantive changes in the way health care professionals in all disciplines are trained“ (Pohl et al., 2010, S. 900). Auch die Analysten und Unternehmensberater von PricewaterhouseCoopers sind der Meinung, dass die existierenden Ausbildungsprogramme den Anforderungen des Marktes nicht genügen (PricewaterhouseCoopers, 2005, S. 49) und Busse et al. schreiben, dass es „well-targeted training“ brauche, um die Health Professionals auf ihre neuen Rollen und Verantwortlichkeiten vorzubereiten (Busse et al., 2010, S. 3). In jüngster Zeit füllen US-Diskussionen um angemessene Strategien und Kompetenzen zur Versorgung der 50 Millionen Unversicherten die Journals.

Die Lancet-Kommission schlägt verschiedene bildungsstrategische und institutionelle Reformen vor, die dazu beitragen sollen, die Health Professionals besser auf die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts vorzubereiten. Die Analyse stützt sich auf gute empirische Daten – trotzdem lesen sich die Schlussfolgerungen und Empfehlungen stellenweise wie eine Wiederholung der Postulate, die 1975 in Paris diskutiert wurden. Die hohe Übereinstimmung mit dem Modell der „Regional Health Universities“ der OECD ist augenfällig. Wie die OECD fordert auch die Lancet-Kommission ein Überschreiten von Grenzen, eine stärkere Vernetzung der Hochschulen, mehr Interprofessionalität und Praxisorientierung und eine verstärkte Ausrichtung am gesellschaftlichen Bedarf. Auch wenn das OECD-Modell in die Jahre gekommen ist, scheint es immer noch in die richtige Richtung zu weisen.

5 Die zentralen Merkmale einer Health University

5.1 Das gesamte Gesundheitswissen unter einem Dach

Das Konzept der Health Universities geht von der Feststellung aus, dass Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik gerade auf regionaler Ebene Querschnittsaufgaben zur Schaffung von Wohlergehen und Prosperität sind. Ihre erfolgreiche Realisierung erfordert die Einbindung der besten Fachleute aus allen gesundheitsbezogenen Fragestellungen. Die Perspektive einer einzelnen Fachrichtung reicht dabei nicht aus, um den Herausforderungen gerecht zu werden und nutzergerecht alle notwendigen Antworten zu liefern. Mit Blick auf eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung macht es deshalb Sinn, alle Fachrichtungen und Berufe an einem Ort und in einer Institution zusammenzufassen, damit sie gemeinsam zur Lösung von Problemen im Bereich von Gesundheit und Krankheit beitragen können. Eines der zentralen Merkmale, auf das sich die Teilnehmer 1975 an der OECD-Konferenz einigten, war deshalb die Zusammenfassung der verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen unter einem Dach. Wie der damalige Dekan der Gesundheitsfakultät der Ben-Gurion University, J.F. Mustard, in Paris sagte: „As the delivery of health care is a team responsibility shared by various different types of personnel they should be trained together in shared facilities“ (OECD, 1977, S. 199).

„Gesundheit“ kann sehr breit gefasst werden und so können an einer Health University nicht nur Gesundheitsberufe im engeren Sinn, sondern beispielsweise auch Juristen (Sozialversicherungsrecht), Ökonomen (Gesundheitsökonomie) oder Siedlungsplaner (gesundheitsbezogene Stadtplanung) und Techniker (eHealth) ihren Platz finden. Idealerweise wird bei der Konzeption einer Health University nicht von bestehenden Studiengängen oder Fachrichtungen bzw. von den Bedürfnissen einzelner Berufsgruppen ausgegangen, sondern von der Frage, wer zu einem bestimmten Problembereich – in diesem Fall zu den Herausforderungen des Handlungsfeldes „Gesundheit“ – einen relevanten Beitrag leisten kann.

Die Recherchen zeigen, dass eine Health University gemäss der umfassenden Vision der OECD bislang nirgends umgesetzt wurde. Die Integration verschiedener Gesundheitsberufe war auch für die Gründer der Gesundheitsfakultäten in Tromsø und Be'er Sheva eine wichtige Zielsetzung, die im Kongressreport Erwähnung findet: „In most countries, medicine, dentistry and pharmacy are university disciplines and allied health professionals are taught in hospitals. The Negev experiment hopes to concentrate all health teaching activities in a single integrated educational institution, college or university. The various schools within the Centre of Health Sciences are therefore individually administered yet part of the single faculty of health sciences“ (OECD, 1977, S. 247, 265). Auch die McMaster University bildet nicht nur Mediziner aus, sondern auch Gesundheitswissenschaftler¹¹, Pflegefachpersonen, Hebammen, Physio- und Ergotherapeuten sowie – seit 2008 – Physician Assistants (<http://fhs.mcmaster.ca>).

Für eine Health University gemäss dem Modell der OECD reicht es nicht, die verschiedenen Studiengänge lediglich organisatorisch an der gleichen Hochschule anzusiedeln und ihren Lehr- und Forschungsbetrieb ohne gegenseitige Abstimmung und Verschränkung parallel weiterlaufen zu lassen. Was es braucht, ist eine entsprechende Philosophie und Bildungsstrategie, um die Neuausrichtung institutionell zu festigen. Die einzelnen Berufsgruppen und Fachrichtungen sollen durch eine Mission mit gemeinsamen Aufgaben zusammengeführt werden, „which transcends their

¹¹ Dieser Bachelor-Studiengang wird beschrieben als „interdisciplinary approach to the study of health, wellness and illness“ (<http://fhs.mcmaster.ca>).

individual missions, and which aims to provide manpower and advance new knowledge suited to the major health needs of the society they serve" (OECD, 1977, S. 142). Die Zusammenfassung des gesamten Gesundheitswissens unter einem Dach soll dazu beitragen, Wege zu verkürzen, sich kennen zu lernen und die Zusammenarbeit zu verbessern. Raumplanung, Architektur und die Logistik des Patientenmanagements spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Ein weiterer Erfolgsfaktor ist, dass die strategische Führung die verschiedenen Bereiche und Studiengänge einer Health University als gleichberechtigte Partner verortet. Eine Hierarchie der Berufe, bei der die Medizin als Leitdisziplin die anderen Studiengänge dominiert, entspricht nicht der Konzeption einer Health University. Wie sich die Hochschule intern organisiert, ist laut OECD weniger wichtig als „the fact that the faculties, deans and students of the several professional schools are joined together in a co-ordinated academic structure in which decision-making and priority-setting are co-operatively pursued" (OECD, 1977, S. 140).

Idealerweise ist eine Health University nicht nach Disziplinen geordnet. Sie ist vielmehr unterteilt in thematisch gegliederte Departemente und Bereiche, die verschiedene Fachrichtungen und Berufe umfassen. Das Karolinska Institutet in Stockholm (vgl. Kapitel 7) besteht deshalb aus berufs- und disziplinübergreifenden Departementen, wobei z. B. am Departement Neurobiology, Care Sciences and Society gleichzeitig Mediziner, Pflegefachpersonen und Physiotherapeuten tätig sind (<http://ki.se>). Auch an der Universität Linköping sind die (Forschungs-)Departemente z. T. fach- und sogar fakultätsübergreifend organisiert (vgl. Kapitel 6.2).

Die Idee einer besseren Verzahnung der verschiedenen Gesundheitsberufe bereits in der Ausbildung hat in jüngster Zeit wieder an Aufmerksamkeit gewonnen. So schreibt beispielsweise die Robert Bosch Stiftung in ihrem Memorandum zur Kooperation der Gesundheitsberufe, dass angesichts der Tatsache, dass „berufliche und wissenschaftliche Sozialisation der Gesundheitsberufe auf eine spätere, interdisziplinäre Berufspraxis vorbereiten sollen, [...] Forschung und Ausbildung interdisziplinär und kooperativ angelegt sein [müssen]. Dafür ist eine Vernetzung der Ausbildungsstätten der verschiedenen Gesundheitsberufe erforderlich“ (Robert Bosch Stiftung, 2011b, S. 36). Auch der deutsche Sachverständigenrat Gesundheit zielt in die gleiche Richtung, wenn er den Medizinischen Fakultäten empfiehlt, „zu prüfen, inwieweit sie das Spektrum ihrer Professuren erweitern können, und zwar durch die Integration von beispielsweise Pflegewissenschaften und -praxis, Physiotherapie, Logopädie und weiteren Gesundheitsberufen. Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe wie die Pflege lassen sich als Teil der Heilkunde mit einem eigenen Forschungsbedarf definieren. Wenn bei der Versorgung der meisten Krankheitszustände die Kooperation vieler Professionen erforderlich ist, dann bietet es sich an, das erforderliche Mass an Gemeinsamkeit auch für Aus-, Weiter- und Fortbildung und nicht zuletzt für die Forschung anzustreben“ (SVR-G, 2007, S. 26). Der deutsche Wissenschaftsrat hat in seiner jüngsten „Empfehlung zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ ebenfalls die Zusammenführung vorgeschlagen, entweder in Form eines Departements für Gesundheitswissenschaften an der medizinischen Fakultät oder als Fakultät für Gesundheitswissenschaften an einer Fachhochschule, die eng mit einer Universität mit Medizinfakultät kooperiert. Diese Strategie verfolgt die Einrichtung eines Gesundheitscampus zur Umsetzung einer hochschul- bzw. fakultätenübergreifenden Lehre (Wissenschaftsrat, 2012).

5.2 Akademisierung der Gesundheitsberufe: Professioneller und wirksamer handeln

Tätigkeiten in gesellschaftlichen Schlüsselfragen wie Glauben, Gesundheit und Gerechtigkeit erfordern professionsspezifisches Sonderwissen, das über eine spezifische Ausbildung erworben werden muss. Hochschulbildung ist für die Professionalisierung entscheidend, denn die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Phänomenen und Bedingungen der Berufstätigkeit erzeugt systematisierte Wissensbestände und führt dazu, dass die reflektierte Anwendung dieses Wissens Handlungsautonomie und Ungebundensein gegenüber Weisungen Dritter ermöglicht (Unschuld, 2009; Wissenschaftsrat, 2012). Im Prozess der Professionalisierung spielt deshalb die Akademisierung eine entscheidende Rolle, denn solange sich Fachleute auf die Resultate fachfremder „Experten“ verlassen müssen, bleibt ihnen die autonome Berufsausübung verwehrt.

Eine Health University bedingt zwar nicht zwingend, dass die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe als Hochschulberufe anerkannt sind. Gemäss dem Modell der OECD kann eine Health University auch nicht-akademische Berufsausbildungen umfassen.¹² Im Hinblick auf die spätere Berufspraxis ist es sogar äusserst sinnvoll, wenn in der Ausbildung nicht nur die akademischen Gesundheitsberufe miteinander in Kontakt treten, sondern wenn die Zusammenarbeit mit unterschiedlich qualifizierten Personen aus dem weiten Spektrum der gesamten Workforce im Gesundheitssektor eingeübt werden kann – dies umfasst weit mehr als nur die Health Professionals mit einem Diplom des höheren Bildungswesens.

Nicht zuletzt aus regulatorischen Gründen ist das ideale Modell in der Praxis jedoch nur schwierig umzusetzen. Bestehende Health Universities befinden sich deshalb grösstenteils in Ländern, in denen nicht nur die Medizin, sondern auch die anderen Gesundheitsberufe an Hochschulen gelehrt und gelernt werden. So stammen zwei der in diesem Bericht vorgestellten Best-Practice-Beispiele (die Gesundheitsfakultät der Universität Linköping und das Karolinska Institutet, vgl. Kapitel 6 und 7) aus Schweden. Dort ist mit dem „Swedish Higher Education Reform Act“ von 1977 ein einheitliches und zentralisiertes System der Hochschulbildung geschaffen worden, das alle Ausbildungstypen auf der Tertiärstufe umfasst (Fägerlind & Strömqvist, 2004, S. 217f.). In Schweden gelten heute alle höheren Ausbildungen als Hochschulausbildungen, die entweder an Universitäten oder an Fachhochschulen („university colleges“) absolviert werden können – das gilt auch für die Gesundheitsberufe.¹³ Auch in anderen nordeuropäischen und in den angelsächsischen Ländern werden die verschiedenen Gesundheitsberufe schon seit langem an Universitäten und Fachhochschulen ausgebildet. Dadurch ist der Austausch und die Zusammenarbeit mit der Medizin – der Leitdisziplin im Gesundheitswesen – einfacher umzusetzen, als wenn die verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen an separaten Institutionen oder ausserhalb der Hochschulen angesiedelt sind.

Während die Professionalisierung und Akademisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern bereits weit fortgeschritten ist, weisen Deutschland, Österreich und die Schweiz im Vergleich dazu mehr oder weniger grosse Rückstände auf. Für die künftige Entwicklung in Deutschland sind die Empfehlungen des Sachverständigenrates Gesundheit (SVR-G 2007) und des Wissenschaftsrates (2012) besonders wichtig.

¹² ISCED Level 5 gemäss der UNESCO-Definition

¹³ Während die Universitäten ihren Fokus auf die Forschung legen, sind die „university colleges“ in erster Linie für die Berufsausbildungen (auf Bachelorstufe) zuständig. Höhere Fachschulen, die im deutschsprachigen Raum teilweise für die Ausbildungen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zuständig sind, gibt es in Schweden heute nicht mehr. Fägerlind und Strömqvist weisen zwar darauf hin, dass zwischen Universitäten und Fachhochschulen insbesondere im Bereich der Forschung grosse Unterschiede bestehen. Gleichzeitig können Fachhochschulen aber auch als Universitäten anerkannt werden, wenn sie die entsprechenden Standards erfüllen (Fägerlind & Strömqvist, 2004, S. 219, 226f).

Zwar hat auch im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren eine Verschiebung in Richtung einer hochschulischen Ausbildung für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe stattgefunden. Doch erstens ist die institutionelle Verankerung auf Hochschulstufe erst vor wenigen Jahren erfolgt (Schweiz, Österreich) oder sie steht erst am Anfang (Deutschland), zweitens verläuft die Entwicklung grösstenteils losgelöst von den Medizinfakultäten der Universitäten. Diese sehen die Akademisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe nicht als ihre originäre Aufgabe an. Dementsprechend nutzen sie die Möglichkeiten der Etablierung eigener Studiengänge oder der Kooperationen mit den Fachhochschulen kaum (Robert Bosch Stiftung, 2011a, S. 76).

Im Hinblick auf das Modell der Health Universities stellt der Umstand ein grosses Hindernis dar, dass Fachhochschulen und Universitäten im deutschsprachigen Raum nicht nur für unterschiedliche Berufsgruppen zuständig sind, sondern auch unterschiedliche Entstehungsgeschichten haben, rechtlich anders geregelt und verschiedenen Ministerien zugeordnet sind, aus unterschiedlichen Budgetlinien finanziert werden und finanziell sowie personell völlig unterschiedlich ausgestattet sind. Es verwundert daher nicht, dass Ausbildungskooperationen zwischen den universitären und den nicht-universitären Gesundheitsberufen nur selten institutionell verankert sind.¹⁴

5.3 Inter- und multiprofessionelles Lernen zur Förderung der Kooperationskompetenz

Das inter- und multiprofessionelle Lernen stellt, wie bereits gezeigt wurde, beim Modell der Health Universities ein zentrales Merkmal dar. Die Zusammenfassung verschiedener Studiengänge unter einem Dach soll die dazu notwendigen Voraussetzungen schaffen und gleichzeitig auch die Mobilität zwischen verschiedenen Studiengängen erleichtern (OECD, 1977, S. 15).

Eine in dieser Hinsicht besonders innovative Idee wurde in den 1970er Jahren an der University of New Mexico diskutiert – auch wenn sie schlussendlich nicht umgesetzt werden konnte. Die Vision von Scott Obenshain war eine Art Leitermodell, bei der die ersten Jahre des Studiums inkl. des viermonatigen Praktikums in der Gemeinde (vgl. Kapitel 1.3) zu einem Diplom als „Physician Assistant“ führen würden. Danach hätten die Studierenden an die Hochschule zurückkehren können, um nach weiteren zwei Jahren Studium als „Medical Doctor“ abzuschliessen. Die Opposition der American Medical Association und auch jene des Berufsverbandes der Physician Assistants hat diesen Plan jedoch rasch zunichtegemacht (Richter, 2008, S. 7f).¹⁵

Die Gründer der Ben-Gurion University of the Negev präsentierten an der OECD-Konferenz in Paris ihren Plan, dass alle Studierenden im Bereich der Gesundheit ein gemeinsames Kernmodul absolvieren sollten. Erst nach Abschluss dieses Moduls und auf Basis der dabei gemachten Erfahrungen sollten sie sich für einen bestimmten Studiengang entscheiden müssen. Das Ziel war, „to facilitate more flexible admission procedures [and] to allow students to select their future careers after having a certain amount of experience in various domains“ (OECD, 1977, S. 247).

¹⁴ Die einzige Universität in Deutschland, die eine eigene Fakultät für Gesundheit hat, ist Witten/Herdecke (<http://www.uni-wh.de/gesundheit/>). In Halle-Wittenberg (vgl. Kapitel 9.3) ist der Studiengang Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Medizinischen Fakultät (Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft) zugeordnet.

¹⁵ Insgesamt zeigen unsere Recherchen, dass die Forderung nach mehr Mobilität zwischen verschiedenen Berufen in der Praxis kaum umgesetzt wurde. Als Beispiele werden im Bericht zur OECD-Konferenz lediglich McMaster erwähnt, wo z. T. auch Studierende ohne vorherige universitäre Ausbildung zum Medizinstudiengang zugelassen werden, oder Tromsø, wo Pflegefachpersonen, die Medizin studieren wollen, sich einige Kreditpunkte anrechnen lassen können – jedoch ohne dass sich dadurch die Studiendauer verkürzt (OECD, 1977, S. 192).

Eine gemeinsame Einführung, wie sie an der Ben-Gurion University geplant war, wird von vielen als äusserst sinnvoll erachtet, denn ein grosses Hindernis für eine effiziente und effektive interprofessionelle Zusammenarbeit ist oftmals bereits das Fehlen einer gemeinsamen Sprache. Die berufliche Umgangssprache ist oft an disziplinäre Paradigmen und Traditionen gebunden, die von anderen Berufsgruppen nicht unbedingt verstanden werden (Gilbert, 2005, S. 90). Göpel ist deshalb der Meinung, dass alle Gesundheitsberufe einen gemeinsamen Bezugspunkt bestehend aus einer gesundheitswissenschaftlichen Grundbildung brauchen. Dies würde „eine gemeinsame Verständigungsgrundlage für die Zusammenarbeit schaffen“ (Göpel, 2009, S. 49).

Eine gemeinsame Einführung für alle Gesundheitsberufe ist jedoch nur eine Variante, wie inter- oder multiprofessionelles Lernen umgesetzt werden kann. In der Praxis lassen sich viele verschiedene Beispiele finden. Sie reichen von gemeinsamen Kursen, die oft zu Beginn der Ausbildung in einem schulischen Umfeld stattfinden, bis zu interprofessionellen Praxiseinsätzen, in denen die Studierenden nicht nur mit-, sondern auch voneinander lernen (vgl. Kapitel 6 – 8 und Anhang B).¹⁶

Die Autoren des Lancet-Reports fordern die Bildungsinstitutionen dazu auf, „berufsübergreifendes Lernen zur Überwindung des Silo-Denkens und zur Begünstigung einer hierarchiefreien Zusammenarbeit in Teams [zu] fördern“ (Frenk et al., 2010, S. 8). Mit diesem Appell stehen sie nicht alleine da. In den letzten Jahren hat sich mehr und mehr die Überzeugung durchgesetzt, dass im Gesundheitswesen nebst den fachlichen Kompetenzen die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und das Schnittstellenmanagement entscheidende Erfolgsfaktoren sind. Health Professionals sollen sich nicht als Einzelkämpfer verstehen, sondern als Teil eines Systems, das weit über die Behandlung in Face-to-Face Interaktionen mit einem Patienten hinausreicht. So plädieren auch die WHO (u. a. 1988, 2010), der deutsche Sachverständigenrat Gesundheit (2007), die Robert Bosch Stiftung (2011b), die kanadische Interprofessional Health Collaborative, das European Interprofessional Education Network und noch viele andere für mehr Interprofessionalität in der Ausbildung (vgl. Anhang A).

In den letzten Jahren und Jahrzehnten konnten an verschiedenen Orten Erfahrungen mit inter- und multiprofessionellem Lernen gesammelt werden. Die WHO schreibt dazu, dass „after almost 50 years of inquiry, there is now sufficient evidence to indicate that interprofessional education enables effective collaborative practice which in turn optimizes health services, strengthens health systems and improves health outcomes“ (WHO, 2010, S. 18). Gleichzeitig wird aber auch konstatiert, dass bis heute nur wenige umfassende Evaluationen vorliegen: „Evidence to support the proposition that learning together will help practitioners and agencies work better together remains limited and thinly spread“ (Hammick et al., 2007). Ein Grund für diese widersprüchlichen Aussagen liegt darin, dass die positiven Auswirkungen von inter- und multiprofessionellen Lernmethoden zwar allgemein anerkannt sind, dass sich der konkrete Einfluss auf die Gesundheitsversorgung aber nur schwer messen lässt.¹⁷ Entsprechende Untersuchungen sind methodisch nicht zuletzt deshalb anspruchsvoll, weil Vergleichsgruppen fehlen.

¹⁶ Ersteres wird in der Regel als multiprofessionelles Lernen, Letzteres als interprofessionelles Lernen („interprofessional education“, kurz: IPE) bezeichnet (vgl. Anhang B).

¹⁷ Zwar wird bei vielen IPE-Aktivitäten eine Evaluation durchgeführt, diese beruht aber meist auf einfach messbaren Indikatoren wie die durch Befragungen erhobenen Veränderungen bei den Einstellungen und Stereotypen der Studierenden, ihr Wissen über andere Berufsgruppen, die persönliche Einschätzung der eigenen interprofessionellen Kompetenzen (Hammick et al., 2007; Hylén, 2010; Jakobsen, 2011; Barr et al., 2011, S. 35; Nisbet et al., 2011, S. 30) oder auch die komparativen Vorteile beim Eintritt ins Berufsleben (Faresjö et al., 2008). Hinsichtlich der langfristigen Auswirkungen auf die Praxis ist die Datenlage bescheiden.

Kritiker befürchten, dass inter- oder multiprofessionelles Lernen auf Kosten der professionsspezifischen Kompetenzen geht. Als in Norwegen ein Kernmodul für alle Gesundheitsberufe eingeführt wurde, klagten Berufsvertreter, „that this could result in an increased emphasis on general knowledge to the detriment of specialist knowledge“ (Hofseth Almås, 2007, S. 227). Diese Meinung ist weitverbreitet. Im Mainstream der Medical Education und in den dominierenden Bildungsstrategien kommt deshalb dem inter- und multiprofessionellen Lernen immer noch eine nachgeordnete Position zu.

Trotz der vielen Stimmen, die mehr Teamarbeit und Kooperation in der Ausbildung fordern, werden Zeit und Ressourcen primär für die Erlangung von monoprofessioneller Expertise eingesetzt.¹⁸ Die mangelnde Berücksichtigung der Teamarbeit und die Abschottung der Berufe untereinander führt gemäss Lancet-Kommission dazu, dass nur „unzulänglich vorbereitete Absolventen in das Gesundheitssystem entlassen werden“ (Frenk et al., 2010, S. 5).

Health Universities bewegen sich diesbezüglich auch heute noch an der Innovationsfront. Sie zeigen mit ihrem Beispiel auf, wie dank der Förderung der Interprofessionalität bereits in der Ausbildung die Fähigkeiten für die berufsübergreifende Zusammenarbeit (Kooperationskompetenz) gestärkt und damit die Gesundheitsversorgung verbessert werden kann. So kam eine Untersuchung der Swedish Medical Association zum Schluss, dass Studierende, die während ihrer Ausbildung an interprofessionellen Lernaktivitäten teilnahmen, in der Praxis besser kooperieren als die Absolventen anderer Studiengänge. Bei den klinischen Fähigkeiten waren hingegen keine Unterschiede feststellbar (Faresjö et al., 2008).

Damit interprofessionelles Lernen erfolgreich durchgeführt werden kann, müssen Studierende und Fakultätsmitglieder die Relevanz für die spätere Berufspraxis erkennen (Aarnio et al., 2010). Mehrere Autoren weisen deshalb auf die Notwendigkeit von regelmässigen Mitarbeiterschulungen hin. Es sei wichtig, alle beteiligten Akteure (aus der Hochschule selbst wie auch aus der Praxis) von Anfang an in die Diskussion einzubeziehen und ihre Befürchtungen, Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge ernst zu nehmen (Areskog, 1994, S. 279; Gilbert, 2005; Oandasan & Reeves, 2005, S. 32; Wilhelmsson et al., 2009, S. 124).

