

Gesundheitsberufe der Zukunft: Gratwanderung zwischen Interprofessionalität und Berufsidentität

Rede zur Jubiläumsfeier 10 Jahre Departement Gesundheit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW

Prof. Dr. Andreas Gerber-Grote, Direktor des ZHAW-Departements Gesundheit

Winterthur, 23. August 2016

Geschätzte Regierungsrätin Silvia Steiner

Geschätzte Alt-Regierungsrätin Regine Aeppli

Lieber Jean-Marc (Rektor Jean-Marc Piveteau)

Sehr geehrte Damen und Herren

Seit genau 115 Tagen bin ich als Direktor des Departements Gesundheit nun in Amt und Würden. Ich danke für die Ehre und freue mich zugleich, für die Gesundheitsberufe in unserem Departement einen Blick in die Zukunft wagen zu dürfen.

In diesen 115 Tagen habe ich als Begleitmusik gehört: Die Hebammen, die Pflege, die Physiotherapie und die Ergotherapie, jeder dieser Berufe ist eigenständig und muss ein eigenständiges Profil behalten. Identität im Sinne einer Berufsidentität könne sich nur in getrennter Ausbildung herausbilden. Zudem müsste auch die Weiterbildung berufsspezifisch angeboten werden, da sie nur so für die Berufsgruppen attraktiv sei, wurde mir erläutert, als ich den dritten CAS für Gerontologie genehmigen sollte – nach der Pflege und der Ergotherapie nun auch in der Physiotherapie.

Daher möchte ich genauer hinschauen: Was ist diese viel beschworene Berufsidentität? Welche Konzepte von Identität gibt es? Auf dieser Grundlage möchte ich das Verhältnis von Interprofessionalität und Berufsidentität bestimmen. Wenn es eine Gratwanderung ist, wollen wir nicht abstürzen, uns aber aus Furcht auch nicht nur auf der einen oder der anderen Seite des Grats aufhalten und dabei den schönen Blick aus den Augen verlieren, den ein Grat bietet. Anschliessend werde ich darauf eingehen, wie sich Herausforderungen und Veränderungen im Gesundheitswesen auf

das Zusammenspiel von Berufsidentität und Interprofessionalität auswirken können. Zu guter Letzt werde ich Empfehlungen für die Akteure ableiten, die ich heute versammelt sehe.

Gibt es überhaupt eine feste Berufsidentität?

Um diese Frage zu beantworten, möchte ich mich auf eine für unser Departement nicht ganz unbedeutende Person berufen: Adeline Favre, Hebamme. Sie lebte von 1908 bis 1985 und erlebte während ihrer nahezu 50-jährigen Tätigkeit im Wallis grosse Veränderungen. Zunächst musste sie sich als junge Frau gegen alte Bräuche im Hebammenwesen durchsetzen. Damals wurde die Nabelschnur mit einer Art Paste aus Beeren und ausgekochter Butter bestrichen. Adeline Favre führte den Gebrauch steriler Kompressen ein. Zudem band sie die Kinder nach der Geburt nicht mehr nach der alten Methode ein, sondern machte den Menschen gegen alle Widerstände klar, dass sich ein Kind von Anfang an bewegen möchte.

Nachdem sie sich einen Ruf als eigenständig arbeitende Hebamme erarbeitet hatte, musste sie die Entwicklung zur Spitalgeburt mitmachen und sich in ein neues System mit Ärzten einordnen. Somit veränderten sich ihre Aufgaben und Kompetenzen und damit auch ihre Identität als Hebamme, nehme ich an. Sie schreibt, als im Jahr 1942 der Dammschnitt unter Anleitung eines Arztes eingeführt wurde: «Bei den Frauen daheim hätte ich mich nicht getraut, eine Schere zu nehmen und zu schneiden – man hätte mich umgebracht. Dr. Amacker erklärte, dass ein Dammschnitt den Durchtritt erleichtere, und damit hatte er recht.» Und weiter zur Spitalgeburt: «Man musste die Frauen anders zur Geburt vorbereiten; die Anamnesen wurden umfassender, ich musste mich an den Kardiotokographen gewöhnen, ein Gerät zur Überwachung der Herztöne und der Wehen. Aber ich hatte keine Verantwortung mehr, denn es gab jetzt Assistenzärzte und zwei Gynäkologen.» Sie reflektiert: Von der psychologischen Seite sei eine Hausgeburt besser, aber in Bezug auf Sicherheit und die Verantwortung, die wir Hebammen übernehmen mussten, sei es besser im Spital.