Sogar wenn die Notwendigkeit zur Förderung von interprofessionellen Kompetenzen von den betroffenen Personen anerkannt wird, ist es nicht immer einfach, in den Curricula der einzelnen Studiengänge Platz dafür zu schaffen. Das ist vor allem bei den Medizinern der Fall, deren Curricula bereits vollgepackt sind und wo die Vertreter verschiedener Fachdisziplinen immer wieder für eine stärkere Berücksichtigung ihres Faches und partikulärer Ausweitungen kämpfen. In einer solchen Situation sind interprofessionelle Module „one more on a long list of competing priorities that will continue to be relegated to elective time“ (Herbert, 2005, S. 3). Die Lernziele der einzelnen Studiengänge werden oft von Berufsorganisationen festgelegt, die kaum darauf achten, dass diese mit den Lernzielen anderer Studiengänge kompatibel sind. Oft sind es auch ganz einfach „practical issues of shift and timetable incompatibility“, die einer erfolgreichen Umsetzung im Weg stehen (Hammick et al., 2007, S. 31).

¹⁸ Auch die Professionalisierung einer Berufsgruppe kann Interprofessionalität erschweren. Pirrie et al. berichten, dass die Professionalisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in vielen Fällen dazu geführt hat, dass diese sich analog zur Medizin, .d. h. in Richtung einer immer stärkeren Spezialisierung, entwickelt haben. Weil der Fokus auf der Entwicklung der eigenen, professionsspezifischen Forschungstradition liegt, kommen Interprofessionalität und Interdisziplinarität oftmals zu kurz (Pirrie et al., 1998, S. 140; Gilbert, 2005, S. 93f.).

Weitere Barrieren und Hindernisse sind beispielsweise die unterschiedlichen Zielvorstellungen der beteiligten Berufsgruppen, das „Stammesdenken“ der Berufe und die Angst vor einem Statusverlust, die fehlende Verfügbarkeit von Lehrpersonen mit Erfahrung im interprofessionellen Lernen, unterschiedliche Kompetenzen und Interessen der Studierenden, fehlende Infrastruktur und nicht zuletzt auch die geografische Distanz zwischen den verschiedenen Bildungsinstitutionen und Lernorten¹⁹ (Nisbet et al., 2011, S. 31). Gilbert betont deshalb die Notwendigkeit von strukturellen Veränderungen an den Hochschulen, um interprofessionelles Lernen zu ermöglichen. Es brauche eine gemeinsame Verantwortung aller beteiligten Studiengänge oder Fakultäten. Die Organisation müsse die traditionellen Grenzen zwischen den Fachbereichen überschreiten, was jedoch innerhalb der üblichen Strukturen nur schwer umzusetzen sei, denn diese „reward systems on disciplinary as opposed to interprofessional scholarship and teaching“ (Gilbert, 2005, S. 96). Nicht nur werden Budgets und andere Ressourcen üblicherweise den einzelnen Fakultäten und Departements zugeordnet, auch die Akkreditierung nimmt nur selten Rücksicht auf interprofessionelle oder interfakultäre Zusammenarbeit (Gilbert, 2005, S. 97). Sie fördert im Gegenteil die Silobildung. Diese Prinzipien und Effekte der Steuerung erschweren die Etablierung einer Health University.

5.4 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft: Prosperität ermöglichen

Neben der Förderung der Interprofessionalität war die Verantwortung für eine Region ein zentrales Postulat der OECD-Konferenz: Die Bildungsaktivitäten und die Forschung sind so auszurichten, dass sie die gesamte soziale, ökonomische und kulturelle Entwicklung in ihrer Region voranbringen (OECD, 1977, S. 8, 31) – so wie es in Tromsø oder in Be'er Sheva als Ziel formuliert wurde. Obwohl damals der regionale Bezug im Zentrum stand,²⁰ wurde an der OECD-Konferenz nicht klar definiert, sondern bewusst offen gelassen, was unter einer Region zu verstehen ist: „They have adopted a regional framework, without however committing themselves to any rigid definition, since a university's action knows no boundaries“ (OECD, 1977, S. 20).

In der Umsetzung kann unter sozialer Verantwortung Unterschiedliches verstanden werden. In einem ersten Schritt gehört dazu die Ausbildung von Health Professionals nach Massgabe des Bedarfs der (lokalen) Gesellschaft und der (lokalen) Versorgungsstrukturen. Dieser Bedarf kann quantitativ oder auch qualitativ (d. h. fachlich, methodisch, inhaltlich) definiert werden. Hier ist ein intensiver Austausch zwischen den Bildungsinstitutionen und der Gesundheitspolitik erforderlich, der dazu beiträgt, Gesundheits- und Bildungsziele eng aufeinander abzustimmen.²¹

Der intensive Austausch zwischen Bildungssystem und Versorgungsrealität könnte laut Antje Hüter-Becker, die in den 1970er Jahren an der deutschen Vorbereitungsgruppe für die OECD-Konferenz in Paris beteiligt war, durch eine Regelung realisiert werden, die vorsieht, „dass die Lehrenden der Hochschulen und die Praktizierenden der Region in einem regelmässigen Turnus einen „Rollentausch“ vornehmen. Dabei gehen die Lehrenden in die Praxis („Hand anlegen“) und Prakti-

¹⁹ Nicht immer erfordert interprofessionelles Lernen die Existenz einer Hochschule für Gesundheit. Berufsübergreifendes Lernen ist auch als Zusammenarbeit verschiedener Bildungs- und Praxisinstitutionen denkbar. Die Umsetzung ist jedoch bedeutend schwieriger, wenn verschiedene Partner mit unterschiedlichen Interessen für eine Zusammenarbeit gewonnen werden müssen, als wenn die beteiligten Studiengänge an der gleichen Institution angesiedelt sind.

²⁰ Im Unterschied zu damals ist der regionale Bezug heute zwar immer noch wichtig, steht aber weniger im Vordergrund. Deshalb wird in diesem Bericht meist auch nicht von Regional Health Universities, sondern nur von Health Universities gesprochen.

²¹ Im Lancet-Report ist dieser Dialog ebenfalls zentral: Es braucht eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen den Politikbereichen, um den Bedarf längerfristig zu antizipieren und die Bildungsprogramme und Lernfelder darauf auszurichten (Frenk et al., 2010).

zierende übernehmen Lehraufgaben, um auf diese Weise sicherzustellen, dass a) die realen Bedürfnisse der Region in Forschung und Lehre einfließen und die Lehre praxisorientiert wird und b) die Praktizierenden unmittelbar auf die neuesten Forschungsvorhaben zugreifen und sie u. U. beeinflussen können.“ Sie begründet dies mit der problematischen Entwicklung, dass die Ausbildungsgänge in allen Gesundheitsberufen hauptsächlich universitätszentriert sind und ihren Fokus auf Gesundheitsstörungen legen, „die das Eingreifen eines hochspezialisierten Teams erfordern oder nur sehr selten auftreten und deshalb Spezialwissen verlangen oder nur mit einem grossen (= teuren) diagnostischen und therapeutischen Apparat behandelt werden können“ (pers. Mitteilung, 31.3.2012).

In den Universitätskliniken, in denen ein grosser Teil der Ausbildung stattfindet, wurde bereits in der Analyse im Vorfeld der OECD-Konferenz von 1975 eine zunehmende Entfernung vom Bedarf der „realen Welt“ erkannt. Diese Feststellung ist im Lancet-Report in Kritik übergegangen: Sie seien „ein nicht unproblematischer Ausbildungsort, denn angesichts der hohen Einnahmen aus klinischer Tätigkeit und Forschung droht der Bildungsauftrag nachrangig zu werden und die Vorbildfunktion der Lehrkräfte in Klinik und Forschung wird verzehrt“ (Frenk et al., 2010, S. 39). Im praktischen Unterricht in den Universitätskliniken lernen die Studierenden in der Tat nur einen kleinen Ausschnitt aus der Versorgungsrealität kennen. Zudem werden sie durch die Rollenvorbilder bzw. die Übernahme hochspezialisierter Rollenmodelle vom Morbiditätsspektrum und der Praxis der Grundversorgung weggeführt: „Die hohe Spezialisierung der in den Universitätsklinika betriebenen Medizin hat zur Folge, dass die bei den Patienten dieser Institutionen vorliegenden Krankheitsbilder wenig mit denen zu tun haben, mit denen die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte in der Praxis konfrontiert werden. Dies prägt natürlich auch den an den Universitätsklinika geübten und gelehrtens Einsatz von Diagnostik und Therapie, der sich in vielen Aspekten davon unterscheidet, was ausserhalb von Kliniken der Maximalversorgung und in der ambulanten Praxismedizin sinnvoll ist“ (Burger, 1999, S. 22).

Gerade die Settings ausserhalb der Universitätsspitäler – niederschwellige Ansprechstrukturen, ambulante Versorgung, Langzeitbetreuung, Rehabilitation – werden heute immer wichtiger. Angesichts „der Realitäten einer älter werdenden Gesellschaft und de[s] damit verbundenen Anstieg[s] von chronischen Erkrankungen [...] verfehlt eine Mediziner Ausbildung, die ihre Studenten nicht gut und gründlich in die Komplexität dieser Situation einführt, auf gravierende Weise ihre eigenen Ausbildungsziele und gefährdet gleichermassen die Versorgung ihrer zukünftigen Patienten“ (Allert, 2002). Antje Hüter-Becker bringt diesen Zielkonflikt wie folgt auf den Punkt: „Die Absolventen beherrschen das Kleingedruckte und die Ausnahmesituationen, nicht aber das Häufige, Alltägliche, chronisch Belastende, das also, was auf Dauer die Lebensqualität massiv beeinträchtigen kann. Das heisst auch, die kurative Medizin steht während der klinikzentrierten Ausbildungen im Mittelpunkt, präventive und rehabilitative Aspekte kommen kaum vor; der Patient wird im Klinikzimmer erlebt, nicht in seinem Lebensumfeld“ (pers. Mitteilung, 31.3.2012).

Die fehlende Übereinstimmung des Erlernten mit dem gesellschaftlichen Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten sowie die Spitallastigkeit der Ausbildung zulasten der Primärversorgung ist eine Kritik, die immer wieder zu hören ist. Der Grund dafür lässt sich in den historisch entstandenen Ansprüchen der Berufsorganisationen finden. In der Regel sind es führende akademische Vertreter und berufsständische Funktionäre, welche die Ziele des Curriculums festlegen. Sie transportieren damit Traditionen, Prioritäten und Werte ihres Berufsstandes, die nicht unbedingt einen Bezug zur Versorgungsrealität aufweisen. Die Lehrpläne wachsen zudem in die Breite und in die Tiefe, weil sie über die Jahre hinweg um neues Wissen erweitert werden – ohne dass periodisch

eine Überprüfung der Inhalte stattfindet. Die weltweiten Erfahrungen zeigen, dass die Präferenzen der Lehrenden und Forschenden bei der Ausgestaltung der Lehre oft eine (zu) wichtige Rolle spielen (Frenk et al., 2010, S. 45).

An Health Universities sollte es anders sein. Beispielhaft wurde dies in McMaster eingelöst, wo als Erstes danach gefragt wurde, welche Arten von Health Professionals im Versorgungssystem überhaupt gefragt und notwendig sind (Spaulding & Neufeld, 1976). Auch in Tromsø sollen in erster Linie diejenigen Fachpersonen ausgebildet werden, die in der Praxis tatsächlich benötigt werden. Der neu angebotene Masterstudiengang in Telemedizin kann in dieser Hinsicht als eine konsequente Weiterentwicklung angesehen werden, denn auf Grund der grossen Distanzen setzt Norwegen seit einigen Jahren vermehrt auf die Telemedizin (PricewaterhouseCoopers, 2005, S. 40). Das Zentrum für Telemedizin der Universität Tromsø, in dem Mediziner und Informatiker gemeinsam an Techniken arbeiten, welche die Gesundheitsversorgung in abgelegenen Regionen sicherstellen sollen, wurde von der WHO zum Referenzzentrum für Telemedizin ernannt (Hinrichs, 2008). Trotz – oder gerade wegen – der Ausrichtung am gesellschaftlichen Bedarf hat sich hier somit international beachtete Forschung entwickeln können.

Gleichzeitig bemühen sich Health Universities um praktische Schulungen in gemeindenahen Versorgungsstrukturen (vgl. Kapitel 1.3). Sie erfüllen damit eine initiale Forderungen der OECD, die jüngst auch von der Lancet-Kommission wieder aufgenommen worden ist, nämlich dass die akademischen Zentren ihren Studierenden Kontakte mit dem gesamten Spektrum von Arbeitsumfeldern in der Gemeinde, im häuslichen Bereich und anderen Orten, einschliesslich der Versorgung benachteiligter Gruppen, vermitteln sollen (OECD, 1977, S. 148; Frenk et al., 2010, S. 39). Curricula, welche die Studierenden frühzeitig mit den verschiedenen Versorgungsstrukturen vertraut machen, gehen in die richtige Richtung. Die angehenden Gesundheitsfachpersonen lernen dadurch ein grösseres Spektrum von gesundheitsrelevanten Fragestellungen kennen und sie erhalten Einblick in die verschiedenen Settings, in denen die Mehrheit von ihnen in Zukunft tätig sein wird.

Dabei kann es – wie in den Primary Care Teaching Clinics der Ben-Gurion University – durchaus Sinn machen, wenn die Hochschule selber gewisse Versorgungsaufgaben übernimmt. So haben Medizinstudierende der University of British Columbia im Jahr 2000 die Gründung einer Klinik in einem benachteiligten Stadtteil initiiert, in der sie seither gemeinsam mit Studierenden anderer Studiengänge Praxiserfahrungen sammeln können. Das Ziel der Klinik ist „the provision of expanded health care services to marginalized individuals while also offering students the opportunity to learn about the interplay between social determinants and health needs in an interprofessional environment“ (Charles et al., 2010, S. 14).

Auch im Bereich der Forschung orientieren sich Health Universities nicht nur am Streben nach internationaler Reputation in Wissenschaftskreisen, sondern sie wenden sich daneben auch explizit den Problemstellungen und Fragen zu, die in Bezug auf die (regionale) Gesundheitsversorgung wichtig sind. Idealerweise ist das kein Widerspruch. Auch biomedizinische Grundlagenforschung kann zur Entwicklung wirksamer Therapien beitragen, von denen auch die lokale Bevölkerung profitiert.

Die Ausrichtung der Forschung am gesellschaftlichen Bedarf darf aber nicht bedeuten, die Hochschule ihrer eigentlichen Substanz zu berauben. Sie darf nicht zu einer simplen „service station“ für die Gesellschaft werden, die ihre reflexive Kompetenz und den kritischen Blick verloren hat und nur noch direkt anwendbare Forschungsergebnisse liefert. Eine solche Hochschule wäre nur noch „a mere reflection of the contradictions and conflicts of the community which surrounds it“ (OECD, 1977, S. 68). Nichtsdestotrotz ist die Forschung an Health Universities gesellschaftlicher und prak-

tischer Relevanz verpflichtet. Ihre Aufgabe besteht darin, die Erkenntnisse aus der Forschung in die Versorgungspraxis einfließen zu lassen und umgekehrt Probleme aus der Praxis der Forschung zuzuführen – so, wie es beispielsweise die Gesetze über die Fachhochschulen im deutschsprachigen Europa oder in Skandinavien fordern.

5.5 Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Verantwortung gegenüber der Gesellschaft gehört auch, dass eine Health University die langfristige Entwicklung in den Blick nimmt. Deshalb kann nicht nur die kurative Versorgung berücksichtigt werden – auch Prävention und Gesundheitsförderung müssen einen angemessenen Platz finden. Dabei kann die Hochschule selber eine aktive Rolle übernehmen (OECD, 1977, S. 25). So organisierte beispielsweise die Universität Kuopio in Finnland diverse Medienkampagnen, in denen sie die Bevölkerung über Gesundheitsrisiken aufklärte und zu einem gesundheitsbewussten Verhalten aufforderte (OECD, 1977, S. 212). Auch die Studierenden der Ben-Gurion University partizipieren an verschiedenen Präventionsprogrammen, welche die Hochschule in Zusammenarbeit mit den lokalen Gesundheitsdiensten durchführt (vgl. Kapitel 1.4).

Die Kuration wird zwar auch in Zukunft zu den wichtigsten Aufgaben der Health Professionals gehören. Health Universities sollen sich jedoch an einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit orientieren, das insbesondere auch psychosoziale Aspekte umfasst, denn zur Gesundheitsversorgung gehört auch die „Unterstützung salutogenetischer Prozesse in der Heiltätigkeit und die Hinwendung zu den sozialökologischen Determinanten der gesundheitlichen Entwicklung“ (Göpel, 2008, S. 11).

Im Mai 2011 organisierte der Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. in Magdeburg eine Tagung zur Frage: „Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden?“. Ausgangspunkt war dabei die Feststellung, dass Gesundheitsberufe eigentlich „Krankheits“-Berufe seien und dass die Ausbildungen zu sehr auf Pathologien und auf die Kuration fokussieren würden. Angesichts der heutigen Herausforderungen seien jedoch eine stärkere salutogenetische Orientierung, die auch die Ressourcen der Menschen in den Blick nehme, sowie eine stärkere Berücksichtigung von Prävention und Gesundheitsförderung unabdingbar. In Anlehnung an die Ottawa-Charta (WHO, 1986), in der die Förderung gesundheitsfördernder Lebenswelten und persönlicher und gemeinschaftlicher Potenziale im Vordergrund standen, wird eine Neuorientierung der Ausbildungen der Health Professionals gefordert, die über die medizinisch-kurative Betreuung hinausgeht. Die Health Professionals sollen nicht nur lernen, Krankheiten zu bekämpfen, sondern auch „Gesundheit [zu] fördern, [zu] schützen und [zu] erhalten“ (Wehkamp, 2011). Dies umso mehr, als „Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland [wie auch in Österreich und der Schweiz] nach wie vor eine nahezu verschwindend geringe Rolle“ spielen (Rosenbrock, 1998, S. 1).

Um die Studierenden zu befähigen, vermehrt die subjektiven Seiten von Leiden und Krankheit und die individuellen Lebenswelten und Ressourcen der Patienten wahrzunehmen, gibt es Stimmen, die argumentieren, „dass alle Studierenden, die sich auf einen Gesundheitsberuf vorbereiten, auch mit den Geisteswissenschaften, der Ethik und den Sozialwissenschaften in Berührung kommen“ sollen (Frenk et al., 2010, S. 51; Allert, 2002; Behrens, 2003). Dies kann ihnen helfen, die menschlichen und kulturellen Rahmenbedingungen ihres Berufes und Fachgebietes besser zu verstehen. So sind geisteswissenschaftliche Themen beispielsweise in McMaster und auch in Linköping ein selbstverständlicher Teil der Ausbildung (LiU, 2007, S. 12f.; Neville & Norman, 2010). Auch am Karolinska Institutet gibt es seit 1998 ein Programm in „humanistic medicine“, das dazu

beitragen will, den Medizinstudierenden die geisteswissenschaftlichen Grundlagen der Medizin näherzubringen²² (Ahlzén & Stolt, 2003).

5.6 Regionale Verantwortung durch Partnerschaften und Vernetzung

Um die verschiedenen Aufgaben in Bildung, Forschung und auch in der Versorgung zu erfüllen, sind Health Universities auf Partner angewiesen. Eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung erfordert, dass die unterschiedlichen Akteure abgestimmt, miteinander vernetzt und zu einem gemeinsamen Handeln motiviert werden (Göpel, 2010, S. 28).

Gemäss den Vorstellungen der OECD sind Health Universities nicht nur einer unter mehreren Akteuren, die im Gesundheitssystem mitreden wollen. Im Gegenteil: Sie sollen selber eine koordinierende Rolle zwischen Bildung, Politik und Versorgung übernehmen und bei Fragen, die das Gesundheitssystem betreffen, als erster Ansprechpartner fungieren (OECD, 1977, S. 140-141). Umgesetzt ist das Modell einer Health University, die im Zentrum einer umfassenden Netzwerkstruktur steht, nur an wenigen Orten.²³ Doch auch wenn das idealtypische Modell in der Realität kaum zu finden ist, gehört es doch zu den charakteristischen Merkmalen aller sich an der Vision einer Health University orientierenden Hochschulen, dass eine verstärkte Integration mit dem regionalen Versorgungssystem angestrebt wird. Das kann durch Praktika und Dienstleistungen in gemeinde-nahen Settings, durch den Einbezug praktizierender Health Professionals aus der Region als Lehrkräfte, durch Weiterbildungsangebote für ansässige Fachpersonen oder durch administrative Verbindungen zwischen dem Bildungs- und dem Gesundheitssystem umgesetzt werden (OECD, 1977, S. 193).

Auch hier trifft sich die Vision der OECD mit den Empfehlungen des Lancet-Reports. In diesem wird gefordert, akademische Zentren zu Hochschulsystemen auszubauen, die das traditionelle Kontinuum von Erkenntnisgewinn in der (Grundlagen-)Forschung – Transfer in die Versorgung – berufsbefähigende Ausbildung in medizinischen Fakultäten, Gesundheitshochschulen und Spitälern auf Gemeinden und Grundversorgung ausdehnen. Zudem sollen zwischen verschiedenen Bildungsinstitutionen Netzwerke, Bündnisse und Konsortien geschaffen werden, um unter Einschluss ebenfalls beteiligter Akteure wie Regierungen, zivilgesellschaftlicher Organisationen, Industrie und Medien zu einer besseren Bildung in den Gesundheitsberufen beizutragen (Frenk et al., 2010, S. 65).

Unter den aktuellen Rahmenbedingungen sieht Göpel das ideale Modell so, dass die Hochschulen „mit Gesundheitseinrichtungen in der Region, überregionalen Netzwerken und internationalen Forschungs- und Ausbildungskooperationen zusammenarbeiten und im Zentrum einer regionalen Netzwerkstruktur mit Lehrpraxen, Krankenhäusern, öffentlichen und privaten Instituten, Bildungseinrichtungen und anderen Kooperationspartnern stehen, um damit zur Entwicklung einer bedarfsgerechten Ausbildung und Gesundheitsversorgung beizutragen“ (Göpel, 2010, S. 28).

²² Anders als in Linköping und McMaster ist am Karolinska Institutet der Besuch von Kursen in „humanistic medicine“ freiwillig.

²³ Von den in diesem Bericht vorgestellten Beispielen ist das am ehesten an der Ben-Gurion University in Be'er Sheva der Fall.

5.7 Innovative Lehr- und Lernmethoden

Am Anfang des 20. Jahrhunderts trug insbesondere der Report von Abraham Flexner (1910) maßgeblich dazu bei, die Medizin als (Natur-)Wissenschaft an der Universität zu etablieren. Der „evidenzgestützten“ Argumentation von Flexner folgten neben der Medizin auch andere Gesundheitsberufe und leiteten ihrerseits die Berufsentwicklung und Professionalisierung ein. Die damaligen Reformen ermöglichten einen Wissenszuwachs, der den Gesundheitszustand der Bevölkerung entscheidend verbesserte (Frenk et al., 2010, S. 5).

Diese erste bildungsstrategische Reform vermochte nicht mehr allen gesundheitsrelevanten Herausforderungen gerecht zu werden. Veränderte gesellschaftliche und epidemiologische Rahmenbedingungen sowie berufs- und hochschulpolitische Ziele machten weitere Reformschritte notwendig. Dabei nahmen – wie bereits gezeigt wurde – einige der hier vorgestellten Health Universities eine Vorreiterrolle ein (insb. McMaster und New Mexico). Sie fokussierten in der Lehre nicht mehr auf Fakten und Fächer, sondern – gestützt auf die konstruktivistisch orientierte Kognitionsforschung – auf den Theorie-Klinik-Transfer. Im Unterschied zum Ausbildungsmodell nach Flexner sollten die Studierenden an diesen Hochschulen nicht mehr nur Fakten pauken, sondern Probleme zu lösen lernen. Der Student oder die Studentin „must discover how to solve his problems by ‚self-learning‘, making use of the applied rather than the fundamental sciences. The teacher, on the other hand, must no longer regard himself as the sole custodian of knowledge and the best solution“ (OECD, 1977, S. 42).

Innerhalb der AMEE, der Association for Medical Education in Europe, wurde in den späten 1970er Jahren das sogenannte SPICES-Modell entwickelt, das die damaligen innovativen Lehr- und Lernmethoden zusammenfasst. Das Modell setzt sich zusammen aus dem studentenzentrierten Lernen, dem problembasierten Lernen, der Integration verschiedener Disziplinen, der Gemeindeorientierung (community-based), mehr Wahlmöglichkeiten (electives) und der systematischen und zentralen Planung der Curricula statt einer Aufsplitterung auf die verschiedenen Fachdisziplinen²⁴ (Areskog, 2009, S. 444).

Das problembasierte Lernen (PBL) bzw. das problemorientierte Lernen (POL), das von McMaster über Maastricht nach Europa gelangte, gilt heute als Goldstandard in der Ausbildung der Health Professionals. In der Schweiz hat der Bund als Regulator diese Entwicklung mit Verordnungen über medizinische Reformstudiengänge und Abschlusskompetenzen unterstützt und gefördert. Auch die Entwicklungen in Deutschland und Österreich sowie Bildungsstrategien in den anderen Gesundheitsberufen gehen in die gleiche Richtung. So erlaubt auch die neue Approbationsordnung in Deutschland den dortigen Medizinfakultäten die Einführung von PBL – im Gegensatz zur Schweiz allerdings, ohne auf den Fächerkanon zu verzichten.

Wenn an der OECD-Konferenz in Paris also festgehalten wurde, dass eine ideale Hochschule für Gesundheit auf problemorientierte Lehr- und Lernmethoden und selbstgesteuertes Lernen setzt, dann kann heute konstatiert werden, dass diese Forderung von einem grossen Teil der Ausbildungsinstitutionen im Gesundheitsbereich erfüllt wird.

Viele der in diesem Bericht vorgestellten Health Universities waren bei ihrer Gründung führend in der Übernahme innovativer Lehr- und Lernmethoden. Während in den 1960er und 1970er Jahren vor allem mit dem problembasierten Lernen neue Akzente gesetzt wurden, haben seither Hochschulen und Regulatoren die Bildungsstrategien weiterentwickelt. Auch wenn es bei der konkreten

²⁴ Heute beruht in Schweden die Akkreditierung der Medizinstudiengänge stark auf dem SPICES-Modell (Lindgren et al., 2011, S. 780).

Umsetzung signifikante Unterschiede gibt, ist der Wille zur Innovation und zur ständigen Weiterentwicklung doch etwas, was allen Health Universities gemeinsam ist. Angesichts einer sich rasant veränderten Umwelt können sie nicht bei den Feststellungen der 1970er Jahre stehen bleiben, sondern müssen sich immer wieder neu den aktuellsten Herausforderungen stellen, um weiterhin zukunftsfähige Health Professionals auszubilden.

Dabei ist ein weiterer Punkt von Bedeutung: An Health Universities steht die Lehre gleichwertig neben Therapie und Forschung. Bei der Beurteilung von Hochschulen wird im Allgemeinen auf die Forschung und das Einwerben von Drittmitteln fokussiert (siehe Exzellenz-Cluster und Elitehochschulen in Deutschland), die Lehre wird nur in Ausnahmefällen beachtet. So ist beispielsweise die Universität Heidelberg wegen ihrer Forschungsaktivitäten am Krebs-Forschungsinstitut ausgezeichnet worden, bisher aber nicht wegen ihrer modernen Curricula in der Medizin (Hüter-Becker, pers. Mitteilung 31.3.2012). Von einer echten Health University kann aber nur die Rede sein, wenn die Bedeutung der Lehre anerkannt ist und wenn sie als Arbeitsbereich genauso angesehen ist wie die Forschung.

6 Konsequente Umsetzung an der Gesundheitsfakultät in Linköping

6.1 Das Linköping-Modell für interprofessionelles Lernen

Rund 200 Kilometer von Stockholm entfernt befindet sich die Universitäts- und Industriestadt Linköping, die eine der bedeutendsten Universitäten des Landes, die Linköping Universität oder kurz LiU, beherbergt. Die LiU, zu der neben dem Campus in Linköping auch ein Campus im nahe gelegenen Norrköping gehört, umfasst vier Fakultäten²⁵ mit insgesamt rund 27'000 Studierenden.

Die Gesundheitsfakultät der LiU versteht sich explizit als Health University gemäss dem Modell der OECD. Mit der konsequenten Umsetzung dieses Modells hat sie sich international einen Namen gemacht als Vorreiterin einer neuen Form der Ausbildung in den Gesundheitsberufen – wobei sie sich von Vorbildern aus Tromsø, Ben-Gurion, McMaster und New Mexico inspirieren liess.

Vor der Gründung der Gesundheitsfakultät Linköping wurde eine Analyse der verschiedenen Trends innerhalb der schwedischen Gesellschaft durchgeführt, um die Entwicklungen zu antizipieren, auf welche die neue Fakultät Antworten geben sollte (Wilhelmsson et al., 2009, S. 122f.). Damit wurde das Ziel verfolgt, die Curricula der verschiedenen Studiengänge auf den gesellschaftlichen Bedarf auszurichten, denn die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und der Region spielt in Linköping – wie auch an anderen Health Universities – eine zentrale Rolle. Eine enge Zusammenarbeit mit dem regionalen Gesundheitsamt sowie mit lokalen und regionalen Versorgungsdiensten ist deshalb Pflicht (Hammar et al., 2006, S. 11; Savage & Brommels, 2008, S. 502).

Daneben ist es vor allem die Integration der verschiedenen Studiengänge und Fachbereiche, die seit der Gründung im Zentrum steht (Wahlström et al., 1997, S. 425). Heute bietet die Gesundheitsfakultät Linköping Grundausbildungen an in Medizin (330 ECTS), Pflege (180 ECTS), Ergo- und Physiotherapie (180 ECTS), Logopädie (240 ECTS), medizinischer Biologie (180 ECTS) und biomedizinischer Analytik (180 ECTS). Daneben können Masterprogramme in Biomedizin, Ergotherapie, Public Health, Logopädie, Medical Education, Pflege und Physiotherapie sowie diverse

²⁵ Neben der Faculty of Health Sciences (schwedisch: „hälsouniversitetet“) sind das die Fakultäten Arts & Sciences, Science & Engineering und Educational Sciences.

Weiterbildungen für Pflegefachpersonen wie z. B. in Hebammenkunde oder in Primärversorgung absolviert werden (<http://www.hu.liu.se>).

Wer in Linköping eine der genannten Grundausbildungen durchläuft, studiert gemäss dem sogenannten „Linköping IPE-Modell“, das dem interprofessionellen Lernen („interprofessional education“, kurz: IPE) eine zentrale Rolle einräumt. Dabei absolvieren die Studierenden einen beachtlichen Teil ihrer Ausbildung gemeinsam mit Studierenden anderer Fachrichtungen. Einerseits werden damit Kompetenzen vermittelt, über die alle Health Professionals verfügen sollen, andererseits werden Fähigkeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit gefördert, denen im Berufsleben eine zentrale Rolle zugeschrieben wird.

Heute sind in den Grundausbildungen in Linköping insgesamt zwölf Wochen für interprofessionelles Lernen reserviert, die sich im Einzelnen wie folgt zusammensetzen:²⁶

1. Alle Studienanfänger starten mit dem acht Wochen dauernden Modul „Health, Ethics and Learning, Part 1“. Das Ziel dieses Moduls ist es, den Studierenden aller Gesundheitsberufe eine gemeinsame Wertebasis zu vermitteln, die als Basis für den Erwerb von interprofessioneller Kompetenz dient. Dieses Modul ist Grundlage für das gesamte Studium und dient unter anderem als Einführung in das problemorientierte Lernen in Kleingruppen. Daneben wird auch versucht, den Studienanfängern Zusammenhänge und Probleme im Bereich von Gesellschaft, Ethik, Moral und Gesundheit näherzubringen (Wilhelmsson et al., 2009, S. 124).
2. Nach ca. zweieinhalb Jahren besuchen die Studierenden aller Studiengänge wiederum gemeinsam den zweiwöchigen Kurs „Health, Ethics and Learning, Part 2“, der jetzt einem spezifischen Thema gewidmet ist. Das gewählte Thema – klinische und therapeutische Fragestellungen aus der Sexualwissenschaft – erlaubt den Einbezug aller Berufsgruppen und die Behandlung verschiedener Aspekte aus den Bereichen Gesundheit, Ethik und Lernen. In dieser Phase geht es nicht mehr nur um eine gemeinsame Wertebasis, sondern um den Erwerb von komplementären professionellen Kompetenzen und der Bewusstwerdung der eigenen professionellen Identität. In Rollenspielen werden die Studierenden aufgefordert, auch heikle Themen anzusprechen, und gleichzeitig praktizieren sie dabei die Kommunikation über Berufsgrenzen hinweg.
3. Gegen Ende ihrer Ausbildung sind die Studierenden der verschiedenen Studiengänge während zwei Wochen in einem sogenannten „interprofessional training ward“ tätig. Es handelt sich dabei um eine Bettenstation innerhalb des Universitätsspitals, wo sie in gemischten Teams gemeinsam für die Versorgung der Patienten verantwortlich sind.²⁷ In den Teams arbeiten jeweils die verschiedenen Berufsgruppen zusammen, um die medizinische, rehabilitative und soziale Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Die Studierenden sollen dabei einerseits die interprofessionelle Teamarbeit üben, andererseits das erlernte fachspezifische Wissen in der Praxis anwenden und selbstständig Entscheidungen treffen. Dabei werden sie von Fachpersonen der verschiedenen Berufsrichtungen angeleitet, die ihnen auch mit Rat und Tat zur Seite stehen. Nach Abschluss der zwei Wochen findet ein Seminar statt, in dem die Studierenden ihre Erfahrungen reflektieren.

Der „interprofessional training ward“ in Linköping wurde 1996 von der Gesundheitsfakultät und dem Universitätsspital gemeinsam gegründet. Er war weltweit der Erste seiner Art und ist eine echte didaktische Innovation (Wahlström et al., 1997). Verschiedene Evaluationen belegen den Mehrwert

²⁶ Das Curriculum von Linköping wird derzeit überarbeitet. Das erste Modul „Health, Ethics and Learning, Part I“ umfasst neuerdings 10.5 ECTS. Das zweite Modul „Health, Ethics and Learning, Part II“ umfasst nun 4.5 ECTS (<http://www.hu.liu.se>; 28.3.2012).

²⁷ Es handelt sich dabei um eine orthopädische Station, in der Patienten mit Hüftfrakturen und ähnlichen Problemen behandelt werden, die oftmals zusätzlich unter weiteren Krankheiten wie Demenz, COPD oder Diabetes leiden.

dieses Ansatzes: Die Studierenden aus Linköping arbeiten umsichtiger und erbringen Versorgungsleistungen von herausragender Qualität. Zudem erfüllen sie die Ziele betr. interprofessioneller Zusammenarbeit (Kooperationskompetenz) und sind auch fachlich bestens für die Praxis vorbereitet (Hylin, 2010, S. 13; Wilhelmsson et al., 2009, S. 124).

Auf Grund der positiven Erfahrungen in Linköping fanden sich schon bald Nachahmer im In- und Ausland. Heute existieren vergleichbare Einrichtungen unter anderem auch am berühmten Karolinska Institutet in Stockholm (vgl. Kapitel 7.2) und in anderen schwedischen Städten (Mogensen et al., 2002), in Holstebro, Kolding und Aalborg in Dänemark (Jakobsen, 2011, S. 17) und in London (Reeves & Freeth, 2002). Auch an der LiU konnte man schon bald ausbauen: 2001 wurde am Standort Norrköping eine zweite orthopädische Station eröffnet und 2006 zusätzlich eine geriatrische Station in Linköping (Hylin, 2010, S. 13).

6.2 Die Gesundheitsfakultät Linköping beschreitet den neuen Weg

2007 erhielt die Gesundheitsfakultät Linköping eine Auszeichnung als „Center of Excellent Quality in Higher Education“. Die Kommission, die diese Auszeichnung verlieh, war insbesondere davon beeindruckt, dass die Vision, die der Gründung der Fakultät zu Grunde lag, bis heute als Treiber spürbar und relevant sei (Högskoleverket, 2008, S. 19). Gleichzeitig zeigen die Statistiken der Swedish National Agency for Higher Education, die für die Akkreditierung der Studiengänge zuständig ist, dass die Absolventen und Absolventinnen aus Linköping im nationalen Vergleich schon seit Jahren auf Platz eins stehen und dass sie auch auf dem Arbeitsmarkt sehr gefragt sind (Wilhelmsson et al., 2009, S. 128).

Gemäss übereinstimmenden Analysen lassen sich das herausragende Ergebnis und der Erfolg der Bildungsstrategie der Gesundheitsfakultät Linköping durch das Zusammenspiel der verschiedenen Prinzipien erklären, die zu den zentralen Merkmalen einer Health University gehören (Hammar et al., 2006; LiU, 2007; Areskog, 1994, S. 280).

Neben dem interprofessionellen Lernen über die Grenzen der Berufe hinweg wird hier – wie auch bei den zu Beginn vorgestellten Pionieren – das problemorientierte Lernen an Stelle des traditionellen „Faktenpaukens“ favorisiert. In einer Selbstdarstellung des Medizinstudiengangs wird anhand eines Cartoons beschrieben, weshalb man diese Methode gewählt hat. Darin erzählt ein Junge seinem Freund: „Ich habe meinen Hund das Pfeifen gelehrt.“ Der Freund antwortet, er höre den Hund ja gar nicht pfeifen. Darauf antwortet der Junge: „Ich sagte, dass ich es ihn gelehrt habe. Ich sagte nicht, dass er es jetzt kann“ (LiU, 2007, S. 4).

Damit das Lehren und Lernen in Linköping nicht wie in diesem Cartoon abläuft, lernen die Studierenden in Linköping schon seit Jahren in Lernkontexten und in Interaktion mit Mitstudierenden des eigenen Fachs und anderer Studienrichtungen. Die Hauptverantwortung für den Lernprozess liegt dabei bei ihnen selbst. Linköping war nach Maastricht eine der ersten europäischen Universitäten, die systematisch auf PBL setzte. Dabei merkte man schon bald, dass „instrumental and narrow interpretations of PBL within the faculty along with heavily restrained resources“ den innovativen Charakter bald verwässern würden (Silén, 2006, S. 15). Die konkreten Lernmethoden und die Curricula wurden deshalb immer wieder evaluiert, unter Einbezug von Studierenden und Fakultätsmitgliedern kritisch diskutiert und basierend auf neusten Erkenntnissen ständig weiterentwickelt. Nur so kann Linköping weiterhin „lead the way in health care development from an educational point of view“ (Silén, 2006, S. 17).

Die Studierenden in Linköping erhalten ausserdem sehr früh Kontakt mit der klinischen Praxis. Dabei wird auch hier viel Wert auf die Grundversorgung gelegt. Um einen möglichst vielseitigen Einblick in mögliche Berufsfelder zu vermitteln, wird mit verschiedenen stationären und ambulanten Einrichtungen in Östergötland und in den benachbarten Bezirken zusammengearbeitet (LiU, 2007, S. 10).

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass während einiger Jahren auch gemeindebasierte interprofessionelle Module durchgeführt wurden. Den Teams, die sich aus Studierenden der verschiedenen Fachrichtungen zusammensetzten, wurde dabei jeweils ein realer Patient aus der Region zugewiesen, dessen Situation sie mit Hilfe von Gesprächen, Hausbesuchen und Untersuchungen zu analysieren hatten. Aus organisatorischen Gründen findet das momentan nicht mehr statt, es wird jedoch daran gearbeitet, in Zukunft in anderer Form wieder etwas Ähnliches anzubieten (Wilhelmsson et al., 2009, S. 130).

Es wird in Linköping auch darauf geachtet, eine patientenzentrierte, ganzheitliche Sicht auf Krankheit und Gesundheit zu vermitteln, die Reflexivität zu fördern und Kommunikations- und andere soziale Fähigkeiten zu stärken. Dabei spielt auch die vertikale und horizontale Integration der Studieninhalte eine wichtige Rolle. Vertikale Integration bedeutet, dass naturwissenschaftliche Grundlagen und klinisches Wissen während des Studiums verflochten werden. Horizontale Integration bezeichnet das simultane Lernen von Inhalten verschiedener Fachgebiete, die notwendig sind für das Verständnis einer bestimmten Situation oder eines bestimmten Falls (LiU, 2007, S. 5).

Dass der beschrittene Weg als erfolgreich angesehen werden kann, zeigt sich u. a. darin, dass The Network Towards Unity for Health Linköping als eines von neun Best-Practice-Beispielen für eine gemeindeorientierte Ausbildung von Health Professionals ausgesucht hat. Als Argument wird dabei zum einen der oben beschriebene „interprofessional training ward“ hervorgehoben, zum anderen die Orientierung des Curriculums an den Gesundheitsprioritäten von Östergötland: „This county distinguishes itself from the rest of Sweden in that 15% of the population is over the age of 65 and geriatrics, orthopaedics and home health care are local priorities, which are clearly reflected in the curriculum“ (Richards, 2001, S. 362).

Die Curricula orientieren sich jedoch nicht nur am gesellschaftlichen Bedarf, die Lehre ist gleichzeitig auch eng verknüpft mit der Forschung (Kiess & Schüller, 1999, S. 126; Hammar et al., 2006). Die Forschungsaktivitäten an der Gesundheitsfakultät Linköping reichen von biomedizinischer Grundlagenforschung zu angewandten klinischen Studien in den Bereichen Pflege, Logopädie, Physio- und Ergotherapie, Hebammenkunde und Public Health. Ein Charakteristikum der Versorgungsforschung der LiU ist dabei das Überschreiten der traditionellen Grenzen zwischen Universitätsdepartementen und Studiengängen. Dies bezieht sich nicht nur auf die Gesundheitsfakultät, sondern auf die gesamte Universität. Um die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen auch fakultätsübergreifend zu erleichtern, ist die Forschung an der LiU in 14 grossen Departementen organisiert, die jeweils mehrere Disziplinen aus verschiedenen Fakultäten umfassen.²⁸ Auch innerhalb der Gesundheitsfakultät werden Kooperationen zwischen verschiedenen Fachbereichen sehr gefördert. Dieser Aspekt wird durch die Infrastruktur unterstützt: Der gesamte Campus der Gesundheitsfakultät wurde um das Universitätsspital herumgebaut. Dadurch sind die verschiedenen Teile des Campus für alle schnell und einfach erreichbar (LiU, 2007, S. 19).

²⁸ So sind am Department of Medical and Health Sciences der Linköping University neben der Gesundheitsfakultät auch das Institute of Technology (im Centre of Medical Imaging and Visualisation) und die Faculty of Arts & Sciences (im Forschungsbereich Health & Society) beteiligt (<http://www.hu.liu.se>).

Die Förderung von interprofessioneller und interdisziplinärer Forschung und die starke Berücksichtigung des Bedarfs der (lokalen) Gesellschaft lassen sich gut vereinbaren mit dem Streben nach wissenschaftlicher Exzellenz. In Bezug auf die wissenschaftliche Qualität richtet sich die Universität Linköping nach internationalen Kriterien aus, wobei sich ihr Leistungsaufweis auch in dieser Hinsicht durchaus sehen lassen kann (Högskoleverket, 2008, S. 19).

6.3 Kritische Erfolgsfaktoren der Gesundheitsfakultät Linköping

Die Erfolgsgeschichte dieser Bildungsinstitution wirft Fragen auf. Warum Linköping? Die ersten Studierenden der Gesundheitsfakultät Linköping nahmen ihr Studium im Herbst 1986 auf. Als Ausbildungsort für Health Professionals war Linköping jedoch längst schon etabliert, denn bereits hundert Jahre zuvor (1885) wurde ein erster Studiengang in Pflege angeboten. 1965 kam ein Ergotherapie-Studiengang dazu (Hammar et al., 2006, S. 10). Ab 1969 begegnete man in Linköping auch Medizinstudierenden, diese waren jedoch an der Fakultät im fernen Uppsala immatrikuliert, wo sie auch die ersten zwei Jahre ihrer Ausbildung absolvierten. Nur für den klinischen Teil, d. h. für die letzten sieben Semester, kamen sie nach Linköping (LiU, 2007, S. 4).

Diese Zweiteilung des Medizinstudiums wurde von Anfang an als sehr ungünstig empfunden. Als dann in den 1970er Jahren die schwedische Regierung beschloss, die Zusammenarbeit zwischen Uppsala und Linköping zu stoppen und als gleichzeitig das frühere Linköping University College (College of Higher Learning) Universitätsstatus erhielt und damit zur Universität Linköping wurde, eröffnete sich die Chance für ein neues Modell der Ausbildung in den Gesundheitsberufen, das nicht nur die Medizin, sondern auch verschiedene nicht-ärztliche Gesundheitsberufe²⁹ umfasste (Hylén, 2010, S. 9).

Vorerst sah die Situation aber noch alles andere als erfolgsversprechend aus, denn die damalige Regierung war der Meinung, dass sechs Medizinfakultäten für ein Land mit acht Millionen Einwohnern zu viel sind und dass mindestens eine davon geschlossen werden sollte (Savage & Brommels, 2008, S. 501). Linköping konnte weder eine jahrhundertalte Tradition vorweisen, noch war man in Bezug auf Forschungskapazität und Prestige mit den anderen Hochschulen konkurrenzfähig. Als Professor Nils-Holger Areskog, der damalige Dekan der Fakultät in Linköping³⁰, mit schwedischen Bildungs- und Gesundheitspolitikern die Möglichkeit einer eigenständigen Medizinfakultät in Linköping diskutierte, lautete die Antwort: „Come back with something new and cheaper than the other medical faculties established with expensive traditional preclinicalments“ (Areskog, 2009, S. 443). Die einzige Chance, um gegenüber den anderen Medizinfakultäten zu bestehen, bestand somit darin, etwas komplett Neues auf die Beine zu stellen.

In Linköping wurde ein Komitee gegründet, bestehend aus Vertretern der Universität sowie der Bezirksverwaltung, das den Auftrag hatte, eine gemeinsame Organisation für die Ausbildungen der verschiedenen Berufsgruppen im Bereich der Gesundheit zu schaffen (Wilhelmsson et al., 2009, S. 122). Nils-Holger Areskog, der das Komitee leitete, war gleichzeitig auch Repräsentant der WHO und spielte somit eine entscheidende Rolle, um die Grundsätze der von der Alma-Ata-Deklaration (WHO, 1978) inspirierten WHO-Strategie „Health for All by the Year 2000“ (WHO, 1981) in Linköping Realität werden zu lassen. In diesen Dokumenten betont die WHO die Notwendigkeit des gemeinsamen Lernens und Handelns für eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung,

²⁹ Neben der Medizin bot die Universität Linköping von Anfang an Studiengänge in Sozialarbeit, in Pflege, in Biomedizin, in Ergo- und in Physiotherapie an.

³⁰ Die damalige Medizinfakultät war eine „Tochter“ der Medizinfakultät in Uppsala (Areskog, 2009).

insbesondere in der Grundversorgung. Areskog war zudem Teilnehmer an der OECD-Konferenz in Paris (vgl. Kapitel 2) und so diente das Modell der Regional Health Universities als Leitbild für die neu zu gründende Fakultät.

Von der schlechten Ausgangslage liessen sich Areskog und seine Kollegen nicht entmutigen. Im Gegenteil: Sie packten die Chance, um in der Ausbildung der Gesundheitsberufe in Schweden völlig neue Wege zu beschreiten. Laut Areskog sollte in Linköping die folgende Strategie verfolgt werden: „Problem-based learning, multiprofessional education and multiprofessional research, in order to create flexibility and the ability to adapt to future change within society and occupational roles. In this way new thinking, new roles and competences, new responsibilities and areas of interest will be developed in the delivery of health care“ (Areskog, 1994, S. 280). Dabei war es von grossem Vorteil, dass man bei der Gründung der Fakultät praktisch bei null beginnen konnte. So mussten beispielsweise die interprofessionellen Module, die ein zentrales Merkmal der Studiengänge in Linköping darstellen, nicht durch Reduktionen von bereits vollgepackten Curricula etablierter Studiengänge geschaffen werden (Hylin, 2010, S. 60). Es gab somit zu Beginn dieser Neuausrichtung keine Verlierer, die ihren Besitzstand zu verteidigen hatten.