Und noch etwas zum Schmunzeln von Adeline Favre: «Meine erste Aufgabe nach der Geburt war jeweils, das Kind zur Taufe vorzubereiten. [*Eine Aufgabe, die heute eindeutig nicht mehr in den Bereich der Hebammen fällt.*] ... Dann geschah es oft, dass man mich bat, auch gleich Patin zu sein. ... Man zog dem Kind ein weisses Kleidchen und einen Schleier an und schmückte es mit Blumen und bunten Bändern. Rosa für die Knaben, hellblau für die Mädchen [*Rosa für die Knaben, hellblau für die Mädchen, dies entspricht wohl nicht unserem modernen Farbenverständnis, wenn Sie mir diesen Einschub erlauben, und auch Adeline Favre fährt fort:*] – heute ist es gerade umgekehrt.» So viel zur Bewertung von Farben, die auch mit Identität zu tun haben.

Der Blick in die Gesundheitssysteme anderer Länder zeigt andere Zuschnitte von Aufgaben und Kompetenzen. In den USA zum Beispiel gibt es «respiratorists» und «nurse practitioners» mit Aufgaben, die bei uns klassisch der Ärzteschaft zugeordnet sind, oder «rehabilitation nurses», die man als Kombination aus Ergo- und Physiotherapeut sowie Pflegefachperson verstehen kann.

Abschliessend möchte ich von meinen eigenen Erfahrungen berichten. Als Medizinstudent habe ich im Allgemeinen Krankenhaus Altona in Hamburg viele Dienste in der Pflege geschoben. Dabei habe ich sowohl auf dem 11. als auch auf dem 10. Stock, Allgemein Chirurgie und Gefässchirurgie, gearbeitet. Auf der einen Station machten die Pflegekräfte die Wundversorgung, auf der anderen die ärztlichen Kolleginnen. Im gleichen Haus sah die Welt also nur ein Stockwerk weiter anders aus.

Ich möchte meine erste These entwickeln: Eine fest umrissene Berufsidentität ist bestenfalls eine Momentaufnahme und weder historisch noch kulturell – meiner Erfahrung nach nicht einmal innerhalb eines Spitals – gegeben. Sie scheint auf Aufgaben zu beruhen, deren Grenzen sich ständig verschieben. Kernkompetenzen – einer Hebamme beispielsweise – bleiben aber auch bestehen und machen das Spezifische eines Berufs aus. Frei nach Gertrude Stein: «Eine Hebamme ist keine Ergotherapeutin, ein Physiotherapeut kein Pflegefachmann.»

Gibt es eine Theorie der Berufsidentität?

Dazu meint Anke Gerlach in ihrer Dissertation zur «Professionellen Identität in der Pflege» aus dem Jahr 2012: «Die Anzahl der Studien, die sich ausdrücklich mit der beruflichen Identität befassen, ist insgesamt verhältnismässig gering und stammt [...] überwiegend aus den 1980er/90er Jahren. Die in diesen Jahren begonnene Debatte in diesem Forschungsfeld scheint fast völlig abgebrochen.»

In einem 2015 erschienenen Paper zur «Konstruktion der Berufsidentität in der Physiotherapie» wurden acht Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in einer Art Erinnerungsarbeit qualitativ befragt. Wenig erstaunlich eines der Ergebnisse: Die Berufsidentität in der Physiotherapie ist komplexer als bisher gedacht! Aber dann geht es weiter: «Sie ist nicht fest («fluid» heisst es im englischen Original) über Zeit und über Kulturen hinweg, immer konstruiert innerhalb der sich verändernden Praxisumgebungen und Verbände.» In der qualitativen Befragungsstudie haben die Physiotherapeutinnen ihre Identität immer zugleich innerhalb der Profession sowie interprofessionell gedacht. Was allerdings das Spezifische einer Berufsidentität hier als Physiotherapeut/in ausmacht, wird in dieser Arbeit nicht deutlich.