Auch wenn es aus heutiger Sicht so erscheinen mag, als ob sich in Linköping die einzelnen Puzzleteile fast automatisch zu einem Ganzen zusammengefügt hätten, war es ein steiniger Weg, auf dem zahlreiche Widerstände überwunden werden mussten. Vor allem von Seiten der nationalen Ärzteverbände begegnete man den Ideen aus Linköping mit grosser Skepsis. Auch innerhalb der Fakultät standen nicht alle dem eingeschlagenen Weg positiv gegenüber. Es gab im Laufe der Zeit immer wieder Versuche, zu einem traditionelleren Unterrichtsmodell zurückzukehren (LiU, 2007, S. 21; Hammar et al., 2006, S. 15). Bislang konnte dies immer wieder abgewendet werden und so gilt die Gesundheitsfakultät Linköping bis heute als einzigartig und innovativ.

Damit dies so bleibt, müssen die Mitarbeiter regelmässig geschult werden (Hammar et al., 2006, S. 11). Es braucht eine Balance aus „rules, freedom and staff development“ (LiU, 2007, S. 5). Nur so ist es möglich, dass die Philosophie der Gesundheitsfakultät auch von allen verstanden und getragen wird. Diese Philosophie, die auf Interprofessionalität in Forschung und Lehre und auf gesellschaftliche Verantwortung setzt, muss sich auch in den Strukturen widerspiegeln. Diese sind in Linköping so geschaffen, dass die Zusammenarbeit über die Grenzen der Departemente hinweg und auch zwischen vorklinischen und klinischen Disziplinen speziell gefördert wird, denn dies ist nicht nur für die Lehre von Vorteil, sondern „this way of working together often produces positive spin-off effects extending to research“ (LiU, 2007, S. 5).

Die Gesundheitsfakultät Linköping existiert nun seit mehr als 25 Jahren. Es ist deshalb wenig überraschend, dass im Laufe der Zeit verschiedene Elemente in Lehre und Forschung wie auch in der Organisation verbessert und angepasst werden mussten. Als im Jahr 2002 eine Kommission, bestehend aus Studierenden und Fakultätsmitgliedern, damit beauftragt wurde, für den Medizinstudiengang Verbesserungsvorschläge auszuarbeiten, bestand ihre wichtigste Empfehlung darin, sich wieder vermehrt den Gründungsprinzipien von 1986 zuzuwenden, wenn auch angepasst an die heutigen Verhältnisse und mit einem stärkeren Einbezug der Lehrenden und Studierenden (LiU, 2007, S. 5f.). Die Balance zwischen Tradition und Innovation macht die Gesundheitsfakultät Linköping bis heute zu einem Vorbild für Health Universities weltweit.

7 Das Karolinska Institutet in Stockholm

7.1 Von der Kriegschirurgie zu den Health Sciences: 200 Jahre Bedarfsorientierung

Neben der Universität Linköping gibt es in Schweden eine zweite innovative Hochschule, die den OECD-Kriterien einer Health University Nachachtung verschafft. Es handelt sich dabei um die berühmteste medizinische Fakultät des Landes, das Karolinska Institutet (kurz: KI) in Stockholm. Bekannt ist das KI unter anderem, weil hier alljährlich die Preisträger für den Nobelpreis in Medizin oder Physiologie ernannt werden. Das KI, das 2010 seinen 200-jährigen Geburtstag feierte, wurde in einem Ranking der weltweit besten medizinischen Fakultäten als höchste nicht-englischsprachige Universität aufgeführt (Times Higher Education, 2011).

König Karl XIII. gründete das KI 1810, um damit die Ausbildung von Militärchirurgen sicherzustellen. Dies war notwendig geworden, weil die Fertigkeiten der damaligen Feldärzte offensichtlich unzureichend waren: Im finnischen Krieg gegen Russland starb ein Drittel der im Krieg verwundenen Soldaten in den Lazaretten. Mit dieser Vergangenheit steht das KI in einer ähnlichen Tradition wie viele andere europäische Medizinfakultäten, die errichtet wurden, um den Wehrstand zu sichern. Bald bildete das KI nicht mehr nur Chirurgen aus, sondern auch Allgemeinpraktiker, und 1861 erhielt das Institut den Status einer Universität, an der jedoch vorerst nur angehende Mediziner studierten. 1959, also fast 100 Jahre später, wurde das Stockholm Institute of Physiotherapie in das KI integriert und seit 1964 existiert auch ein Studiengang in Logopädie. Zwischen 1977 und 1994 kamen weitere Studiengänge wie Psychotherapie, Dentaltechnologie, Optometrie und Biomedizin hinzu.

Ein entscheidender Schritt erfolgte 1998 mit der Integration des Stockholm College of Health Sciences. Mit den zusätzlichen Studiengängen in Ergotherapie, Akustik, Hebammenkunde, biomedizinischer Analytik, Pflege, Radiologie, Public Health und Dentalhygiene wurde am KI eine neue Ära in der Ausbildung von Health Professionals eingeleitet. Seither kamen noch medizinische Informatik, Podologie und Psychologie dazu. Heute werden am KI 15 Bachelor- oder Diplomstudiengänge, einige Weiterbildungen und diverse Masterprogramme im Gesundheitsbereich angeboten. Das KI bezeichnet sich zwar auch heute noch als „medical university“ (<http://ki.se>). Angesichts der Vielfalt der angebotenen Studiengänge aus dem Gesundheitsbereich wird „medical“ aber in einem umfassenden Sinn verstanden. Wenn am KI von „medical research“ die Rede ist, werden Forschungsaktivitäten in einem weiten Spektrum unterschiedlicher Fachrichtungen umschrieben, die sich mit Gesundheit oder dem Gesundheitswesen beschäftigen.

7.2 Interprofessionelles Lernen, um später besser zusammenzuarbeiten

Wie in Linköping hat auch am Karolinska Institutet Interprofessionalität einen hohen Stellenwert. Gleichzeitig mit der Integration des Stockholm College of Health Sciences in das KI wurde in Zusammenarbeit mit der Bezirksverwaltung Stockholm ein Projekt gestartet, das unter dem Motto „Learning together to be able to work together“ die Integration der verschiedenen Studiengänge zum Ziel hatte (Hyllin, 2010, S. 11). Ein zentraler Bestandteil dieses Projektes war der Aufbau von sogenannten Centers of Clinical Education (CCE) in vier Stockholmer Spitälern, die jeweils aus drei Elementen bestehen (Mogensen et al., 2002):

1. einem „clinical training ward“ ohne Patienten, in dem die Studierenden verschiedener Studiengänge gemeinsam manuelle Fertigkeiten und kommunikative Kompetenzen einüben und diese mit der Hilfe von Videoaufnahmen analysieren und verbessern können;
2. einem „multidisciplinary team“, das aus den Lehrkräften der beteiligten Studiengänge besteht, die im Team interprofessionelle (Lern-)Aktivitäten planen und durchführen;
3. sowie – nach dem Vorbild von Linköping – einem „interprofessional training ward“. Wie in Linköping handelt es sich hier um eine orthopädische Station, in der die Studierenden der verschiedenen Studiengänge jeweils während zwei Wochen gemeinsam die Verantwortung für die Versorgung der Patienten und Patientinnen übernehmen. Die Arbeitsteams setzen sich zusammen aus Studierenden der Medizin (im 8. Semester ihrer Ausbildung), der Pflege, Ergo- und der Physiotherapie (jeweils im 6. und somit letzten Semester ihrer Ausbildung). Die Studierenden sollen dadurch die eigene Rolle sowie die Aufgaben und Kompetenzen der anderen Gesundheitsberufe besser kennen lernen und verstehen, um im Interesse der Patienten in der Praxis gut zusammenarbeiten zu können (Hylin, 2010, S. 11f.).

Für das zweiwöchige Modul im „interprofessional training ward“ wurden allgemeine und professionsspezifische Lernziele formuliert. Die allgemeinen Lernziele betreffen u. a. die Entfaltung der eigenen professionellen Rolle, das Wissen über andere Berufsgruppen, Kommunikationsfähigkeiten für gute Teamarbeit und Patientenversorgung und eine Bewusstwerdung der ethischen Aspekte der Gesundheitsversorgung (Hylin, 2010, S. 15).

Nach einer dreijährigen Projektphase wurden die CCE im Jahr 2002 in den regulären Betrieb überführt. Seither wurden diverse Evaluationen durchgeführt, die beispielsweise untersuchten, wie sich die Einstellungen der Studierenden in Bezug auf interprofessionelle Teamarbeit und ihr Blick auf die anderen Gesundheitsberufe verändert haben oder wie sie die Bedeutung des „interprofessional training ward“ für ihre spätere Berufspraxis einschätzen. Auch wenn in den Evaluationen z. T. auf Verbesserungsvorschläge hingewiesen wird, fallen die Resultate insgesamt sehr positiv aus, Studierende und Patienten scheinen den „interprofessional training ward“ gleichermassen zu schätzen (Hylin, 2010, S. 48f.; Mogensen et al., 2002, S. 15; Hallin et al., 2011).³¹

7.3 Doppelte Mission: Spitzenforschung und gesellschaftliche Verantwortung

Obschon Interprofessionalität in der Lehre am Karolinska Institutet grossgeschrieben wird, kommen fachliche Expertise und wissenschaftliche Exzellenz nicht zu kurz. Dadurch befindet sich das KI „in an excellent position to compete with education offered by the most prestigious universities throughout the world“ (Karolinska Institutet, 2009, S. 13). Die Schlüsselemente der Ausbildungen am KI sind ähnlich wie in Linköping: „a clear coupling with research right from the start, integration of theory and practice, interprofessional education, and the availability of high-quality clinical training“ (Karolinska Institutet, 2009, S. 13).

Das KI gehört zu den weltweit besten Forschungseinrichtungen im Bereich der Medizin. Gleichzeitig ist auch die Verankerung in der schwedischen Gesellschaft wichtig. Deshalb arbeitet man „in

³¹ Bei der Umsetzung eines „interprofessional training ward“ können auch Probleme auftauchen. Reeves und Freeth berichten nach einer Evaluation des „interprofessional training ward“ in London, dass die Studierenden die Arbeiten z. T. als zu wenig relevant für ihre spätere Berufspraxis einstufen, dass es zu Rollenkonflikten insbesondere zwischen Medizin- und Pflegestudierenden kam und dass sich teilweise Stereotypen sogar verstärkten. Bemerkenswert ist allerdings, dass ein Jahr später die Mehrheit der ehemaligen Teilnehmer des „interprofessional training ward“ in London ihre Erfahrungen als äussert positiv bewerteten. Reeves und Freeth folgern daraus, dass „interprofessional placement can provide them with helpful experiences of collaboration which they can draw upon in the early part of their clinical careers“ (Reeves & Freeth, 2002, S. 50).

close collaboration with the health and medical care sector and the business community“ (Karolinska Institutet, 2009, S. 4). Laut Strategie sind Lehre und Forschung am KI „characterized by a sincere responsibility for society and thus contribute to sustainable development both within and beyond Sweden's border“ (Karolinska Institutet, 2009, S. 7). Spitzenforschung und angewandte Forschung mit regionalem Bezug sind kein Widerspruch, denn Health Universities tragen – wie an der OECD-Konferenz gefordert – mit ihrer Organisationsstruktur dazu bei, „to reconcile so-called fundamental research with so-called applied research“ (OECD, 1977, S. 22). Dies ist auch der Grund, weshalb die Departemente am Karolinska Institutet wie bereits erwähnt (vgl. Kapitel 5.1) nicht nach Berufen, sondern nach übergreifenden Themen geordnet sind. Damit finden medizinische Grundlagenforschung und angewandte Forschung der verschiedenen Berufsgruppen nebeneinander statt, womit auch die Voraussetzungen für interprofessionelle und disziplinübergreifende Zusammenarbeit gegeben sind.

Das KI strebt an, Versorgung, Ausbildung und Forschung in Zukunft noch stärker zu integrieren. Das Ziel ist, „that all health and medical care, including dental care and public health initiatives, in the county of Stockholm are to be included“ (Karolinska Institutet, 2009, S. 20). Um diesem Ziel näher zu kommen, wird bereits heute eng mit dem Stockholm County Council, das für die Gesundheitsversorgung in der Region Stockholm zuständig ist, sowie mit privaten Akteuren zusammengearbeitet. Da das schwedische Gesundheitssystem fast komplett in der öffentlichen Hand liegt und überwiegend aus Steuergeldern finanziert wird, sind Kooperationen zwischen Bildungsinstitutionen und Versorgungspraxis einfacher umzusetzen als in vielen anderen Ländern.

8 Das King's College in London

8.1 Das grösste Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe in Europa

Das King's College, das zur University of London gehört, ist eine der angesehensten Hochschulinrichtungen Englands. In nationalen und internationalen Vergleichen rangiert es immer wieder auf den vordersten Rängen (Times Higher Education, 2011). Gegründet wurde es 1829 von König George IV. und dem Herzog von Wellington. Im Laufe der Zeit wurde das Spektrum der angebotenen Ausbildungen mehrmals erweitert, u. a. durch Fusionen mit der King's College Hospital School of Medicine and Dentistry 1983, mit den Chelsea und Queen Elisabeth Colleges 1985, mit dem Institute of Psychiatry 1997 und mit den United Medical and Dental Schools der Spitäler Guy's und St Thomas 1998 (King's College, 2006, S. 36). Heute ist das King's College London mit 25'000 Studierenden das grösste Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe in Europa. Es umfasst auch verschiedene sozial- und naturwissenschaftliche Departemente sowie eine Rechtsfakultät (<http://www.kcl.ac.uk>).

Im Bereich der Gesundheit sind die grossen Departemente die School of Biomedical Science (mit Lehrgängen u. a. in Ernährungsberatung, Pharmazie und Physiotherapie), die School of Medicine, die Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery, das Dental Institute sowie das Institute of Psychiatry. Daneben finden sich Institute zu Gesundheitsthemen aber auch in anderen Departementen (z. B. „Social Science, Health & Medicine“ bei den Sozialwissenschaften und „Medical Ethics and Law“ in der Rechtsfakultät). Laut Selbstdarstellung ist das Kings' College London „the number one choice for medical undergraduates in the UK and our Dental Institute is one of the most prestigious dental research institutions in the country“ (King's College, 2006, S. 6).

Das King's College adressiert einerseits „the basic needs of its population through work on health, education and law“, will andererseits aber auch in der internationalen Arena als entscheidender Player wahrgenommen werden, der sich in die wichtigen Debatten einmischt. Letzteres belegen beispielsweise die zehn Nobelpreisträger aus dem King's College. Forschungs- und Lehrinrichtungen, Informationspolitik und Mitarbeiterschulungen sollen gemäss Strategieplan dazu beitragen, die weltbesten Studierenden, Lehrenden und Forschenden anzulocken, um auch weiterhin zu den „world's leading universities“ zu gehören. Das King's College präsentiert sich als „research-led institution“, d. h. die Forschungsaktivitäten bilden die Grundlage sowohl für die Lehre als auch für den Beitrag, den das College für das lokale, nationale und internationale Umfeld leistet (King's College, 2006, S. 5f.). Dabei spielt die Vernetzung mit der lokalen Versorgungslandschaft eine wichtige Rolle. Wie an anderen Hochschulen für Gesundheit wird nicht nur mit den Universitätsspitalern zusammengearbeitet, sondern mit insgesamt 17 Regionalspitalern und rund 200 Grundversorger-Praxen im Südosten Englands, an denen die angehenden Health Professionals ihre Praktikumseinsätze absolvieren können (King's College, 2006, S. 6, 46). Diese lernen somit – wie beispielsweise auch in Tromsø oder Linköping – nicht nur die hochspezialisierte Versorgung des Universitätsspitals kennen, sondern auch den Bedarf der lokalen Bevölkerung.

Das King's College London ist auch ein gutes Beispiel einer Ausbildungsinstitution, die in ihrer Region soziale Verantwortung übernimmt. So führt das College im Bereich der Gesundheitsversorgung verschiedene Programme für sozial benachteiligte Menschen aus der Region durch. Bei der Zulassung zu den Ausbildungen wird zudem eine philanthropische Förderstrategie verfolgt, damit talentierte Studierende aus dem armen Südosten Londons eine Chance erhalten (King's College, 2006, S. 7, 14).

8.2 Projektmanager ermöglichen interprofessionelles Lernen im Versorgungsumfeld

Wie an anderen Health Universities wird am King's College London der multidisziplinäre und multi-professionelle Ansatz in der Lehre und in der Forschung hervorgehoben. Dazu gehört, dass „all schools have either moved, or are moving, to structures that – while preserving the core disciplines within their individual departments – work through overlapping research themes to exploit the synergies within and between schools“ (King's College, 2006, S. 36). Die Zusammenarbeit wird nicht nur zwischen den verschiedenen Departementen im Bereich der Gesundheit gefördert, sondern auch zwischen Gesundheits- und Sozial-, Geistes- und Naturwissenschaften. Die Strategie zielt darauf ab, „the full range of health science specialists and breadth and depth in social and natural sciences and humanities“ unter einem Dach zu versammeln, um „a total response to patient care“ zu gewährleisten (King's College, 2006, S. 21).

Im Jahr 2002 initiierte das King's College mit finanzieller Unterstützung des Department of Health ein IPE-Programm, welches das Potenzial hatte, alle Ausbildungsgänge in den Gesundheits- und den Sozialberufen im Südosten Londons einzubeziehen. Ein Jahr später schlossen sich die London South Bank University, die Greenwich University und der South East London NHS Trust als Partner diesem Programm an. Am King's College fanden zwar bereits vorher IPE-Aktivitäten statt – bislang jedoch nur im akademischen Setting (z. B. gemeinsame Kurse zu Kommunikation und zu Infektionskontrolle und Handhygiene für angehende Mediziner und Pflegefachpersonen) (D'Avray et al., 2007, S. 30). Das neue Programm war viel umfangreicher, band neue Partner mit ein und setzte sich aus zwei Teilen zusammen: (1) einem gemeinsamen Kernmodul zu Kommunikation

und Ethik im ersten Jahr sowie (2) aus interprofessionellen Praxiseinsätzen in den späteren Jahren.

Das Kernmodul für das erste Studienjahr wurde in einem demokratischen Prozess mit Repräsentanten aller beteiligten Hochschulen und Studiengänge entwickelt (D'Avray et al., 2007, S. 30). Es bestand aus fünf Kursen, die alle Studierenden der Human- und Zahnmedizin, der Ernährungsberatung, der Hebammenkunde, der Pflege, der Ergotherapie, der Pharmazie und der Physiotherapie im ersten Semester besuchen mussten. 2006 wurde der Kurs auf Grund der bisherigen Erfahrungen und Rückmeldungen umgestaltet, wobei darauf geachtet wurde, ihn stärker als bisher auf die späteren Praxiseinsätze auszurichten.

Der zweite Teil des Programms war schwieriger umzusetzen. Das Ziel bestand darin, allen Studierenden der Sozial- und Gesundheitsberufe, d. h. etwa 2000 Personen pro Jahr, interprofessionelles Lernen in den Versorgungseinrichtungen im Südosten Londons zu ermöglichen. Dazu mussten nicht nur der Zeitpunkt und die Dauer der Praktika der drei beteiligten Hochschulen aufeinander abgestimmt werden, auch die Koordination mit den Praxisorten und die Schulung ihrer Mitarbeiter stellten grosse Herausforderungen dar (D'Avray et al., 2007, S. 31f.). Zudem waren auch die Teilnehmer äusserst heterogen: „Their educational background was [...] diverse, from those who were admitted to higher education through an access programme and those with prior qualifications that ranged from General Certificate to Secondary Education to degree. Not only were they studying different professional courses leading to different registration and levels of qualification, they were also studying in different schools, in different universities and were following different pathways with client groups in placements located on different sites“ (D'Avray et al., 2007, S. 32).

Trotzdem gelang es, für die Studierenden unterschiedlicher Bildungsstufen gemeinsame Kurse für den Praxiseinsatz zu entwickeln, in denen sie in interprofessionellen Teams den Krankheits- und Versorgungsprozess eines ausgewählten Patienten untersuchen, analysieren und verbessern sollten. Um den Versorgungsprozess besser zu verstehen und so auch Verbesserungsvorschläge anbringen zu können, mussten die Studierenden nicht nur den Patienten und sein Umfeld, sondern auch professionelle Leistungserbringer interviewen. Abgeschlossen wurde das Modul mit einer Präsentation des Falles und einer anschliessenden Diskussion mit den anderen Teams.

Die Anforderungen an die Koordination und Begleitung dieser interprofessionellen Kurse waren besonders hoch, denn sie fanden in den verschiedenen Praxiseinrichtungen selber statt, wurden auch von diesen geführt und zudem nahmen Studierende aus verschiedenen Hochschulen daran teil. Eine effektive und effiziente Organisation war deshalb entscheidend. Die Lösung bestand darin, einen Projektmanager einzusetzen, der mit einem Team diese Lernerfahrungen in den beteiligten Hochschulen und Praxisorten ermöglichte. Doch „the course would have been a non-starter had not the team been able to influence yet another layer of staff who were needed to help with finding students, acting as facilitators and helping students with practice sessions“ (D'Avray, Gill & Coster, 2007, S. 39).

9 Health Universities und das deutschsprachige Europa

9.1 Der Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V.

Ausgehend von den Ideen der OECD-Konferenz, der Ottawa Charta der WHO und den in der Zwischenzeit umgesetzten Modellen wurde 2001 in Deutschland der Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. gegründet, der dazu beitragen will, die „akademische und gesellschaftliche Isolierung der klinischen Medizin“ aufzuheben „und die Förderung der gesundheitlichen Entwicklung in der jeweiligen Region zur zentralen Aufgabenstellung“ einer Hochschule zu machen (Göpel, 2011). Hochschulen für Gesundheit sind laut Selbstdarstellung des Verbundes (1) Studienorte für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen, (2) Forschungseinrichtungen für systematische Untersuchungen der beruflichen Praxis und der regionalen Angebotsstrukturen im Gesundheitsbereich und (3) öffentliche Foren und Partner für regionale Entwicklungsplanungen und vernetzte Kooperationsstrukturen (<http://www.hochges.de>). Der Kooperationsverbund bezieht sich zwar auf das Modell der OECD, geht dabei aber von den aktuellen Rahmenbedingungen und der konkreten Situation in Deutschland aus.

Gemäss dem Vorstandsmitglied Prof. Manfred Semrau sind die Mitglieder des Kooperationsverbundes „der Entwicklung gesundheitswissenschaftlicher Forschungs- und Studienkonzepte, der Entwicklung einer handlungs- und prozessorientierten Didaktik, der Entwicklung gemeinsamer Standards für die didaktische Aufbereitung von Studieninhalten und Modulen, der Entwicklung von gesundheitswissenschaftlichem Grundwissen in der Form von gemeinsamen Kernmodulen, der Verstärkung der horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Studiengängen und Studienniveaus, zwischen Studium und Berufsausbildung bzw. -tätigkeit sowie der Nutzung der neuen Informationstechnologien zur Entwicklung einer komplexeren, multimodalen Didaktik verpflichtet“ (Semrau, 2009). Konkret setzt sich der Verein unter anderem für ein einheitliches Gesundheitsberufe-Gesetz für das gesamte Berufsspektrum von der Gesundheitsförderung bis zur Rehabilitation und für eine einheitliche und modularisierte Studiengestaltung auf der Grundlage der Bologna-Reform ein (<http://www.hochges.de>).

Diese Bottom-up-Initiative engagierter Hochschulen und Persönlichkeiten hat allerdings bislang nicht dazu geführt, dass sich die Gesundheitsbildungspolitik, die durch die Träger und Regulatoren gesteuert wird, sich von den parallel laufenden, berufsspezifischen (und kurationsbezogenen) Studiengängen gelöst und im Sinne des integrativen Health-University-Modells entwickelt hat. So ist es auch wenig überraschend, dass im deutschsprachigen Raum keine Hochschule existiert, an der die wesentlichen in diesem Bericht angesprochenen Postulate umgesetzt worden sind – auch wenn gewisse Elemente zum Teil durchaus Beachtung finden.

9.2 Der Gesundheitscampus NRW und die Hochschule für Gesundheit Bochum

Ein Versuch, eine Health University im deutschsprachigen Raum zu etablieren, findet sich in Bochum. Die Hochschule für Gesundheit Bochum, die Teil des in Entstehung begriffenen Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen ist, lehnt sich nicht nur mit ihrem Namen an das Modell der OECD an, sie hat überdies den Auftrag, einige der im Bericht aus den 1970er Jahren diskutierten Elemente umzusetzen.

Die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen hat im Mai 2009 beschlossen, in Bochum den Gesundheitscampus NRW zu gründen. Damit wurde – ganz im Sinne der OECD – das Ziel verfolgt, die im Land vorhandenen Kernkompetenzen des Gesundheitswesens an einem Ort zu bündeln

und auf die bedeutenden Schlüsselthemen hin auszurichten. In der Vision soll der Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen zu einem Kompetenzzentrum für Innovation im Gesundheitswesen werden, an dem „bereits vorhandene Forschungs- und Kompetenznetze sowie noch zu gründende Einrichtungen aus Wissenschaft und Wirtschaft, Aus- und Weiterbildung sowie öffentlichem Gesundheitswesen“ zueinanderfinden. Hier sollen Leitprojekte initiiert, Akteure vernetzt, Transparenz und Wissensaustausch gefördert und „die Versorgungssituation der Bevölkerung systematisch aufgearbeitet [werden], um damit politische Entscheide auf eine verlässliche Grundlagen zu stellen“ (Meyer-Falcke, 2010). Die konkreten Ziele des Campus sind das gezielte Erforschen von Erkrankungen, die bedarfsgerechte Information über Krankheiten, gute Prävention und medizinisch-pflegerische Versorgung sowie die Förderung von Gesundheit in allen Lebensbereichen.

Die direkten Vorbilder des Gesundheitscampus NRW sind die National Institutes of Health in den USA, wo Grundlagen- und Anwendungsforschung unter einem Dach angesiedelt sind. Anders als dort setzt die Landesregierung bei der Entwicklung des Gesundheitscampus NRW jedoch nicht allein auf Wissenschaft und Forschung. Sie will vielmehr Brücken schlagen zwischen allen Einrichtungen des Gesundheitswesens, damit sich Ausbildung und Praxis begegnen, Experten mit Selbsthilfegruppen diskutieren und kleine Unternehmen mit Grosskonzernen zusammenarbeiten (Mecklenbrauck, o. J.).

Der Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen besteht aus verschiedenen Institutionen, zu denen wie gesagt auch die am 1. November 2009 gegründete Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum gehört, die im Wintersemester 2010/2011 mit rund 200 Studierenden den Lehrbetrieb aufgenommen hat. Die hsg bietet Bachelor-Studiengänge in Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Hebammenkunde und Logopädie an. Diese sind grundständig und primärqualifizierend, d. h. der Hochschulabschluss berechtigt zur Berufsausübung. Damit wird – im Unterschied zu den meisten bereits bestehenden sog. dualen Studienangeboten für Gesundheitsfachberufe an Fachhochschulen und Universitäten in Deutschland – nicht vorausgesetzt, dass bereits eine (Grund-)Ausbildung im entsprechenden Beruf absolviert wurde. Vielmehr wird die Berufsausbildung uneingeschränkt in das Studium integriert. Abgeschlossen wird das Studium in Bochum mit der für die Berufszulassung erforderlichen staatlichen Prüfung und dem akademischen Grad Bachelor of Science (Friedrichs & Schaub, 2011, S. 98).

Wie auch an anderen Health Universities ist die Etablierung des interprofessionellen Lernens ein Ziel der hsg Bochum. Die Tatsache, dass die genannten fünf Studiengänge „unter einem Dach“ angeboten werden, bietet die Chance, Formen des gemeinsamen Lehrens und Lernens zu implementieren und Strukturen zu schaffen, die – gemäss Eigendarstellung – das Gelingen von Interprofessionalität schon im Studium unterstützen und fördern: „So lernen und arbeiten die Studierenden in gemeinsamen Theorie-/Praxisprojekten, analysieren in berufsübergreifenden Fallbesprechungen die Leistungen, die jede Berufsgruppe zu einem Thema beitragen kann, und arbeiten gemeinsam in den Skillslab-Räumen, in denen das praktische Ausprobieren von Lösungen innerhalb der Hochschule möglich ist. Die Studiengänge sind durch gemeinsame Module in Theorie und Praxis miteinander verzahnt und ermöglichen die Ausbildung einer interprofessionellen Kompetenz vom ersten Tag an. Rollenspiele, berufsbezogene Selbsterfahrung, unterschiedliche Reflexionsmethoden und Kommunikations- und Interaktionstrainings unterstützen diese Zielsetzungen“ (<http://hsg-gesundheit.de>). Ziel ist es, den Studierenden der hsg eine umfassende interprofessionelle Kompetenz zu vermitteln. Sie sollen während ihres Studiums die Möglichkeit erhalten, das interprofessionelle Denken und Handeln einzuüben, das für die Zukunft der Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung ist (MGEPA, 2011, S. 12). Um die Bedeutung der Interprofessionalität zu unterstrei-

chen, sind die Professuren an der hsg nicht einzelnen Studiengängen zugeordnet, sondern sie werden studiengangübergreifend verstanden (Friedrichs, 2010).

Der Gesundheitscampus und die hsg sind jung. Zum aktuellen Zeitpunkt kann deshalb noch wenig darüber gesagt werden, wie erfolgreich die Umsetzung gelingen und langfristig verankert werden kann. Aktuell wird eine Evaluation der Studiengänge und des didaktischen Konzepts durchgeführt, deren Ergebnisse frühestens Ende 2014 vorliegen werden.

Mit Blick auf die Leitfrage dieses Berichts stellt sich die Frage, ob es sich bei der hsg Bochum um eine Health University im Sinne der OECD handelt. Der Vergleich mit den Beispielen aus dem Ausland zeigt, dass sich Aufbau und Organisation in gewissen Bereichen dem Idealbild zwar annähern, dass aber massgebliche Unterschiede bzw. Defizite bestehen. Ein zentraler Punkt betrifft dabei die Tatsache, dass an der hsg keine Mediziner involviert sind und dass die Kooperationen mit der nahe gelegenen Medizinfakultät schwach ausgeprägt sind.³² Gerade im Hinblick auf die Förderung der interprofessionellen Kompetenz wäre der Einbezug der Medizin jedoch wichtig, handelt es sich bei ihr doch – gerade unter den deutschen Rahmenbedingungen – um die Leitdisziplin im Gesundheitswesen, mit der alle anderen Berufe in ihrer Praxis konfrontiert sind.

9.3 Die Martin-Luther-Universität in Halle-Wittenberg

Eine Hochschule, an der nicht-ärztliche Gesundheitsfachpersonen gleichberechtigt neben Ärzten forschen, lehren und lernen, findet sich in Halle-Wittenberg. Die Martin-Luther-Universität ist die erste öffentliche Universität im deutschsprachigen Raum, die sich diesbezüglich dem Modell einer Health University annähert³³ (<http://www.medizin.uni-halle.de>; Behrens, 2003).

Das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, das der Medizinischen Fakultät zugeordnet ist, bietet seit dem Sommersemester 2008 in Kooperation mit drei Ausbildungseinrichtungen in Halle, Leipzig und Magdeburg ein ausbildungsintegriertes Bachelor-Programm an, das elf verschiedene Gesundheitsberufe³⁴ zusammenführt. Die Absolventen und Absolventinnen dieses Studiengangs erhalten einerseits den Abschluss im gewählten staatlich anerkannten Gesundheitsfachberuf, andererseits ihr Diplom als Bachelor of Science. Im Anschluss daran kann ein Masterprogramm absolviert werden, das sich – dank der Einbettung in die Medizinische Fakultät und die Anbindung an das Universitätsklinikum – durch eine hohe Forschungsorientiertheit auszeichnet. Bachelor- wie auch Masterstudiengang bieten eine interdisziplinäre und evidenzbasierte Ausbildung, die für verschiedenste Tätigkeitsfelder im Gesundheits- und Pflegebereich qualifiziert.

Die Geschichte des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Martin-Luther-Universität begann 1988 mit einem „medizinpädagogischen“ Studiengang, der zunächst für den Süden der DDR und nach 1990 für alle 16 Bundesländer Lehrpersonen für die berufsbildenden Schulen

³² Neuerdings läuft ein Pilotprojekt, in dem Erstsemester-Studierende der hsg Bochum und der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum auf freiwilliger Basis in gemischten Teams einen klinischen Fall bearbeiten. Nachdem erste Erfahrungen äussert positiv ausgefallen sind, sollen in den nächsten Jahren weitergehende integrierte Ausbildungsteile zwischen den beiden Bildungsinstitutionen implementiert und evaluiert werden (Walkenhorst & Schäfer, 2012).

³³ Später folgten die Humboldt-Universität in Berlin und die Medizinische Fakultät der Universität Basel. Ausserhalb der öffentlichen Universitäten bot die private Universität Witten-Herdecke bereits früher einen ähnlichen Studiengang an.

³⁴ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Hebammenkunde, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Diätassistenz, medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, medizinisch-technische(r) Assistent(in) für Radiologie, medizinisch-technische(r) Assistent(in) für Funktionsdiagnostik. Anzumerken ist dabei, dass in Deutschland Initiativen laufen, um den disqualifizierenden Begriff „Assistenzberufe“ abzulösen.

des Gesundheitswesens und der Pflege auszubilden. Damals wurde jedoch noch keine publizierte Forschung betrieben und es gab auch noch keine Promotionsordnung für die Absolventen und Absolventinnen. Darauf aufbauend wurde 1995 eine Abteilung für Pflegewissenschaft gegründet, die 1999 zum Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft führte.

Gemäss Johann Behrens, Direktor des Instituts, ist der Vorteil der Einbettung in die Medizinische Fakultät die Tatsache, „dass tendenziell alle Berufsgruppen, die das multiprofessionelle therapeutische Team bilden, gleichberechtigt und gemeinsam in derselben Fakultät mit denselben Patienten und Klienten ihre je spezifischen Fähigkeiten entwickeln“ (Behrens, 2003, S. 6).

Dank der Übernahme des Promotionsrechts der Medizinischen Fakultät konnte ein Promotionsprogramm für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe aufgebaut werden. Heute kann das Institut in Halle-Wittenberg auf ein breites Forschungsspektrum verweisen, das sowohl professionsspezifische als auch professionsübergreifende Themen umfasst. Hervorzuheben ist dabei, dass ein grosser Teil der Forschungsprojekte sich auf Praxisprobleme von Einrichtungen und Klienten ausserhalb des Universitätsklinikums bezieht (Forum Pflegewissenschaft, 2009, S. 15).

Trotz der Ansiedlung der Medizin- und der Gesundheits-Studiengänge unter einem Dach kann aber auch hier nicht von einer Health University gesprochen werden – nicht zuletzt deshalb, weil die Universität Halle-Wittenberg sich selbst nicht so darstellt. Sichtbar ist ein konventionelles Fakultätengefüge unter der Leitdisziplin Medizin mit vier Studiengängen (Humanmedizin, Zahnmedizin sowie die erwähnten Bachelor- und Masterstudiengänge in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften), die nicht die Mission einer „kooperativ integrierende wissenschaftliche Institution“ vermittelt, obschon sie als einzige in Deutschland das Potenzial dazu hätte.

9.4 Interprofessionalität in Deutschland, Österreich und der Schweiz

An der hsg Bochum wie auch in Halle-Wittenberg hat Interprofessionalität einen hohen Stellenwert. Mit Blick auf die ermutigenden Signale, die Bildung verstärkt darauf auszurichten, stellt sich die Frage, wie es im deutschsprachigen Raum insgesamt mit der Umsetzung von interprofessionellen Lehr- und Lernaktivitäten aussieht.

In allen drei Ländern wurde die Interprofessionalität in den letzten Jahren vermehrt in die Lernziele der Gesundheitsberufe aufgenommen. So wird zum Beispiel in Deutschland die „Fähigkeit zur interprofessionellen und interdisziplinären Teamarbeit“ sowohl in der aktuellen Approbationsordnung für Ärzte als auch im Krankenpflegegesetz als Lernziel genannt (Ohlenbusch-Harke et al., 2011). Der Aspekt der Interprofessionalität findet sich jedoch weit hinten in den Posterioritäten und wurde bislang – von wenigen Ausnahmen abgesehen – kaum mit konkreten interprofessionellen Lernangeboten umgesetzt. In allen drei Ländern sind die Ausbildungen in den Gesundheitsberufen in erster Linie auf den Erwerb von fachlicher Expertise und professioneller Exzellenz ausgerichtet. So findet auch an den Schweizer Fachhochschulen, die mehrere Gesundheitsberufe unter einem Dach versammeln, nur sehr beschränkt interprofessionelles Lernen statt (Junod Perron et al., 2008).

Ansätze, die im Kleinen zur Förderung der interprofessionellen Kompetenz der zukünftigen Health Professionals beitragen, finden sich neben den bereits genannten Hochschulen unter anderem auch an der privaten Universität Witten/Herdecke mit ihrem sogenannten „Studium Fundamentale“ oder an der Medizinischen Fakultät Heidelberg mit dem Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ (pers. Mitteilung C. Mahler). Weitere Beispiele sind die Arbeiten der Careum-Stiftung in Zürich (<http://www.careum.ch>) mit gemeinsamen Modulen zwischen der Medi-

zinfakultät Zürich und dem Careum-Bildungszentrum oder auch des Departements Gesundheit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). So besuchen an der ZHAW die Studierenden der Bachelorstudiengänge Ergotherapie, Hebammenkunde, Pflege und Physiotherapie neben berufsspezifischen auch interprofessionelle Module (z. B. wissenschaftliches Arbeiten oder Kommunikation). Zusätzlich werden hier auch Themenwochen durchgeführt, an denen die Studierenden aller Studiengänge in interprofessionellen Gruppen ausgewählte Fragestellungen bearbeiten (<http://www.gesundheit.zhaw.ch>; Feusi, 2011, S. 34).³⁵

Diese Einzelbeispiele können jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass interprofessionelles Lernen im deutschsprachigen Raum wenig verankert ist. Obschon es kaum eine andere Forderung gibt, die in den letzten Jahren derart häufig zu hören war, hat man „bezogen auf die Kooperation der Gesundheitsberufe [...] keine nennenswerten Fortschritte erzielt und die wenigen Ansätze zu einer zeitweiligen gemeinsamen Ausbildung [sind] weitgehend gescheitert“ (Müller, 2011, S. 20). In einem resümierenden Kommentar fasst die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) die Situation wie folgt zusammen: „Zumindest in den Meinungsäusserungen scheint ein breiter Konsens zu bestehen, dass die Inhalte, Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten der Berufe im Gesundheitswesen sich wandeln und entwickeln müssen, doch viel weiter hat dieser etwas ratlos anmutende Konsens noch nicht geführt“ (SAMW, 2011, S. 27). Das Memorandum zur Kooperation der Gesundheitsberufe der Robert Bosch Stiftung hält entsprechend fest: „Erforderlich ist eine neue Kultur des Zusammenarbeitens, die die gegenwärtigen Hemmnisse in rechtlichen Rahmenbedingungen, den Qualifikationsstrukturen und dem berufsständischen Denken beiseiteschiebt. Da im Gesundheitswesen niemand für den Aufbau und die Pflege der Zusammenarbeit zwischen den Berufen strukturell verantwortlich ist, bleibt die Interdisziplinarität bisher ohne Leben“ (Robert Bosch Stiftung, 2011b, S. 2). In diesem Zusammenhang gibt Marckmann zu bedenken, dass „fast alle dieser Anforderungen bereits vor Jahren bzw. Jahrzehnten formuliert wurden, allerdings ohne nachhaltige Wirkungen auf die Ausbildung der Gesundheitsberufe“ (Marckmann, 2011, S. 36). Entsprechend hohe Erwartungen sind mit der Stellungnahme des deutschen Wissenschaftsrates verknüpft, der mit Nachdruck auf die Notwendigkeit einer „interprofessionellen Vernetzung der Qualifizierungswege“ hinweist und eine entsprechende Empfehlung für den institutionellen Umbau vorschlägt (Wissenschaftsrat, 2012, S. 95f.; vgl. Kapitel 5.1).

Insgesamt dominiert das hergebrachte Dogma, dass zuerst die eigene berufliche Identität gefestigt werden muss, bevor die gemeinsame Problemlösung möglich ist. Die renommierte britische Health Foundation bezeichnet diesbezüglich die Vorbehalte und die Abwehrhaltung als „Konstrukt zur Machtausübung“, bei dem das Konzept der medizinischen Professionalität bemüht werde, als „a kind of rhetorical tactic to perpetuate power“ (Christmas & Millward, 2011, S. 6). Auf Grund dieser Sachlage ist es eher unwahrscheinlich, dass im deutschsprachigen Europa ein integriertes und alle Berufe umfassendes Ausbildungsmodell entstehen kann, das den OECD-Standards einer Health University entspricht.

Wie bereits erwähnt, verläuft in den deutschsprachigen Ländern der – erst langsam einsetzende – Professionalisierungsprozess der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe grösstenteils losgelöst von den Medizinfakultäten (vgl. Kapitel 5.2). Die institutionelle Trennung der universitären und der fach(hoch)schulischen Gesundheitsberufe schafft nicht nur praktische Hindernisse auf dem Weg zu mehr Interprofessionalität in der Ausbildung. Gleichzeitig öffnet sich auch die Kluft zwischen den

³⁵ In der Strategie des Departements Gesundheit der ZHAW werden „Interprofessionalität und Interdisziplinarität“ und „gesellschaftliche Verankerung“ als zentrale Handlungsfelder aufgeführt (ZHAW, 2010, S. 2). Es ist diese Verwandtschaft im Geiste, die an der ZHAW das Interesse am Konzept der Health Universities geweckt hat.

unterschiedlichen Wissenschaftskulturen. Laut Krebsler ist „die Universitätsmedizin zunehmend von einem naturwissenschaftlichen Paradigma geprägt [...], während sich gleichzeitig die an den Fachhochschulen etablierte Ausrichtung auf die Gesundheitswissenschaften eher an sozialwissenschaftlichen und psychologischen Paradigmen orientiert“ (Krebsler, 2010, S. 25). Dadurch könnte sich eine mögliche Verbindungs- und Sprachlosigkeit entwickeln oder weiter verstärken, was schwerwiegende Auswirkungen auf das Versorgungssystem hätte. Nicht nur würden sich die Professionen in ihrer Berufspraxis immer weiter voneinander entfernen, auch interprofessionelle und interdisziplinäre Forschungs- und Praxisprojekte wären nur noch schwer umzusetzen.

Ein weiteres Hindernis auf dem Weg zu mehr Interprofessionalität ist in der Reglementierung zu finden. So ist das deutsche Berufsrecht „traditionell entweder von einem horizontalen Nebeneinander von Säulen oder einem vertikalen Untereinander von Schubladen geprägt, zwischen denen ‚Ordnung herrscht‘“ (Robert Bosch Stiftung, 2011a, S. 6; Igl, 2008; Igl, 2010). Barrieren stellen aber nicht nur „die in den Ausbildungsgesetzen sehr unterschiedlich formulierten Ausbildungsziele dar“ (Höppner & Büscher, 2011, S. 16), sondern auch das eher monodisziplinäre Denken und Handeln der einzelnen Berufsgruppen und die schlichte Tatsache, „dass Interprofessionalität noch nicht als zwingende Herausforderung begriffen wird“ (Robert Bosch Stiftung, 2011a, S. 76).

Die gestufte Studienstruktur mit Bachelor- und Masterabschlüssen könnte in den Gesundheitsberufen interprofessionelles Lernen durch die horizontalen und vertikalen Übergänge zwischen verschiedenen Studienbereichen erleichtern. In der Schweiz sind die universitären Medizinalberufe und die Fachhochschulberufe seit 2006 nach dem Bologna-Modell organisiert. Anders sieht es in Deutschland und Österreich aus, wo insbesondere in der Medizin die Widerstände gegenüber dem zweistufigen Bachelor/Master-Modell gross sind (<http://www.mft-online.de>) und die Sonderrolle der ärztlichen Ausbildung gegenüber der Ausbildung anderer akademischer Gesundheitsberufe betont wird.

9.5 Bedarfsorientierung im deutschsprachigen Raum

In der Schweiz hat sich die Situation in Bezug auf die Bedarfsorientierung mit dem 2007 in Kraft getretenen Medizinalberufegesetz (MedBG) verbessert. Anders als das Vorgängergesetz ist das neue MedBG auf Abschlusskompetenzen („management by objectives“) und nicht mehr auf einen Kanon von Prüfungsfächern ausgerichtet. Damit erlaubt es eine flexible Weiterentwicklung unter Anpassung an sich ändernde gesundheitspolitische, wissenschaftliche, berufspraktische und didaktische Bedürfnisse und Anforderungen. Im Gegensatz etwa zur Approbationsordnung in Deutschland, die auf einem Fächerkanon beruht, lässt das schweizerische MedBG den Universitäten erhebliche Spielräume für Innovationen. In Deutschland hingegen erweist sich das Korsett der vorgeschriebenen Prüfungen und Fächer viel stärker als ein Hindernis bei der Etablierung innovativer und bedarfsorientierter Studiengänge.

Das MedBG orientiert sich an den Gesundheitszielen der Gesellschaft und den für die Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen. Neben den berufsspezifischen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten wird auch die Vermittlung von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen, sozialen und kommunikativen Fähigkeiten und ethischen Haltungen verlangt, damit die zukünftigen Health Professionals mit Veränderungen angemessen umgehen und die Erreichung gesundheitspolitischer Ziele nachhaltig absichern können. Das ist auch einer der Gründe, weshalb der Bund als Regulator neben der dominierenden universitären Medizin der Grundversorgung einen wichtigen Stellenwert zuweist.

Als es 2008-2009 darum ging, auch für die Fachhochschulberufe in der Schweiz einheitliche Abschlusskompetenzen auszuarbeiten, diente das MedBG als Vorlage (Sottas, 2011). Das MedBG und die Abschlusskompetenzen der Fachhochschul-Studiengänge wirken somit mit gleicher Stossrichtung auf eine bedarfsorientierte Ausbildung hin. Trotzdem bestehen immer noch Defizite, denn auf allen Ausbildungsstufen dominiert weiterhin der von der Lancet-Kommission kritisierte Spitalfokus zu Lasten der „gemeindenahen Versorgung“.

Hinzu kommt, dass in jüngster Zeit innerhalb der Medizin seitens der hoch spezialisierten Medizinfakultäten in der Schweiz und in Deutschland vermehrt eine Bildungsstrategie regen Zuspruch findet, die von den Charakteristika einer Health University abweicht. Gemäss dieser Strategie sollen Mediziner primär als exzellente Wissenschaftler und Forschende (für die sogenannte „discovery medicine“) ausgebildet werden (Cooke, Irby & O'Brien, 2010; SAMW, 2011). Die Humanmedizin als Leitdisziplin der Gesundheitsberufe befindet sich damit im akademischen Kontext in einem Zielkonflikt zwischen dem globalisierten Wissenschaftswettbewerb und dem regionalen Versorgungsauftrag. Ähnliche Entwicklungen gibt es auch bei den anderen Berufsgruppen. Die Beispiele aus Schweden (Karolinska Institutet) und Grossbritannien (King's College London) zeigen demgegenüber, dass die Orientierung an den Bedürfnissen der Gesellschaft keineswegs einen Widerspruch darstellen muss zu internationalem Prestige in der Wissenschaft.

Die schweizerischen Fachhochschulen sind von Gesetzes wegen auf den Bedarf ausgerichtet, denn sie „betreiben anwendungsorientierte Forschung und Entwicklung und sichern damit die Verbindung zur Wissenschaft und zur Praxis. Sie integrieren die Ergebnisse in die Lehre.“³⁶ Während die Forschung in den medizinischen Fakultäten auf die Grundlagenforschung und die medizinische Praxis fokussiert, hat die angewandte Forschung der Fachhochschulen die Aufgabe, die Perspektive der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe einzubringen und die Praxis bei entsprechenden Fragestellungen zur Problemlösung zu unterstützen (Richter et al., 2010, S. 4f.). Dementsprechend sind ihre Bezüge zum jeweiligen regionalen Kontext – im Prinzip – ausgeprägter und vielfältiger, als es bei den Universitäten der Fall ist (Weber & Tremel, 2010).

Der Blick auf das deutschsprachige Europa zeigt, dass das Modell einer Health University zwar in Fachkreisen Resonanz gefunden hat, dass es aber keine Hochschule gibt, an der die Grundsätze umgesetzt sind. Die Entwicklung scheint eher in eine andere Richtung zu gehen. Einer der Indikatoren dafür ist die verstärkte Orientierung Richtung Studiengang – dieser soll einerseits direkt im Sinne der Profession berufsbefähigend und andererseits im Curriculum auch deutlich von anderen Profilen unterscheidbar sein. Um von einer Health University sprechen zu können, müsste die Lehre über die Professionen hinweg organisiert und abgestimmt sowie der Graben zwischen der (medizinischen) Grundlagenforschung der Universitäten und der angewandten Forschung in den anderen Fachrichtungen überwunden werden.