Als zweite These möchte ich wagen: Identität bildet sich immer in der Profession und zugleich interprofessionell aus. Ich bilde auch nicht erst 20 Jahre eine nationale Identität als Schweizer oder Deutscher aus, bevor ich als Europäer/in denken kann. Das würde uns auch nicht überzeugen, denn beides läuft gleichzeitig ab. Vielleicht lohnt es sich, die Frage nach der Identität noch umfassender zu stellen.

Also, was ist (eigentlich) Identität?

Das ist ein weites Feld, wie der alte Briest bei Theodor Fontane sagen würde. Wie beim Begriff Gesundheit gibt es auch bezüglich Identität eine nahezu unendliche Vielfalt von Antworten und Theorien. Ich habe mir erlaubt, ein wenig eklektisch vorzugehen.

Nach dem Soziologen Lothar Krappmann entsteht Identität durch die Kommunikation eines Individuums mit seinen Mitmenschen in jeder Situation neu. Identität ist also nichts Starres, sondern verändert sich immer wieder.

Ich stelle mir das so vor: In jeder Begegnung spüre ich die Erwartungen, die jemand an mich beispielsweise als Ergotherapeut hat. Als Ergotherapeut bilde ich meine individuelle Identität aus vielen Begegnungen mit Lehrerinnen und Lehrern, Patienten oder Kolleginnen, die ich miteinander verknüpfe.

Die Theorie, dass sich Identität in Begegnungen konstituiert, würde auch bedeuten, dass sich die immer neu konstituierende Identität sowohl in der Berufsgruppe als auch interprofessionell entwickelt. Dies wird sehr schön von Ursula Walkenhorst in einem aktuellen Beitrag reflektiert: «Kontinuierliche kognitive, emotionale und handlungsorientierte Auseinandersetzungen mit eigenen und berufsfremden Aufgaben, Gegenständen und Rollenverständnissen können in interprofessionellen Bildungsprozessen zu einer Schärfung und Konturierung des berufsspezifischen Profils beitragen.»

Und wenn sich Identität durch Eigen- und Fremdbestimmung sowie Eigen- und Fremdwahrnehmung herausbildet, dann hat dies auch mit Gruppen und Systemen zu tun, was mich zur nächsten Frage führt.

Welche Rolle spielen Macht und Emanzipation für die Identität?

In der Identitätspolitik unterscheidet man dominante und dominierte Gruppen: Erstere wollen den Status quo erhalten, Letztere wollen ihn ändern oder gar abschaffen. Für unsere Gesundheitsberufe sehe ich immer noch die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen als dominante Gruppe und die an-

deren Berufe als dominierte Gruppen. In einer Passage aus «Pflege zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung» von Taubert (1992) wird ein Licht auf die Situation früherer Generationen von Pflegenden geworfen: «Die geringe Anerkennung des eigenen Könnens und der beruflichen Tätigkeit; die fehlende Möglichkeit, sich zu erproben, kreativ und selbstständig zu handeln [...] Die nicht endende Tochterrolle in einem patriarchalischen Familienmodell mit einer Bevormundung bis hin zu Kleidung und Schlafensgehzeiten [...] die Idealisierung des <Dienstens > und eine Abwertung des Geldver-<dienstens > [...] Entscheidungen wurden aufgrund von Machtpositionen gefällt. Dabei ging es sowohl um Vormachtstellung des Mannes gegenüber der Frau als auch um die der Theologen und Ärzte – *[zu beiden Berufsgruppen gehöre ich auch und weiss um das Problem]* – gegenüber der ihnen untergeordneten Krankenschwester.» (Ich zitiere, daher der Begriff Krankenschwester, den ich im Zitat nicht anpassen wollte.) Soweit zur Geschichte, die wir kennen und die noch heute in vielen von uns bewusst oder unbewusst nachwirkt, auch wenn diese Beschreibung so glücklicherweise nicht mehr zutrifft. Möglicherweise haben wir aber auch hier im eigenen Haus die eine oder andere Form der Identitätspolitik, die wir hinterfragen müssten.

Demgegenüber führt die Identitätspolitik der dominierten Gruppen zu einem Wir-Gefühl, entwickelt emanzipatorische Forderungen und versucht, sie durchzusetzen. Es geht also in den dominierten Gruppen darum, den von aussen auferlegten Zuschreibungen eine Selbstdefinition entgegenzusetzen. Dominierte Gruppen verstehen ihre Separation oftmals als vorübergehendes notwendiges Stadium, um in einem Prozess Differenzen aufzuheben.

Als dritte These möchte ich angeben: Identität als Abgrenzung kann für einen bestimmten Zeitraum emanzipatorisch sein, muss dann aber überwunden werden.

Zwischenfazit

Sowohl auf Grund der ersten mehr historisch und persönlich gefärbten Argumentationslinie als auch aufgrund der theoretischen Überlegungen möchte ich ein Zwischenfazit wagen: Identität entsteht nur in der Begegnung, ist somit wandelbar und muss auch wandelbar sein. Wenn ich dies ernst nehme, bedeutet das für die hier vertretenen Gesundheitsberufe und im Grunde auch für die hier nicht vertretenen wie Psychologen/-innen, Apotheker/innen und Ärzte/-innen, dass es gar nicht möglich ist, an einer starren Berufsidentität festzuhalten. Wir können und müssen über die Grenzen einer starren und in Abgrenzung herausgebildeten Berufsidentität hinausgehen und uns in ein Departement entwickeln, das interprofessionelle Begegnungen ermöglicht und gerade dadurch die Berufsidentität jeder einzelnen Profession stärkt.

Aus einer Rede zur Identität der Schweizerinnen und Schweizer möchte ich hier zitieren, weil es so gut passt und aktuell ist: «Unsere Identität bleibt nur stabil, solange wir in Bewegung bleiben, uns für sie auch engagieren. Je schwächer unsere gemeinsame Kultur, desto abwehrender reagieren wir auf den schnellen Wandel und Einflüsse von aussen. [...] Unsere vielleicht grösste Stärke ist – paradoxerweise – unsere unsichere Identität. Denn sie macht uns zu Selbsterfinderinnen und Selbsterfindern. Wer sich lediglich zum Patriotismus bekennt, hat noch nichts für den Zusammenhalt der Schweiz getan, auf dem der Erfolg unseres Landes wesentlich beruht. Wer allein auf Abgrenzung beharrt, der muss sich bewusst sein, dass dies auch innenpolitisch zu einer Verhärtung führen kann, zu einer konfliktträchtigeren und weniger freiheitlichen Schweiz [...]»

Soweit unser Gesundheitsminister, Bundesrat Alain Berset, anlässlich der Feier zum Ausbau des Landesmuseums am Vorabend des 1. Augusts 2016.

Wie verhält sich Interprofessionalität zu dem, was ich zur Frage der Berufsidentität zusammengetragen habe?

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat sich 2011 programmatisch geäussert: Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen mit den zunehmend komplexen Behandlungen wird immer mehr zum Erfolgsfaktor in der Gesundheitsversorgung. Die Aufgabenverteilung im Gesundheitssystem orientiert sich künftig weniger an hierarchischen, ständisch definierten oder mit einem formellen Titel verbundenen Kriterien, sondern daran, wer über die notwendigen Kompetenzen verfügt. Zusammenarbeit fordert interprofessionelles Denken und Handeln. Berufsidentität ohne Interprofessionalität ist nicht mehr denkbar, beziehungsweise Interprofessionalität ist genuiner Bestandteil einer jeden Berufsidentität.

Auf dem Weg dahin gibt es sicher noch das eine oder andere Machtspiel zu klären, aber auch die Frage, wie die Kollaboration auf gleicher Augenhöhe aussieht. Dazu habe ich mich in meiner Vorstellungrede am Departement Gesundheit schon einmal geäussert: Vom interreligiösen Dialog können wir auch für die Frage des interprofessionellen Zusammenarbeitens im Gesundheitswesen lernen. Ich möchte ein paar Leitlinien aus einem Katalog des Arbeitstags Evangelische Frauen Schweiz herausgreifen.