³⁶ http://www.admin.ch/ch/d/sr/414_71/index.html

10 Bilanz und Perspektiven des Konzepts der Health Universities

10.1 Aspekte einer erfolgreichen Umsetzung

Die Vision, an einer Hochschule alle Fachrichtungen und Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen unter einem Dach zu einer Lerngemeinschaft zusammenzufassen, ist nach wie vor bestehend. Das Leitbild, mittels einer auf den (regionalen) gesellschaftlichen Bedarf ausgerichteten Health University und eines didaktisch geschickten Konzepts die künftig im Gesundheitswesen notwendigerweise Hand in Hand arbeitenden Health Professionals zu einer wirkungsvoll agierenden Handlungsgemeinschaft zusammenwachsen zu lassen, hat nichts an Relevanz verloren. Der von der OECD in den 1970er Jahren verwendete Begriff der „Health University“ ist dabei programmatisch noch offener als „Hochschulen für Gesundheit“, der nunmehr durch verschiedene institutionelle und organisatorische Ausprägungen in den deutschsprachigen Ländern besetzt ist.

In der vorliegenden Übersicht sind verschiedene Health Universities vorgestellt worden, die sich in vielerlei Hinsicht voneinander unterscheiden. Es gibt zwar ideelle, konzeptionelle und didaktische Gemeinsamkeiten, die sich aus dem Konzept ableiten, das 1975 an der OECD-Konferenz in Paris diskutiert wurde. Dabei handelte es sich aber weniger um eine stringente Strategie als vielmehr um ein Massnahmenbündel, bestehend namentlich aus der Zusammenführung aller gesundheitsbezogenen Studienrichtungen und Forschungsarbeiten unter einem Dach, dem Einbezug der regionalen Grundversorgung als Lernfeld, einer interprofessionellen Organisation von Lehre und Forschung, der Vernetzung von Bildung, Politik und Versorgung sowie der Berücksichtigung von Gesundheitsförderung und Prävention, wobei sich die Formel der damaligen OECD-Konzeption mit zwei Kriterien resümieren lässt, nämlich „interprofessional and interdisciplinary opportunities in health education, and integration with the regional health care system“ (OECD, 1977, S. 190).

Damit die Postulate der OECD an einer Hochschule umgesetzt werden können, müssen mehrere Rahmenbedingungen kumulativ erfüllt sein. Bei den Pionieren war nicht unwesentlich, dass die entscheidenden Impulse von aussen kamen, nämlich aus versorgungspolitischen Defiziten (McMaster, New Mexico), Mangelerscheinungen (Tromsø, Ben-Gurion) oder regulatorischen Rahmenbedingungen (Linköping, Karolinska Institutet, King's College). Insofern ist jeder Fall ein Einzelfall, der nur beschränkt auf andere Rahmenbedingungen übertragen werden kann.

An allen bestehenden Health Universities wird darauf hingewiesen, dass ein zentraler Erfolgsfaktor der langfristig angelegte Rückhalt innerhalb der Fakultät bzw. der Hochschule ist; es bedarf einer identitätsstiftenden Mission. Nur wenn die OECD-Prinzipien einer Health University – d. h. insbesondere das interprofessionelle Lernen und die gesellschaftliche Verantwortung – von allen Fakultätsmitgliedern verstanden und auch vertreten werden, werden sie im Unterricht und in der Forschung auch umgesetzt. Und: Nur so kann es gelingen, dem Druck des Mainstreams der Medical Education und der Akkreditierungsagenturen sowie den Argumenten konservativerer Berufsvertreter oder professionsspezifischer Lobbygruppen mit einem erfolgreichen Tatbeweis entgegenzutreten. Es muss übergeordnet „eine Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit etabliert und gepflegt werden, es müssen Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen interprofessionelles Arbeiten stattfinden kann“ (Schroeder, 2010, S. 20). Wie in Linköping oder am Karolinska Institutet sind im Idealfall Forschungsdepartemente nicht nach Disziplinen oder Berufsgruppen gegliedert, sondern nach übergeordneten Themen und Fragestellungen.

Konflikte bei Generationenwechseln oder bei Neubesetzungen zeigen, wie wichtig regelmässige Strategieseminare und Mitarbeiterschulungen sind, damit auch neue Fakultätsmitglieder verstehen,

weshalb der eingeschlagene Weg weiterverfolgt und weiterentwickelt werden muss. Interprofessionelle Projekte können zudem einfacher am Leben erhalten werden, wenn sie durch eine interprofessionelle Arbeitsgruppe, in der alle Berufsgruppen vertreten sind, begleitet werden. Laut der Robert Bosch Stiftung zeigen sich bei der Umsetzung von interprofessionellem Lernen oftmals „massive logistische Schwierigkeiten“ und es bedarf „einer ausserordentlichen Unterstützung nicht nur der Hochschulleitungen, sondern auch der Rechts- und Entscheidungsträger auf allen Ebenen“, um die Schwierigkeiten zu überwinden (Robert Bosch Stiftung, 2011a, S. 7).

Bei der Schaffung einer Health University sind Faktoren massgebend, die ausserhalb der Hochschule angelegt sind: Rechtliche, organisatorische, institutionelle, materielle und ideelle Rahmenbedingungen sind wichtiger als die in Selbstverwaltung erreichbaren Innovationen in der Ausbildung von Health Professionals. Daher ist die Frage zentral, wie frei die Hochschulen bei der Einführung innovativer Studienmodelle sind und inwiefern und auf welche Art die Bildungsziele vom Regulator vorgegeben werden. So hat sich gezeigt, dass Health Universities eher in Ländern entstehen, in denen die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe seit längerem auf der Hochschulstufe angesiedelt sind und eine weniger klare Trennung zwischen den universitären und den Gesundheitsberufen der Fachhochschulen besteht.

10.2 Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Auch Vorbilder sind vor Schwierigkeiten nicht gefeit. Blickt man auf die Anfänge der Gesundheitsfakultät Linköping, wird deutlich, dass die Entwicklung auch ganz anders hätte verlaufen können.

Nils-Holger Areskog, der als „Vater“ der Gesundheitsfakultät Linköping bezeichnet werden kann, berichtet, dass er nach seiner Teilnahme an der OECD-Konferenz in Paris einen Artikel über die Gründung einer Regional Health University in Schweden publizierte, der kaum Reaktionen auslöste. Glücklicherweise war jedoch der damalige Universitätsdirektor von Linköping, Hans Meijer, sofort von den Ideen angetan, denn er war sich bewusst, dass ohne Innovationen der Medizinstudengang in Linköping gegenüber den anderen schwedischen Universitäten keine Chance haben würde (Areskog, 2009). Savage und Brommels betonen denn auch, dass es nur die Angst vor der Schliessung gewesen ist, die in Linköping den Weg bereitete für eine innovative Health University (Savage & Brommels, 2008). Die folgenden Jahre verbrachten Areskog und Meijer mit „communication, problem solving and lobbying [...], accompanied by criticism, discomfort, even hostility, from faculties and individual professionals defending the status quo and negative towards visions of innovations“. Ein Artikel mit dem Titel „How to swim with sharks“, den er damals las, so Areskog, „was a good guide for planning underdogs like us!“ (Areskog, 2009, S. 443). Erst nach jahrelangen, intensiven Diskussionen sowie dank Support aus McMaster und der Unterstützung durch die AMEE (Association for Medical Education in Europe) gelang es schliesslich, die Politik davon zu überzeugen, dass Schweden mit einer innovativen Gesundheitsfakultät in Linköping nur profitieren könne (Areskog, 2009, S. 444).

Doch auch in Linköping gab es im Laufe der Jahre immer wieder Versuche, zu einem traditionellen Unterrichtsmodell zurückzukehren (vgl. Kapitel 6.3). Ähnliches wird auch aus McMaster berichtet. So schreibt Kai Schnabel, dass „selbst McMaster nicht in der Lage ist, sich dauerhaft dem Druck gegenüber Reformen durch konservative Fakultäten in Ontario zu widersetzen. Ein Indiz dafür war die Einführung des Personal Progress Index zur Rechtfertigung gegenüber dem Staat. McMaster hat damit einen bis dahin einzigartigen Weg verlassen, den Studierenden die alleinige Verantwortung über ihren Lernprozess zu geben und hat damit ein Stück Glaubwürdigkeit in Bezug auf das ‚self-directed-learning‘ verloren“ (Schnabel & Georg, 1999, S. 59). Auch in Tromsø, Be'er

Sheva und bei anderen Pionieren gab es Widerstände von Berufsvertretern, die befürchteten, dass Interprofessionalität und Bedarfsorientierung zu Lasten der berufsspezifischen Fachexpertise gehen würden.

Das Aufrechterhalten der Prinzipien einer Health University muss aber nicht nur gegenüber dem Widerstand konservativer Berufsvertreter durchgesetzt werden, auch organisatorische und finanzielle Gründe können zu deren Scheitern beitragen. So haben wir in Kapitel 6.2 gesehen, dass derzeit in Linköping aus organisatorischen Gründen keine gemeindebasierten interprofessionellen Module mehr stattfinden. Auch ein alternatives Zulassungsprozedere, bei dem statt auf Schulnoten auf die persönliche Motivation geachtet wurde, war schlussendlich zu teuer, um beibehalten zu werden.

Verschiedene externe und interne Faktoren tragen dazu bei, dass an den in diesem Bericht vorgestellten Hochschulen – obwohl in vielen Bereichen äusserst innovativ und erfolgreich – nicht alle Aspekte, die an der OECD-Konferenz in Paris diskutiert wurden, umgesetzt werden konnten. So ist die Mobilität zwischen Studiengängen bis heute insbesondere deswegen kaum möglich, weil Ausbildungen und Curricula – trotz interprofessionellen Modulen – in erster Linie als separate berufsspezifische Silos organisiert sind. Das Modell der OECD postuliert nämlich sogar eine stärkere Integration als jene an der vorbildlichen Gesundheitsfakultät Linköping. Auch die aktive Rolle in der Gesundheitsversorgung in der jeweiligen Region wird insgesamt nur in beschränktem Ausmass wahrgenommen. Nichtsdestotrotz zeigen diese Beispiele auf, in welche Richtung sich auch im deutschsprachigen Raum die Bildungsinstitutionen im Gesundheitswesen entwickeln könnten, um sich den Empfehlungen der OECD – und damit auch des TUFH-Netzwerkes und der Lancet-Kommission – anzunähern.

Insgesamt ist heute die Etablierung einer Health University im Sinne der OECD-Postulate aus den 1970er Jahren institutionell und fachlich kaum realisierbar. Zum einen gibt es wenig Neugründungen von Hochschulen mit einem derart breit angelegten Fächerspektrum (alles gesundheitsrelevante Wissen unter einem Dach mit gemeinsamem Lernen), zum anderen ist angesichts von Wissensexplosion und Verschulung die Integration ins regionale Versorgungssystem kein prioritäres Ziel. Im Weiteren ist davon auszugehen, dass Neuausrichtungen bestehender Institutionen potenziell viele Akteure zu Verlierern machen – insbesondere die Medizin, die wegen der wissenschaftlichen Kompetition, der Konformitätszwänge innerhalb der Profession und der Medical Education sowie des Risikos, bei Umverteilungen ein Nettozahler zu sein, mehrfach unter Druck steht. Als Verlierer würden sich wohl auch viele Vertreter der neu etablierten Hochschul-Studiengänge und der jeweiligen Berufsorganisationen sehen, weil die in mühseliger Kleinarbeit erreichte professionsspezifische Schärfung an Kontur verliert.

Das Schaffen neuer Strukturen sowie das Design und die Umsetzung entsprechender Ausbildungs-, Forschungs- und Versorgungsmodelle sind überdies mit erheblichen Investitionen verbunden. Angesichts des steigenden Kostendrucks im Bildungssektor und auch im Gesundheitswesen ist keineswegs gesichert, dass Politik und Öffentlichkeit diese Investitionen tätigen und die geschaffenen Strukturen auch langfristig finanzieren wollen. Gleichzeitig herrscht nach vielen Reformwellen in beiden Systemen Reformmüdigkeit bei allen Akteuren, die primär der Konservierung von parallelen Studiengängen zudient, die jeweils auf eine klare professionsspezifische Berufsausübung hinwirken.

Um die verschiedenen Widerstände und ungünstigen Rahmenbedingungen innerhalb und ausserhalb der Hochschule zu überwinden, braucht es deshalb Leadership – visionäre Persönlichkeiten, die sich auch von temporären Rückschlägen nicht entmutigen lassen. Wie Nils-Holger Areskog

und Hans Meijer in Linköping müssen Verfechter einer Health University lernen, „how to swim with sharks“.

10.3 Von der Regionalentwicklung zur interprofessionellen Zusammenarbeit

Die Vision der OECD und die vorgeschlagenen strategischen Massnahmen waren offensichtlich ihrer Zeit weit voraus. In einer Gesamtbetrachtung des Bildungs- und Gesundheitswesens lässt sich allerdings auch ein anderer Schluss ziehen. Sie ist in der wirtschaftlichen Hochkonjunktur entstanden, die auch die „golden era for new medical schools“ war (Areskog, 2009, S. 443). Sie ist damit auch ein Opfer des Wachstums und der Entwicklung, die sie ja gerade fördern wollte: Sie ist nämlich von der Wissensexplosion und der Verfügbarkeit immenser Ressourcen im Bildungs- und Gesundheitssektor regelrecht überrollt und übersteuert worden. Trotz positiver Erfahrungen, ermutigender Ergebnisse und angemessener Antworten auf den gesellschaftlichen Bedarf hat es die in der OECD Ende der 1970er Jahre postulierte „Gesundheitsbildungspolitik“ nicht geschafft, sich als Mainstream zu etablieren. Die Gründe ihrer heutigen Randständigkeit stehen den Erfolgsfaktoren des aktuellen Mainstreams diametral gegenüber:

- Die Gesundheitsindustrie und das öffentliche Interesse fokussierten auf die Spitalversorgung, wobei Politik und Gesellschaft bereit waren, diesem zentralen, straff organisierten und omnipotenten Versorgungsort enorme Ressourcen zur Verfügung zu stellen.
- Der beispiellose Wissenszuwachs, die Problemlösungsfähigkeit und die spektakulären klinischen Erfolge der „discovery medicine“ stärkten die Spezialisierung und Exzellenz in der kurativen Medizin und damit das Auseinanderdriften der Erkenntnis- und Versorgungsinteressen.
- Das im OECD-Konzept geforderte Eintauchen der Studierenden in die regionale (Grund-)Versorgung wird hinsichtlich seines Beitrags zur Förderung der Wissenschaft in einem kompetitiven globalen Umfeld als Hindernis oder gar Widerspruch eingestuft.
- Die Sorge um sozioökonomische Entwicklung und demokratische Teilhabe hat an Bedeutung verloren.

Diese Analyse legt die Feststellung nahe, dass sich der Fokus und die Prioritäten der Bildungsstrategien verschoben haben – das integrative Konzept der Health Universities mit ihrer institutionellen Zusammenführung erscheint heute weniger bedeutsam als das interprofessionelle Lernen, das nun als didaktische und ökonomische Notwendigkeit für das Erreichen einer nutzergerechten und qualitativ hochstehenden Versorgung betrachtet wird. In den 1970er Jahren sollte „learning in common“ auf Grund von Versorgungs- oder Kompetenzdefiziten einen massgeblichen Beitrag zur Schaffung regionaler Prosperität leisten (health = wealth). Am Ende eines jahrzehntelangen Mainstreamings, bestehend aus Verregelung und Verriegelung, erzwingen nun die versorgungspolitischen Realitäten, die Qualitätsansprüche und das Schnittstellenmanagement sowie die knapper werdende Workforce ein wirkungsvolles Zusammenarbeiten über die Professionsgrenzen hinweg. Das Erkenntnisinteresse und die Innovationen in der Didaktik fokussieren daher heute stark auf die Zusammenarbeit in der Berufsausübung.

Diese Ausgangslage eröffnet wieder neue Opportunitäten für Health Universities – nicht in der von der OECD angedachten umfassenden Integration, aber in neuen Kombinationen ihrer Postulate und Kernelemente im Rahmen innovativer Bildungsprogramme, die eine ausgeprägte Integration in die lokalen und regionalen Versorgungssysteme hinein schaffen. Insgesamt liefert es ein bemerkenswertes Leitkonzept für eine Bildungsstrategie, welche die zukünftigen Health Professionals

während ihrer Ausbildung in die verschiedenen Settings eintauchen lässt (Immersion), damit sie wirklich bedarfsgerechte und praxisnahe Kompetenzen erwerben.

Anhang

A. Interprofessionelles Lernen: Konzepte und Hintergründe

Heilung und Linderung von Leiden hängen nicht von der Intervention einer einzigen Person ab, sondern sind das Ergebnis eines Prozesses, an dem verschiedenen Gesundheitsberufe beteiligt sind. Gerade angesichts der Zunahme chronischer Krankheiten, eines immer komplexer und teurer werdenden Gesundheitssystems und einer zunehmenden Spezialisierung wird das Zusammenspiel mehrerer Kategorien von Fachpersonen mit unterschiedlichen Kompetenzen immer entscheidender für das Erreichen präventiver, diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer oder palliativer Ziele.

Wenn wir davon ausgehen, dass sich die Arbeitsorganisation im Gesundheitswesen aus versorgungspolitischer Notwendigkeit und aus Effizienzgründen weiterentwickeln wird, dass der Wissenszuwachs und auch die epidemiologischen Veränderungen einzelne Fälle komplexer und vielschichtiger werden lassen und dass die Versorgung immer öfters in Netzwerken stattfindet, wird sich die Bedeutung der Teamarbeit in Zukunft noch verstärken. Die Bildung muss Antworten auf diese Veränderungen geben, indem die Health Professionals vermehrt Kompetenzen erwerben, die sie auf ein optimales und wirksames Zusammenarbeiten mit verschiedenen Fachpersonen vorbereiten, damit in der Versorgung eine wirkungsvoll agierende Handlungsgemeinschaft entstehen kann. Damit dies gelingt, sollte interprofessionelle Zusammenarbeit in der Bildungsstrategie festgeschrieben und in der Ausbildung systematisch gefördert werden. Die angehenden Health Professionals müssen lernen, sich im Rahmen interprofessioneller Teams ihrer jeweils spezifischen Kompetenzen zu vergewissern und die Bedeutung der arbeitsteiligen Ergänzung durch andere berufliche Kompetenzen zu würdigen.

Durch die Förderung der interprofessionellen Kompetenz wird nicht nur die Zusammenarbeit gestärkt, sondern – wie die langjährigen Erfahrungen an verschiedenen Health Universities zeigen – es verändert sich auch die Art und Weise, wie die Zusammenarbeit im Berufsalltag praktiziert wird. Heute ist es insbesondere im deutschsprachigen Raum so, dass die Ärzte auf Grund der rechtlich verankerten Weisungsbefugnis im Zentrum stehen und durch pflegerische, therapeutische, diagnostische oder administrative Fachleute unterstützt werden. In Perspektivberichten wird allerdings davon ausgegangen, dass sich diese Arztzentriertheit in den kommenden Jahren verändern wird. Massgebliche Treiber dafür sind der zunehmende Mangel an ärztlicher Workforce, der Umstand, dass viele nicht-ärztliche Gesundheitsberufe immer öfters auch über eine Hochschulausbildung verfügen, ein verändertes Patienten- bzw. Nutzerverhalten sowie neue Formen und Strukturen der Leistungserbringung (Sottas & Brügger, 2012). Als Folge dieser weit reichenden Umbrüche dürfte sich das Versorgungssystem von der heute dominierenden Delegation hin zu Formen der Übertragung und Substitution von Aufgaben an die anderen Gesundheitsberufe entwickeln (Igl, 2008; Igl, 2010). Eine hierarchische Gliederung der Gesundheitsberufe ist immer weniger haltbar (Frenk et al., 2010).

Strategiepapiere und Aktionspläne zum interprofessionellen Lernen

Bereits der WHO-Bericht „Continuing Education for Physicians“ aus dem Jahr 1973 enthält die Empfehlung, neben den traditionellen, d. h. monoprofessionellen, Ausbildungsprogrammen vermehrt auch interprofessionelle Schulungen durchzuführen. Damit sollte ein besseres Verständnis der unterschiedlichen Rollen, mehr Arbeitszufriedenheit, ein effizienterer Einsatz der vorhandenen

Ressourcen und eine bessere Gesundheitsversorgung für die Patienten erreicht werden (WHO, 1973, S. 19f.). Nach der Deklaration von Alma-Ata und der „Health for All“-Strategie, in denen auch wieder auf die Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen hingewiesen wurde (WHO, 1978; WHO, 1981), publizierte die WHO in den 1980er Jahren den Bericht „Learning together to work together for health“, in dem dafür plädiert wurde, die professionsspezifischen Ausbildungsgänge mit interprofessionellen Modulen zu ergänzen, denn im Interesse einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung müssten die Health Professionals wissen und verstehen, wie andere Gesundheitsberufe denken und handeln (WHO, 1988, S. 14).

Neben der WHO setzte sich im Laufe der letzten Jahren und Jahrzehnten eine Reihe von weiteren Organisationen aus aller Welt für die Förderung des interprofessionellen Lernens ein. Dazu gehören u. a. die Canadian Interprofessional Health Collaborative, das European Interprofessional Education Network, das britische Center for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) oder die internationale Association for Interprofessional Education and Collaborative Practice.

Berichte aus jüngerer Zeit, die sich mit interprofessionellem Lernen und interprofessioneller Praxis beschäftigen, sind beispielsweise das „Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“ der WHO (2010) oder auch das Memorandum zur Kooperation der Gesundheitsberufe der Robert Bosch Stiftung (2011b). Auch der deutsche Sachverständigenrat Gesundheit plädiert für mehr inter- und transprofessionelle Ausbildungen: „Zum besseren Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe und zum frühzeitigen Erwerb von Kompetenzen im Bereich der Kooperation und Zusammenarbeit empfiehlt es sich, die Ausbildung aller Gesundheitsberufe auf das Handeln am gemeinsamen Gegenstand auszurichten“ (SVR-G, 2007, S. 25). Ganz im Sinne des Modells der Health Universities wird von den Medizinischen Fakultäten der Universitäten gefordert, „Ausbildungsverantwortung für alle, auch neue berufliche Zweige, die zur Heilkunde gehören, zu übernehmen. Wenn die Gesundheitsprofessionen künftig besser zusammenarbeiten sollen, muss diese Zusammenarbeit schon während der Ausbildung geübt werden. Eine partielle Überlappung von Ausbildungsinhalten und -abschnitten verspricht ein besseres gegenseitiges“ (SVR-G, 2007, S. 25).

Eine Vielzahl von Begriffen

In der ganzen Diskussion um bessere Kooperation und Teamarbeit im Gesundheitswesen werden unterschiedliche Begriffe verwendet, die nicht immer klar voneinander abgegrenzt werden. So begegnet man in der Literatur beispielsweise den Begriffen Multi- oder Interdisziplinarität bzw. Multi- und Interprofessionalität, „shared learning“, „common learning“ u. a. m. Auch wenn sie zum Teil ähnlich klingen, gibt es doch konzeptionelle Unterschiede.

In Bezug auf die Differenzierung zwischen „-professionalität“ und „-disziplinarität“ setzt sich zunehmend der erste Begriff durch. „-professionalität“ bezieht sich nach der geläufigsten Definition auf verschiedene Professionen oder Berufsgruppen, während „-disziplinarität“ im Gegensatz dazu verschiedene Fachrichtungen innerhalb einer Profession (z. B. der Medizin) oder auch verschiedene akademische Disziplinen meint (Oandasan & Reeves, 2005, S. 23; Gilbert, 2005, S. 89).

Am häufigsten ist heute die Rede von interprofessionellem Lernen („interprofessional education“, kurz: IPE), das wie folgt definiert wird: „Interprofessional education occurs when two or more professions learn with, from and about each other to enable effective collaboration and improve health outcomes“ (WHO, 2010, S. 10). Im Gegensatz dazu bezeichnet multiprofessionelles Lernen eine

Situation, in der Angehörige verschiedener Berufsgruppen gemeinsam, jedoch nicht unbedingt voneinander lernen (Clifton et al., 2006, S. 3). Als Synonym zum multiprofessionellen Lernen wird teilweise auch von „shared learning“ gesprochen (Mackay, 2002, S. 55). Auch Barr schreibt, dass Interprofessionalität auf Interaktion beruhe, während dies bei Multiprofessionalität bzw. „shared learning“ nicht zwingend der Fall sei (Barr, 1994, S. 105). Beim interprofessionellen Lernen bzw. in der interprofessionellen Praxis reicht es nicht, das Wissen der unterschiedlichen Disziplinen und Professionen lediglich zu addieren. Vielmehr sind alle Beteiligten gefordert, sich gemeinsam an das Problem heranzutasten, die eigene und die anderen Sichtweisen zu berücksichtigen und zu verbinden und gemeinsam praktische Lösungen zu erarbeiten. Der Hauptunterschied zwischen interprofessionellem und multiprofessionellem Lernen besteht somit darin, dass bei Letzterem die Lernmethode nicht spezifiziert ist, bei Ersterem das Lernen jedoch interaktiv sein muss, damit die Studierenden sich gegenseitig kennen und voneinander lernen können (Mackay, 2002, S. 54).

Kompetenzen für Kooperation und Interprofessionalität

Das Postulat, dass die Gesundheitsberufe in ihrer Aus- und Weiterbildung auf professionsübergreifendes Handeln vorbereitet werden müssen, erhält breite Zustimmung. Bei der Umsetzung sind jedoch noch viele Fragen offen, so namentlich diejenige nach der Art der Kompetenzen, die Health Professionals benötigen, um in der Berufspraxis interprofessionell tätig sein zu können. Allgemein werden Kompetenzen definiert als „the ability to handle a complex professional situation by combining relevant knowledge, skills and attitudes“. Interprofessionelle Kompetenzen beziehen sich demzufolge auf die Fähigkeit der Studierenden, „to function effectively as a member of an interprofessional health care team“ (Nisbet et al., 2011, S. 26).

Es gibt zwar viele Modelle von IPE, gleichzeitig aber nur wenig Literatur, in der diese Kompetenzen genau beschrieben werden. Mehrere Autoren haben deshalb versucht, die möglichen Ziele von inter- und multiprofessionellen Programmen zu beschreiben und zu kategorisieren. Hugh Barr, Präsident des Centre for the Advancement of Interprofessional Education, hat dazu ein viel beachtetes Konzept vorgelegt. Er vertritt, dass es drei Ebenen von Kompetenzen gibt, die für eine effektive Zusammenarbeit notwendig sind: Die erste Ebene umfasst Kompetenzen, die allen oder mehreren Gesundheitsberufe *gemeinsam* sind, also beispielsweise Kommunikationsfähigkeiten. Die zweite Ebene ist *komplementär*, d. h. die verschiedenen Gesundheitsberufe verfügen über sich ergänzende Kompetenzen. Zur dritten Ebene schliesslich gehört, was er als *kooperative* Kompetenzen bezeichnet. Kooperative Kompetenzen erleichtern den Austausch über die Berufsgrenzen hinweg und bilden die Brücke zwischen den gemeinsamen und den komplementären Kompetenzen (Barr, 1996). Mackay nennt hier als Beispiel das Respektieren der Rollen und Kompetenzen der verschiedenen Berufe oder die Bewusstwerdung der eigenen Grenzen (Mackay, 2002, S. 58). Für Barr selbst gehört dazu beispielsweise das Wissen über die eigene Rolle sowie die der anderen Berufsgruppen, die Fähigkeit zur Teamarbeit oder auch Einstellungen, die es erlauben, zu anderen in Beziehung zu treten und mit Schwierigkeiten und Missverständnissen umzugehen (Barr, 1998).

Basierend auf den Vorarbeiten von Barr und anderen hat die Canadian Interprofessional Health Collaborative, ein Zusammenschluss von Leistungserbringern, Bildungsinstitutionen, Forschenden, Health Professionals und Studierenden, kürzlich ein „National Interprofessional Competency Framework“ erarbeitet, das – wie der Name sagt – interprofessionelle Kompetenzen für alle Gesundheitsberufe definiert und beschreibt (CIHC, 2010). Es handelt sich dabei um einen kompe-

tenzorientierten Lernzielkatalog, der die notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen für die interprofessionelle Praxis in sechs Bereiche gruppiert. Es sind dies:

1. Rollenklarheit
2. patienten- und gemeindezentrierte Versorgung
3. interprofessionelle Kommunikation
4. Teamarbeit
5. kooperative Führungseigenschaften
6. interprofessionelle Konfliktfähigkeit

Jeder dieser Bereiche setzt sich aus verschiedenen Indikatoren zusammen. Bei „Rollenklarheit“ ist das beispielsweise die Fähigkeit, die eigene Rolle sowie auch die der anderen Health Professionals beschreiben zu können, das Erkennen und Wahrnehmen der Vielfalt von Rollen, Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen, die Ausübung der eigenen Rolle in einer respektvollen Art und Weise, die Fähigkeit, die Kenntnisse anderer Health Professionals durch Konsultationen einzubeziehen, und noch einige mehr (CIHC, 2010, S. 12).

Das gesamte Rahmenwerk ist flexibel genug, um an verschiedene Situationen angepasst werden zu können, und es berücksichtigt die Weiterentwicklung der eigenen interprofessionellen Kompetenzen in einem lebenslangen Prozess (CIHC, 2010, S. 23). Es ist ein Praxistool, das der Entwicklung von interprofessionellen Lernaktivitäten dienen und zu einem gemeinsamen und kontextübergreifenden Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit beitragen soll. Doch auch wenn dieses Rahmenwerk als sehr hilfreich und umfassend gelobt wird, fehlt laut Nisbet et al. ein Aspekt, nämlich „the differentiation between core competencies that could be related to ‚learning in common‘ (e.g. evidence-based practice; quality improvement practice; and information), and those that add value by being addressed using interprofessional approaches“ (Nisbet et al., 2011, S. 27). Klarer ist in dieser Hinsicht das dreistufige Kompetenzmodell, das an der Gesundheitsfakultät Linköping entwickelt wurde. Bei diesem Modell bilden zuunterst die gemeinsamen Kernkompetenzen die Basis. Darauf aufbauend folgen die professionsspezifischen Kompetenzen, die in jeder Berufsgruppe individuell vermittelt werden, und den Abschluss bilden die sogenannten interprofessionellen Kompetenzen, die als Brücke das Ganze zusammenhalten (Wilhelmsson et al., 2009, S. 127). Somit ist das Modell von Linköping demjenigen von Barr sehr ähnlich, das gemeinsame, komplementäre und kooperative Kompetenzen unterscheidet.

Die praktische Umsetzung

Wie effektiv inter- und multiprofessionelles Lernen ist, hängt von der konkreten Umsetzung ab. In einer Literaturübersicht zum „who, what, where, when and how“ von IPE-Aktivitäten, die im Auftrag von Health Canada durchgeführt wurde, wird betont, dass sich die Anbieter eines Bildungsangebotes als Erstes Klarheit verschaffen müssen über „the goals of the curriculum and the context of learning including: the phases/stages of education, the setting, the participants, the learning approach, and the topics or subjects to be taught“ (Oandasan & Reeves, 2005, S. 24). Erst danach kann entschieden werden, welche Art der Umsetzung im konkreten Fall angemessen ist.

Eine zentrale Frage ist diejenige nach den Teilnehmenden, denn in einer interprofessionellen Arbeits- oder Studiengruppe müssen die konkrete Zusammensetzung und auch soziologische Aspekte beachtet werden. Dominiert eine Profession oder sind alle Berufsgruppen gleich bzw. gleichberechtigt vertreten? Sind die Studierenden der verschiedenen Studiengänge in ihrer Ausbildung gleich weit fortgeschritten bzw. in ihren Kompetenzen und Fähigkeiten vergleichbar? In welcher

Teamzusammensetzung profitieren die Teilnehmer und Teilnehmerinnen am meisten vom gegenseitigen Austausch?

Eng damit verbunden ist die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt, wobei darüber in der Literatur alles andere als Einigkeit herrscht (Hylin, 2010, S. 56f.; Höppner & Büscher, 2011, S. 15f.; Oandasan & Reeves, 2005, S. 33). Müssen angehende Health Professionals zuerst ihre eigene professionelle Identität ausbilden, um von multi- und interprofessionellen Lernaktivitäten profitieren zu können? Oder sollen diese so früh wie möglich angesetzt werden, um die Herausbildung von Stereotypen von vornherein zu vermeiden? Ist es nicht vielleicht sogar so, dass sich die professionelle Identität erst in der produktiven Auseinandersetzung mit anderen Professionen schärft? In der Literatur lassen sich Argumente für beide Standpunkte finden. Während Mackay der Meinung ist, dass „interprofessional education should be started late in undergraduate education and then continue throughout the professional's career“ (Mackay, 2002, S. 67), plädieren andere auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen für einen möglichst frühen Einsatz von interprofessionellem Lernen (Hylin, 2010, S. 57; Horder, 1996; Leaviss, 2000). Hofseth Almås, die frühere und spätere IPE-Module in Norwegen und Schweden miteinander verglich, fand kaum Unterschiede beim Outcome bei den Studierenden (Hofseth Almås, 2007, S. 238). Es scheint deshalb keine allgemein gültige Regel zur Bestimmung des idealen Zeitpunktes zu geben. Dieser hängt vielmehr ab von den konkreten Zielen des Kurses und von den gewählten Lernmethoden (Oandasan & Reeves, 2005, S. 34).

Verschiedene Formen von IPE

Gemäss Hugh Barr lassen sich die verschiedenen Arten der Umsetzung von IPE anhand von verschiedenen Dimensionen kategorisieren (Barr, 1996; Barr, 2005, S. 31f.):

- Findet das interprofessionelle Lernen implizit (z. B. im täglichen Austausch in der Berufspraxis) oder explizit statt?
- Handelt es sich um eine einzelne Lernaktivität oder ist sie in ein umfassenderes Programm integriert?
- Ist das gesamte Ausbildungsprogramm oder nur ein Teil davon interprofessionell angelegt?
- Sind die Inhalte allgemein oder spezifisch (in Bezug auf die Teilnehmer, das Praxisumfeld etc.)?
- Ist das Resultat positiv oder negativ?
- Wird individuell oder in einer Gruppe gelernt?
- Findet das interprofessionelle Lernen in einem Praxissetting oder in einem schulischen Umfeld statt?
- Ist die Dauer kürzer oder länger?
- Findet das interprofessionelle Lernen früher oder später statt?
- Sind die Inhalte für alle Teilnehmer gleich oder sind es komplementäre und kooperative Kompetenzen, die vermittelt werden?
- Erfolgt der Lernprozess interaktiv oder in einer unidirektionalen Didaktik?

Ausgehend von diesen Dimensionen hat Barr anschliessend eine Theorie des interprofessionellen Lernens entwickelt, bei der Ziele, Inhalte und Lernmethoden von der Ausbildungsphase der Teilnehmer,

d. h. vom Zeitpunkt, abhängen. Je früher das inter- bzw. multiprofessionelle Lernen stattfindet, desto weniger können die Studierenden selber dazu beitragen und desto öfters handelt es sich bei den Inhalten um gemeinsame Kernkompetenzen, die von den Lehrenden in wenig interaktiver Art vermittelt werden (Barr, 2005, S. 32).

Eine Dimension, die bei Barr fehlt, in der Praxis jedoch eine wichtige Rolle spielt, ist die Frage, ob die interprofessionellen Module für die Studierenden freiwillig sind oder ob sie von allen besucht werden müssen. Dazu gehört auch die Frage, ob ein Leistungsnachweis oder eine Bewertung erfolgt und ob dafür Noten und/oder Kreditpunkte vergeben werden. Eine weltweite Befragung der WHO brachte zu Tage, dass IPE-Aktivitäten mehrheitlich nicht obligatorisch sind und dass die Lernziele oft weder definiert noch bewertet werden (Rodgers & Hoffman, 2010, S. 481). Es scheint klar zu sein, dass damit nicht die gleichen Wirkungen erzielt werden können wie bei Pflichtveranstaltungen, deren Bedeutung für die Ausbildung von den Studierenden und vom Lehrpersonal gleichermaßen anerkannt wird.

Insgesamt muss heute festgestellt werden, dass trotz der häufig gehörten Forderung nach mehr Inter- und Multiprofessionalität in der Ausbildung der Health Professionals, Zeit und Ressourcen immer noch primär für die Erlangung von monoprofessioneller Expertise eingesetzt werden. Im Mainstream der Medical Education und in den dominierenden Bildungsstrategien kommt dem inter- und multiprofessionellen Lernen bis heute eine nachgeordnete Position zu.

B. Interprofessionelles Lernen in der Praxis

Der „Common Core“ in Norwegen

In Norwegen haben die Regulierungsbehörden entschieden, in den Curricula aller Gesundheits- und Sozialberufe ein gemeinsames Kernmodul im Umfang von 30 ECTS einzuführen. Dies sollte die Herausbildung eines gemeinsamen Habitus für alle Gesundheits- und Sozialberufe fördern und zu einer besseren Zusammenarbeit und einer effizienteren Gesundheitsversorgung beitragen, denn „a common core in the curriculum may enable students to acquire a shared basis of knowledge and understanding, and a common point of reference as health workers“ (Hofseth Almås, 2007, S. 18). Als Inhalte sind Wissenschaftstheorie, Ethik, Kommunikation und Teamarbeit, wissenschaftliches Arbeiten und Gesundheitspolitik vorgesehen. Da die konkrete Umsetzung den einzelnen Ausbildungsinstitutionen überlassen wurde, lassen sich heute viele verschiedene Arten finden, wie dieses Kernmodul unterrichtet wird (WHO, 2010, S. 31). Während an einigen wenigen Hochschulen professionsübergreifende Kurse angeboten werden, wird das Kernmodul an den meisten Orten nur monoprofessionell unterrichtet. Wenig überraschend zeigt sich in den Untersuchungen, die Hofseth Almås im Rahmen ihrer Dissertation durchführte, dass sich die Einstellungen gegenüber der interprofessionellen Praxis und den verschiedenen Rollen bei Studierenden, die multi- oder interprofessionell unterrichtet wurden, stärker veränderten als bei denjenigen, die in monoprofessionellen Kursen ausgebildet wurden. Je interaktiver der Unterricht ist, desto grösser ist auch die Wirkung (Hofseth Almås, 2007, S. 129).

Das IPE-Modell der University of British Columbia

Als ein besonders lobenswertes Beispiel eines IPE-Modells ist dasjenige der University of British Columbia (UBC) zu erwähnen, das in ähnlicher Form auch an der Gesundheitsfakultät der McMaster University angewandt wird. Am College of Health Disciplines der UBC können Audiologie, Logopädie, Psychologie, Dentalhygiene, Zahnmedizin, Ernährungsberatung, Kinetik, medizinisches Labor, Medizin, Hebammenkunde, Pflege, Ergotherapie, Pharmazie, Physiotherapie und Sozialarbeit studiert werden. Interprofessionelles Lernen wurde hier schon sehr früh, d. h. bereits in den 1960er Jahren, diskutiert. Heute werden interprofessionelle Module nicht nur für die Studierenden vor Ort, sondern zum Teil auch in Zusammenarbeit mit anderen Ausbildungsstätten für Gesund-

heitsberufe und mit Praxispartnern angeboten. Um die interprofessionellen Lernaktivitäten theoretisch zu unterlegen, wurde vor kurzem ein Modell entwickelt, in das sich die einzelnen Angebote einordnen lassen und das die Studierenden (und die Praktiker) auf ihrem Weg begleitet.

Das Modell basiert auf der Erkenntnis, dass die angehenden Health Professionals je nach Phase der Ausbildung eine andere Form von interprofessionellem Lernen benötigen. Es besteht deshalb aus drei Teilen, „exposure“, „immersion“ und „mastery“, die alle Studierenden zu durchlaufen haben. Sie können dabei aus einem vielseitigen Angebot an verschiedenen theoretischen und praktischen Kursen auswählen. Bei „exposure“ geht es erst einmal darum, überhaupt in Kontakt zu anderen Berufsgruppen zu treten. Damit soll das Bewusstsein dafür geweckt werden, dass unterschiedliche Perspektiven existieren. Bei „immersion“ wird nicht mehr nur parallel, sondern in Kooperation mit anderen Berufsgruppen gelernt. Sie sollen dabei ihre eigenen, professionsspezifischen Erfahrungen einbringen und durch den Austausch zu einer „interprofessional world view“ gelangen, welche die verschiedenen Perspektiven umfasst. Die dritte Phase schlussendlich, „mastery“, ist erreicht, wenn Interprofessionalität in die tägliche Berufspraxis integriert wird. Damit hört das UBC-Modell nicht mit dem Diplom auf, sondern bezieht auch die praktizierenden Health Professionals im Sinne des lebenslangen Lernens mit ein.

Der NHS und die University of the West of England in Bristol

In Grossbritannien ist das interprofessionelle Lernen schon seit längerem eine Priorität des NHS (National Health Service) und wird von diesem gezielt gefördert.³⁷ Auslöser waren unter anderem mehrere tragische Fälle, die auf fehlende oder mangelhafte Kommunikation zwischen verschiedenen Fachpersonen und Berufsgruppen zurückzuführen waren (Fletcher, 2010, S. 9; Barr et al., 2011, S. 9). Das Department of Health publizierte 1996 den Bericht „In the Patients' Interest: Multi-professional Working Across Organisational Boundaries“ (DoH, 1996), der den Zusammenhang zwischen interprofessionellem Lernen und Versorgungsqualität aufarbeitete und Massnahmen im Bereich der Bildung forderte. Der NHS Plan 2000 umfasste beispielsweise die Forderung, dass in Zukunft nicht-ärztliche Fachpersonen vermehrt Aufgaben übernehmen sollen, die bislang Mediznern vorbehalten waren (DoH, 2000, S. 15), dass Rollen verändert und neue Berufe geschaffen werden sollen (DoH, 2000, S. 12) und dass vor allem auch gemeinsame Ausbildungsteile für die verschiedenen Berufsgruppen vorzusehen sind. Dazu wurde der Strategieplan „Working together – learning together“ entwickelt (DoH, 2001).

Als Antwort auf die Forderungen des NHS hat die University of the West of England (UWE) in Bristol im Jahr 2000 als eine der ersten britischen Hochschulen ein interprofessionelles Curriculum entwickelt, das zehn verschiedene Studiengänge und etwa 700 Studierende pro Jahr umfasste (Fletcher, 2010). Alle Studierenden waren verpflichtet, pro Jahr ein interprofessionelles Modul zu absolvieren. Ausgehend von Evaluationen wurde das IPE-Modell der UWE 2010 überarbeitet und ausgebaut. Dabei wurden zum einen die einzelnen Module leicht abgeändert, zum anderen wurde auch die Informationstechnologie noch viel stärker als bisher einbezogen. So findet heute ein Teil des interprofessionellen Lernens der UWE in der virtuellen Welt „Second Life“ statt (Fletcher, 2010, S. 14f.).

An der UWE können verschiedene Gesundheitsberufe studiert werden, die Medizin gehört jedoch nicht dazu. Damit die Studierenden der UWE sich aber auch mit Medizinstudierenden austauschen

³⁷ Wobei noch nicht ganz klar ist, inwiefern die entsprechenden Programme auch unter der konservativen Regierung unter Premierminister Cameron fortgeführt werden.

können, wird teilweise mit der Medizinfakultät der Universität Bristol zusammengearbeitet. Da die Studiengänge der beiden Institutionen jedoch sehr unterschiedlich organisiert sind, sind gemeinsame Aktivitäten nicht einfach umzusetzen. Ein Problem besteht beispielsweise darin, dass UWE-Studierende im zweiten Jahr bereits Praxiserfahrung besitzen, die Medizinstudierenden jedoch nicht. Das führt dazu, dass „some of the medical students subsequently feel threatened and devalued defeating the whole object of the enterprise“ (Fletcher, 2010, S. 26f.).

Das Leicester Model of Interprofessional Education

Das Leicester Model of Interprofessional Education sieht vor, dass Studierende in gemeindenahen Settings interprofessionell zusammenarbeiten. Entwickelt wurde dieses Modell 1995 im Prince Philip House, einem Gesundheits- und Sozialzentrum eines sozial benachteiligten Quartiers der Stadt Leicester (GB). Die Versorgung der Bevölkerung wurde hier radikal umgebaut, „to enable effective locally-led services which were truly interprofessional with health services working alongside social care, the police, education and the voluntary sector“ (Anderson & Lennox, 2009, S. 558). Studierende von insgesamt acht verschiedenen Berufen aus dem Gesundheits- und dem Sozialbereich (Audiologie, klinische Psychologie, Pflege, Hebammenkunde, Medizin, Pharmazie, Logopädie, Sozialarbeit) besuchen hier gemeinsam den Kurs „Health in the Community“, um sie auf die Arbeit in interprofessionellen und gemeindenahen Settings vorzubereiten. Das Modell besteht aus verschiedenen Phasen, die aufeinander aufbauen und die nicht nur die interprofessionelle Kompetenz der Studierenden verbessern, sondern auch zu einer besseren Versorgung der Bevölkerung beitragen. Die Studierenden bilden interprofessionelle Teams, die jeweils für einen individuellen Patienten zuständig sind, dessen Situation, Umfeld und Versorgung sie analysieren und für den sie Verbesserungsvorschläge erarbeiten und mit den beteiligten Fachpersonen diskutieren (Anderson & Lennox, 2009, S. 559).

Das Centre for Interprofessional Practice der University of East Anglia

An der University of East Anglia in Norwich kann neben diversen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen auch Medizin studiert werden. Das zur Universität gehörende Centre for Interprofessional Practice entwickelte ein neunwöchiges Modul für alle Studierenden der Ergotherapie, Hebammenkunde, Physiotherapie, Medizin, Pharmazie und Pflege. Das Ziel war, „to foster the skills, knowledge, attitudes and behaviour that facilitate effective interprofessional working“ (Lindqvist et al., 2005, S. 175). Das Modul besteht hauptsächlich darin, dass die Studierenden in gemischten Gruppen, ausgehend von verschiedenen Szenarien, Aspekte der interprofessionellen Praxis diskutieren. Anders als bei Vorlesungen vor Teilnehmern aus verschiedenen Studiengängen – die z. T. als multiprofessionelles Lernen bezeichnet werden, in erster Linie aber aus Spargründen stattfinden („learning in common“ als Skaleneffekt) – lernen die Studierenden hier nicht nur gemeinsam, sondern sie werden durch die Interaktion insbesondere auch mit den Rollen und Expertisen der anderen Gesundheitsberufe konfrontiert („common learning“).

11 Bibliografie

- Aarnio, M., Nieminen, J., Piörälä, E., Lindblom-Ylänne, S. (2010). Motivating medical students to learn team-work skills. *Medical Teacher*, 32, S. 199-204.
- Ahluwalia, S., Clarke, R., Brennan, M. (2005). Transforming learning: the challenge of interprofessional education. *Hospital Medicine*, 66(4), S. 236-238.
- Ahlzén, R., Stolt, C. (2003). The Humanistic Medicine Program at the Karolinska Institute. Stockholm, Sweden. *Academic Medicine*, 78, S. 1039-1042.
- Allert, G. (2002). *Ziele der Medizin. Zur ethischen Diskussion neuer Perspektiven medizinischer Ausbildung und Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer.
- Anderson, E., Lennox, A. (2009). The Leicester Model of Interprofessional Education: Developing, delivering and learning from student voices for 10 years. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), S. 557-573.
- Areskog, N. (2009). Undergraduate interprofessional education at the Linköping Faculty of Health Sciences – How it all started. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), S. 442-447.
- Areskog, N. (1994). Multiprofessional education at the undergraduate level – the Linköping model. *Journal of Interprofessional Care*, 8(3), S. 279-282.
- Bainbridge, L., Nashmith, L., Orchard, C., Wood, V. (2010). Competencies for Interprofessional Collaboration. *Journal of Physical Therapy Education*, 24(1), S. 6-11.
- Bals, T. (2011). Gewinnung neuer Kompetenzprofile für die Berufe des Gesundheitswesens. In: Robert Bosch Stiftung. *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen*. Stuttgart: Schattauer, S. 68-75.
- Barr, H. (2005). *Interprofessional Education: today, yesterday and tomorrow: a review*. Revised edition. Working Paper. London: Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network.
- Barr, H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), S. 181-187.
- Barr, H. (1996). Ends and Means in Interprofessional Education: Towards a Typography. *Education for Health*, 9(3), S. 341-352.
- Barr, H. (1994). *Perspectives on Shared Learning; Part 1 of a review of shared learning*. London: CAIPE.
- Barr, H., Helme, M., D'Avray, L. (2011). *Developing Interprofessional Education in Health and Social Care Courses in the United Kingdom. A Progress Report. Occasional Paper 12*. London: Higher Education Academy, Health Sciences & Practice Subject Centre.
- Behrens, J. (2003). Einleitung. In: G. Lange, C. Schaepe. *Gesundheits- und Pflegewissenschaften in Halle. 15 Jahre Pflegewissenschaft und 3 Jahre Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Halle/Saale: Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg, S. 5-10.
- Bergman-Larsson, K., Foldevi, M., Gregersen, N., Hartvig, B. (1985). Integrated Education of Health Care Professionals Applied to Social Medicine in Primary Health Care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 3, S. 171-174.
- Bridges, D., Davidson, R., Odegard, P. S., Maki, I., Tomkowiak, J. (2011). Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online*, 16.
- Burger, W. (1999). Reformstudiengang Medizin an der Humboldt-Universität zu Berlin. In: E. Göbel, K. Schnabel. *Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Schottland, der Schweiz, Schweden und den USA*. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 17-33.
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., Zentner, A. (2010). Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf, Zugriff 9. Februar 2012.
- Careum (2007). *Grenzen aufheben – Thesen zur Zukunft der Ausbildung für Gesundheitsberufe*. Aus Anlass des 125-jährigen Jubiläums der Stiftung Careum. Zürich: Careum.
- Casalino, L. (2010). A Martian's Prescription For Primary Care: Overhaul the Physician's Workday. *Health Affairs*, 29(5), S. 785-790.
- Charles, G., Bainbridge, L., Gilbert, J. (2010). The University of British Columbia model of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), S. 9-18.
- Christmas, S., Millward, L. (2011). *The concept of medical professionalism. A scoping report for the Health Foundation*, London: The Health Foundation.
- CIHC (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210r.pdf, Zugriff 1. Februar 2012.

- Clifton, M., Dale, C., Bradshaw, C. (2006). The impact and effectiveness of inter-professional education in primary care: an RCN literature review. London: Royal College of Nursing.
- Cooke, M., Irby, D., O'Brien, B. (2010). Educating Physicians: A Call for Reform of Medical Schools and Residency. San Francisco: Jossey-Bass.
- D'Avray, L., Gill, E., Coster, S. (2007). Case Study 2: Interprofessional Learning in Practice in South East London. In: H. Barr. Piloting Interprofessional Education – Four English Case Studies. London: Higher Education Academy Health Sciences & Practice, S. 29-40.
- Destatis (2012). Nichtmonetäre hochschulstatistische Kennzahlen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- DoH (2001). Working Together – Learning Together. A Framework for Lifelong Learning for the NHS. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009558, Zugriff 25. Januar 2012.
- DoH (2000). The NHS Plan. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002960, Zugriff 25. Januar 2012.
- DoH (1996). In the patients' interest: Multi-professional working across organisational boundaries. London: Department of Health.
- EFPC (2011). Position Paper on Interdisciplinary Collaboration within Primary Care Teams. Latest Draft. http://www.nivel.nl/pdf/PCIdC_Draft_110414.doc, Zugriff 5. September 2011.
- Esch, T. (2011). Kommunale Gesundheitsversorgung. In: Robert Bosch Stiftung. Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer, S. 89-91.
- Fägerlind, I., Strömqvist, G. (2004). Reforming higher education in the Nordic countries – studies of change in Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden. Paris: UNESCO/International Institute for Educational Planning.
- Faresjö, T., Wilhelmsson, M., Pelling, S., Dahlgren, L., Hammar, M. (2008). Does interprofessional education jeopardize medical skills? *Journal of Interprofessional Care*, 21(5), S. 573-576.
- Feusi, E. (2011). Shifting into Interprofessionality. *Jubiläumsmagazin. 5 Jahre Departement G. Mit Hand und Fuss*. Winterthur: ZHAW Gesundheit, S. 34.
- Fletcher, I. (2010). Supporting Inter Professional Learning in Practice: Final Project Report. http://eprints.uwe.ac.uk/13997/2/End_of_project_report_IF_printing.pdf, Zugriff 18. Januar 2012.
- Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Foldevi, M., Sommansson, G., Trelle, E. (1994). Problem-based medical education in general practice: experience from Linköping, Sweden. *British Journal of General Practice*, 44, S. 473-476.
- Fønnebo Knutsen, S., Johnsen, R., Forsdahl, A. (1986). Practical Training of Medical Students in Community Medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 4, S. 109-114.
- Forum Pflegewissenschaft (2009). Für eine Verankerung der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung an Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Deutschland. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. (2010). Health Professionals für das neue Jahrhundert – die Bildung verändern, um die Gesundheitssysteme in einer interdependenten Welt zu stärken. Zürich: Careum. <http://www.careum.ch/lancet-report>, Zugriff 29. März 2012.
- Friedrichs, A. (2010). Interprofessionalität – Aktuelle Rahmenbedingungen und Anforderungen an das Studium. Symposium „Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen“, Stuttgart, 10. bis 12. Juni 2010.
- Friedrichs, A., Schaub, H.-A. (2011). Interprofessionalität. Aktuelle Rahmenbedingungen und Anforderungen an das Studium. In: Robert Bosch Stiftung. Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer, S. 98-101.
- Geissler, R. (2001). Bildungsexpansion und Bildungschancen. Information zur politischen Bildung (Heft 269). http://www.bpb.de/publikationen/UQTRKX,0,Bildungsexpansion_und_Bildungschancen.html, Zugriff 24. Januar 2012.
- Gilbert, J. (2005). Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19, S. 87-106.

- Göpel, E. (2011). Begrüssung durch Prof. Dr. Eberhard Göpel. Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden? Zur Tagung vom 26./27. Mai 2011. Magdeburg: Hochschulen für Gesundheit e.V., S. 2-3.
- Göpel, E. (2010). Das WHO-Konzept "Hochschulen für Gesundheit" als Leitperspektive. 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., S. 27-29.
- Göpel, E. (2009). Reformdynamik im Gesundheitswesen und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder – Konsequenzen für die akademische Ausbildung der Gesundheitsberufe. Dokumentation der Tagung "Zukunft der Gesundheits- und Pflegestudiengänge – Herausforderungen zwischen Bologna-Zielen und Beschäftigungsentwicklung" vom 19.06.2009 in Berlin. Magdeburg: Hochschulen für Gesundheit e.V., S. 39-53.
- Göpel, E. (2008). Gesundheitsförderung als bürgerschaftliche und berufliche Kompetenz. Philosophisch-politische Grundlegungen und Konsequenzen für die öffentliche Bildung und berufliche Praxis. In: I. Spicker, G. Sprengseis. Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas, S. 17-47.
- Göpel, E. (2005). Sozialer Wandel und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder – Konsequenzen für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen. Aktualisierung eines Memorandums zur Ausbildung in den Gesundheitsberufen für die HRK-Konferenz am 14./15.10.2005 in Bochum. Bochum.
- Grüninger, U. (2002). Reform der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den universitären Medizinalberufen. In: W. Stauffacher, J. Bircher. Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt "Neu-Orientierung der Medizin" geht weiter. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag, S. 296-307.
- Hallin, L., Henriksson, P., Dalén, N., Kiessling, A. (2011). Effects of interprofessional education on patient perceived quality of care. *Medical Teacher*, 33, S. e22-e26.
- Hammar, M., Bergdahl, B., Öhman, L. (2006). Celebrating the Past by Expanding the Future. The Faculty of Health Sciences, Linköping University, 1986-2006. Linköping: Linköping University Electronic Press.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., Barr, H. (2007). A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education. *Medical Teacher*, 29(8), S. 735-751.
- Harden, R. M. (1998). AMEE guide No. 12: Multiprofessional education: Part 1 – effective multiprofessional education: a three dimensional perspective. *Medical Teacher*, 20 (5), S. 402-408.
- Herbert, C. (May 2005). Changing the culture: Interprofessional education for collaborative patient-centred practice in Canada. *Journal of Interprofessional Care*, 19, S. 1-4.
- Herrmann, M. (2011). Relevanz der Salutogenese in der medizinischen Ausbildung – ein möglicher Beitrag für die ärztliche Professionsentwicklung. Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden? Zur Tagung vom 26./27. Mai 2011. Magdeburg: Hochschulen für Gesundheit e.V., S. 28-34.
- Hinrichs, P. (2008). Tromsø begeistert Gaststudenten auch im Dunkeln. Spiegel online, 18. Februar.
- Hofseth Almås, S. (2007). Interprofessional education. An analysis of the introduction of a common core in curricula for selected health professions. Dissertation. Bergen: University of Bergen, Norwegen.
- Högskoleverket (2008). Centres of Excellent Quality in Higher Education 2007. Swedish National Agency for Higher Education. <http://www.hsv.se/download/18.5d5c1c90118ad6e94b98000751/0806R.pdf>, Zugriff 18. Januar 2012.
- Höppner, H., Büscher, A. (2011). Wie lehrt und lernt man Kooperation? In: Robert Bosch Stiftung. Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, S. 15-18.
- Horder, J. (1996). The Centre for the Advancement of Interprofessional Education. *Education for Health*, 9(3), S. 397-400.
- Hylin, U. (2010). Interprofessional Education. Aspects on learning together on an interprofessional training ward. Thesis for doctoral degree. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Igl, G. (2010). Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. München: Urban & Vogel.
- Igl, G. (2008). Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit. München: Urban & Vogel.
- Jakobsen, F. (2011). Learning with, from and about each other: Outcomes from an interprofessional training unit. Dissertation. Aarhus: Aarhus University, Faculty of Health Sciences.

- Junod Perron, N., Perone, N., Bischoff, A., Kruseman, M. (2008). Formation interprofessionnelle: une exigence pour une approche intégrée des soins? *Rev Med Suisse*, 4, S. 2030-2033.
- Kapborg, I. (1998). Nursing education in Sweden: development from vocational training to higher level education. *Journal of Advanced Nursing*, 27, S. 372-378.
- Karolinska Institutet (2009). *Strategy 2012*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Kiess, H., Schüller, A. (1999). Hälsouniversitetet Linköping. In: E. Göbel, K. Schnabel. *Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Schottland, der Schweiz, Schweden und den USA*. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 121-148.
- Kiessling, C. (1999). Universität Tromsø. In E. Göbel, K. Schnabel, *Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Schottland, der Schweiz, Schweden und den USA*. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 83-96.
- King's College (2006). *Strategic Plan 2006-2016*. <http://www.kcl.ac.uk/aboutkings/strategy/2006-16StrategicPlan.pdf>, Zugriff 5. März 2012.
- Kool, J. (2011). Forschung in der Physiotherapie. In: O. Huber, D. Monnin, R. Paillex, C. Boldi-Goetschy, W. Oggier. *Physiotherapie im Wandel*. Bern: SGGP, S. 29-31.
- Krebsler, J. (2010). Akademisierung der Gesundheitsberufe: Chance und Herausforderung für die Gesundheitsforschung. 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., S. 23-26.
- Leaviss, J. (2000). Exploring the perceived effect of an undergraduate multiprofessional educational intervention. *Medical Education*, 34(6), S. 483-486.
- Lindgren, S., Brännström, T., Hanse, E., Ledin, T., Nilsson, G., Sandler, S., et al. (2011). Medical education in Sweden. *Medical Teacher*, 33, S. 798-803.
- Lindqvist, S., Duncan, A., Rout, J., Watts, F., Pearce, S. (2005). Interprofessional education for undergraduate health care students throughout their training. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), S. 175f.
- LiU (2007). *The undergraduate medical programme. Faculty of Health Sciences. Linköping University. Application for Excellent Quality in Higher Education 2007*. <http://www.hsv.se/download/18.7924e74611777d7c66080004813/liu-lakar.pdf>, Zugriff 18. Januar 2012.
- Mackay, S. J. (2002). *Interprofessional education: An action learning approach to the development and evaluation of a pilot project at undergraduate level*. Salford: Revans Institute for Action Learning and Research, University of Salford.
- Marckmann, G. (2011). Szenarien einer zukünftigen Gesundheitsversorgung aus ethischer Sicht. In: Robert Bosch Stiftung. *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen*. Stuttgart: Schattauer, S. 31-36.
- Margolis, C. (2000). Community-based medical education. *Medical Teacher*, 22(5), S. 482-484.
- Mecklenbrauck, U. (o. J.). *Hintergründe. Fakten zum Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen & Fakten zum Strategiezentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen*. <http://www.bochum.de/C125708500379A31/vwContentByKey/W27W5BVD272BOLDDE>, Zugriff 22. Februar 2012.
- Meier, L. (2010). Schlagwort "Grundversorger-Mangel". *SAEZ*, 39, S. 1544-1545.
- Meyer, P.C., Sottas, B. (2010). Berufe im Gesundheitswesen – Mit neuen Qualifikationen fit für die Zukunft. In: Kocher, G., Oggier, W. (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012*. Bern: Huber, S. 41-48.
- Meyer-Falcke, A. (2010). Vorstellung Gesundheitscampus NRW. 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., S. 50.
- MGEPA (2011). *Berufe mit Zukunft. Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Nordrhein-Westfalen*. http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/presse/pressemitteilungen/pm20111205/Brosch__re_Berufe_mit_Zukunft.pdf, Zugriff 27. Februar 2012.
- Mogensen, E., Elinder, G., Widström, A., Winbladh, B. (2002). Centres for Clinical Education (CCE): Developing the Health Care Education of Tomorrow – A Preliminary Report. *Education for Health*, 15(1), S. 10-18.
- Mönnich, J. (1999). Maastrichter Modell. Facultät der Geneeskunde. In: E. Göbel, K. Schnabel. *Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Schottland, der Schweiz, Schweden und den USA*. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 63-80.

- Müller, B. (2011). Entwicklung und Bewertung der Ansätze zur Reform der Medizinerbildung 1989 bis 2009. In: Robert Bosch Stiftung. Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer, S. 15-21.
- Müller, B. (2010). Die Zukunft hat längst begonnen?! Entwicklungen in der Ausbildung von Mediziner/innen seit Ende der 1980er Jahre. Wuppertal: mediCONcept.
- Neville, A., Norman, G. (2010). Michael G. DeGroot School of Medicine Faculty of Health Sciences, McMaster University. *Academic Medicine*, 85(9), S. 624-627.
- Nisbet, G., Lee, A., Kumar, K., Thistlethwaite, J., Dunston, R. (2011). Interprofessional Health Education. A Literature Review. Overview of international and Australian developments in interprofessional health education (IPE). Sydney: Centre for Research in Learning and Change, University of Technology.
- Oandasan, I., Reeves, S. (May 2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19, S. 21-38.
- OECD (1977). Health, Higher Education and the Community. Towards a Regional Health University. Report of an International Conference at OECD Paris, 15th–18th December 1975. Paris: OECD.
- Oertle Bürki, C. (2008). Fachhochschulen Gesundheit in der Schweiz. Konzeption und Aufbau im Umfeld der allgemeinen Fachhochschulentwicklung. Bern: Peter Lang.
- Öhlen, J., Furaker, C., Jakobsson, E., Bergh, I., Hermansson, E. (2011). Impact of the Bologna process in Bachelor nursing programmes: The Swedish case. *Nursing Education Today*, 31, S. 122-128.
- Ohlenbusch-Harke, T., Exler, L., Hoffmann, H., Löwe, M., Murano, S., Schübel, J., et al. (2011). Veränderbarkeit von Rollenbildern durch interprofessionelles Training. Eine Pilotstudie. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). München, 05.–08.10.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.
- Pirrie, A., Wilson, V., Harden, R., Elsegood, J. (1998). AMEE Guide No. 12: Multiprofessional education: Part 2 – promoting cohesive practice in health care. *Medical Teacher*, 20(5), S. 409-416.
- Pohl, J., Hanson, C., Newland, J., Cronenwett, L. (2010). Unleashing Nurse Practitioners' Potential to Deliver Primary Care and Lead Teams. *Health Affairs*, 29(5), S. 900-905.
- PricewaterhouseCoopers (2005). HealthCast 2010: Gesundheit zukunftsfähig gestalten. PWC Health Research Institute.
- Raholm, M., Larsen Hedegaard, B., Löfmark, A., Slettebø, A. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), S. 2126-2137.
- RCGP (2007). The Future Direction of General Practice – A Roadmap. http://www.rcgp.org.uk/PDF/Roadmap_embargoed%2011am%2013%20Sept.pdf, Zugriff 18. November 2010.
- Reeves, S., Freeth, D. (2002). The London training ward: an innovative interprofessional learning initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), S. 41-52.
- Reiber, K. (2011). Eine Wissenschaft für sich – Pflegestudium 2.0: Die Akademisierung der Pflegeausbildung. *PADUA*, 6, S. 54-57.
- Richards, R. (2001). Best Practices in Community-Oriented Health Professions Education: International Exemplars. *Education for Health*, 14(3), S. 357-365.
- Richter, D. (2008). The University of New Mexico School of Medicine Experiment: Transforming Learning to Transform through Learning. <http://www.menninconsulting.com/resources/unm-som.pdf>, Zugriff 29. März 2012.
- Richter, D., Pompizi, I., Schindler, B. (2010). Forschung an der Fachhochschule: berufsbezogen, praxisnah, interdisziplinär. *Frequenz*, Dezember, S. 4-6.
- Robert Bosch Stiftung (2011a). Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer.
- Robert Bosch Stiftung (2011b). Memorandum. Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Robert Bosch Stiftung (2010). Exposé zum Symposium der Robert Bosch Stiftung "Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen". Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Robert Bosch Stiftung (1992). Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28. Gerlingen: Bleicher.
- Rodgers, S., Hoffman, S. (2010). Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), S. 479-491.

- Rosenbrock, R. (1998). Die Umsetzung der Ottawa-Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- SAMW (2011). Die Strategie der beiden ETHs im Bereich der Medizin. Bulletin SAMW, 4/2011.
- Savage, C., Brommels, M. (2008). Innovation in medical education: how Linköping created a Blue Ocean for medical education in Sweden. Medical Teacher, 30, S. 501-507.
- Schämann, A. (2011). Professionalisierung und Akademisierung. In: O. Huber, D. Monnin, R. Paillex, C. Boldi-Goetschy, W. Oggier. Physiotherapie im Wandel. Bern: SGGP, S. 15-24.
- Scheermesser, M. (2011). Situation in anderen Ländern. In: O. Huber, D. Monnin, R. Paillex, C. Boldi-Goetschy, W. Oggier. Physiotherapie im Wandel. Bern: SGGP, S. 219-225.
- Scheffner, D. (1999). Die Reform des Medizinstudiums in Deutschland – Bestreben und Bedenken. In: E. Göbel, K. Schnabel. Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Schottland, der Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 9-13.
- Schlette, S., Blum, K., Busse, R. (2009). Gesundheitspolitik in Industrieländern II. Im Blickpunkt: Primärversorgung. Angemessenheit und Transparenz, nationale Politikstrategien. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Schnabel, K., Georg, W. (1999). McMaster-University. In: E. Göbel, K. Schnabel. Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Schottland, der Schweiz, Schweden und den USA. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 42-60.
- Schroeder, G. (2010). Interprofessionalität in der Umsetzung. Pflegewissenschaft, 1, S. 18-23.
- Segall, A., Prywes, M., Benor, D., Susskind, O. (1978a). University Center for Health Sciences, Ben Gurion University of the Negev, Beersheva, Israel: an interim perspective. In: F. Katz, T. Fülöp. Personnel for Health Care: Case Studies of Educational Programmes. Geneva: World Health Organization, S. 111-132.
- Segall, A., Prywes, M., Benor, D., Susskind, O. (1978b). Merging Medical Care and Medical Education: The "Beersheva Experiment". Annals New York Academy of Sciences, S. 221-226.
- Semrau, M. (2009). Grusswort. Dokumentation der Tagung "Zukunft der Gesundheits- und Pflegestudiengänge – Herausforderungen zwischen Bologna-Zielen und Beschäftigungsentwicklung" vom 19.06.2009 in Berlin. Magdeburg: Hochschulen für Gesundheit e.V., S. 1-4.
- Sibbald, B., Laurant, M., Scott, A. (2006). Changing task profiles. In: R. Saltman, A. Rico, W. Boerma. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policy. Berkshire: Open University Press, S. 149-164.
- Silén, C. (2006). Celebrating the Past by Expanding the Future. In: M. Hammar, B. Bergdahl, L. Öhman, Celebrating the Past by Expanding the Future. The Faculty of Health Sciences, Linköping University, 1986-2006. Linköping: Faculty of Health Sciences, Linköping University, S. 14-18.
- Sottas, B. (2012). Ausbildung von Gesundheitsfachleuten: Perspektiven 2025. SAMW Bulletin, 2/2012.
- Sottas, B. (2011). Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption. GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung, 28 (1).
- Sottas, B., Brügger, S. (2012). Ansprechstrukturen: Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung. Zürich: Careum.
- Spaulding, W., Neufeld, V. (1976). Regionalization of Medical Education at McMaster University. British Medical Journal, 3, S. 95-98.
- SVR-G (2009). Generationenspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten.
- SVR-G (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung. Gutachten. Kurzfassung: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf>, Zugriff 1. Februar 2012.
- SWTR (2011). Empfehlungen des SWTR zur Förderung von Bildung, Forschung und Entwicklung. Bern: Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat.
- SWTR (2010). Forschung an Fachhochschulen in der Schweiz. Einblicke in den Entwicklungsstand. Empfehlungen des Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierats SWTR. Bern: Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat.
- Tages-Anzeiger (2008). Die Akademisierung macht Spitälern Sorge. Tages-Anzeiger, 29. Dezember.

- Teichler, U. (2009). Die Reformdynamik des Hochschulsystems im Kontext des Bologna-Prozesses und der Beschäftigungsentwicklung. Dokumentation der Tagung "Zukunft der Gesundheits- und Pflegestudiengänge – Herausforderungen zwischen Bologna-Zielen und Beschäftigungsentwicklung. Magdeburg: Hochschulen für Gesundheit e.V., S. 11-38.
- Times Higher Education (2011). Top 50 Clinical, Pre-Clinical and Health Universities. <http://www.timeshighereducation.co.uk/world-university-rankings/2011-2012/clinical-pre-clinical-health.html>, Zugriff 25. Januar 2012.
- Unschuld, P. U. (2009). Ware Gesundheit: Das Ende der Klassischen Medizin. München: C. H. Beck Verlag.
- Wahlström, O., Sandén, I., Hammar, M. (1997). Multiprofessional education in the medical curriculum. *Medical Education*, 31, S. 425-429.
- Walkenhorst, U., Schäfer, T. (2012). Gemeinsam handeln. Ärzte und Gesundheitsfachberufler in der Ausbildung. *Dr. med. Mabuse*, 197, S. 35-37.
- Walsh, W. (1978). The McMaster Programme of Medical Education, Hamilton, Ontario, Canada: Developing Problem-Solving Abilities. In: F. Katz, T. Fülöp. *Personnel for Health Care: Case Studies of Educational Programmes*. Geneva: World Health Organization, S. 69-77.
- Weber, K., Tremel, P. (2010). Die eigenen Wege der Fachhochschulen. *NZZ*, 12. Januar.
- Wehkamp, K.-H. (2011). Wie können aus Gesundheitsberufen Gesundheitsberufe werden? Zur Tagung vom 26./27. Mai 2011. Magdeburg: Hochschulen für Gesundheit e.V., S. 4-11.
- WHO (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2008). *Primary Health Care. Now more than ever*. World Health Report 2008. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1995). *Defining and measuring the social accountability of medical schools*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1988). *Learning together to work together for health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1978). *Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf, Zugriff 9. Januar 2012.
- WHO (1973). *Continuing Education for Physicians*. Technical Report Series No. 534. Geneva: World Health Organization.
- Wilhelmsson, M., Pelling, S., Ludvigsson, J., Hammar, M., Dahlgren, L., Faresjö, T. (2009). Twenty years of experience of interprofessional education in Linköping – groundbreaking and sustainable. *Journal of Interprofessional Care*, 23(2), S. 121-131.
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin/Köln.
- ZHAW (2010). *Departement Gesundheit. Strategie*. Winterthur: ZHAW.

Departement Gesundheit

Technikumstrasse 71
Postfach
CH-8401 Winterthur

E-Mail reihe.gesundheit@zhaw.ch
Web www.gesundheit.zhaw.ch

Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice **Mit regionaler Versorgung und interprofessioneller Bildung** **zu bedarfsgerechten Gesundheitsfachleuten**

Das Konzept der Health Universities entstand als eine Antwort auf die Herausforderungen des Gesundheitswesens in den 1960er und 1970er Jahren. Es vereint bildungs- und versorgungspolitische Ansprüche, die schwierig unter einen Hut zu bringen sind. Wie hat sich dieses Konzept in Europa weiter entwickelt? Welche Bedeutung hat es für die Herausforderungen von heute? Dieser Bericht zeigt das Potential der Health Universities für eine bedarfsgerechte Ausbildung von Gesundheitsfachleuten zu Beginn des 21. Jahrhunderts, indem Konzept, Relevanz und Best Practice beschrieben werden.