«Radikaler Respekt vor dem Gegenüber: Damit ist mehr als Toleranz gemeint, nämlich Anerkennung und Wertschätzung der Anderen als prinzipiell gleichberechtigte und gleichwertige Partner/innen und Anerkennen der anderen Position als grundsätzlich legitim.

Offenheit für neue Einsichten, neue Perspektiven und die Bereitschaft, das Eigene mit den Augen der Anderen neu sehen zu lernen.

Annahmen offen legen und Bewertungen suspendieren; uns der Weltbilder und persönlichen Bewertungen bewusst werden, die hinter unseren subjektiven Interpretationen der Wirklichkeit liegen.

Selbst eine so konkrete Massnahme wie die gemeinsame Planung von Anlässen wird erwähnt und als Gradmesser für die Ernsthaftigkeit eines Dialogs auf Augenhöhe bewertet.»

Ich hoffe, dass wir mit diesen Leitlinien eine gute Atmosphäre für die interprofessionelle Zusammenarbeit und das interprofessionelle Denken schaffen können, um damit für die Herausforderungen und Veränderungen im Gesundheitswesen gewappnet zu sein.

Wie wirken sich Herausforderungen und Veränderungen im Gesundheitswesen auf das Zusammenspiel von Berufsidentität und Interprofessionalität aus?

Ich möchte diese Fragestellung exemplarisch verdeutlichen.

Die Knappheit der Ressourcen

Abgesehen von der Frage, ob sich die Ressourcen im Gesundheitswesen tatsächlich immer weiter verknappen, ist die Situation mangelnder Fachkräfte insbesondere im ärztlichen Bereich in meinen Augen nicht nur ein Risiko, sondern auch eine Chance für die Berufsgruppen hier im Hause. Wie die Entwicklung in den USA und in Grossbritannien, aber auch ganz aktuell in der Zusammenarbeit mit dem KSW zeigt, führt die Knappheit dazu, dass sich scheinbar fest etablierte Grenzen zwischen Berufsgruppen verschieben. Im KSW sind zum Beispiel für die Eintritts- und Austrittsverordnungen nunmehr speziell geschulte Pflegefachpersonen zuständig. Interprofessionalität folgt auf Ressourcenknappheit und ist daher auch ein Ausdruck effizienten Einsatzes von Personal und Mitteln.

Zunahme des Frauenanteils im ärztlichen Bereich

Hier möchte ich einen kurzen Exkurs ins 19. Jahrhundert machen: Die Schweiz war das erste Land Europas, das Frauen zum Medizinstudium zuließ. Die erste Medizinstudentin, Marie Heim Vögtlin, doktorierte 1874 in Gynäkologie. Allerdings war Viola Heinzmann, die jetzige Ordinaria für Gynäkologie in Basel, erst die zweite Habilitandin in Gynäkologie schweizweit. Die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium hat bei manchem Medizinprofessor zu überreizten Reaktionen geführt – dazu ein Zitat von Professor Ludimar Hermann, der 1868 bis 1884 als Physiologe in Zürich arbeitete: «Es könnte das grenzenlose Unglück entstehen, welches die Universität vernichten würde, dass nämlich die Zahl der Medizinstudentinnen grösser würde als die der Studenten.»

Derzeit sind mehr als zwei Drittel der Medizinstudierenden Frauen. Wirkt sich diese Zunahme von Frauen im ärztlichen Bereich auf die hier vertretenen Berufe aus? In Russland sind 90 Prozent der Ärzteschaft weiblich. Dort sind die Löhne tief, die Arbeitsbedingungen schlecht, das Renommee des Berufsstands gering. Ergibt sich das zwangsläufig? Ich zitiere die Historikerin Heidi Witzig aus Zürich: «Unsere Gesellschaft wertet weibliche Bereiche nach wie vor ab und ordnet männlich dominierten Bereichen den Status von Bedeutung und Macht zu.»

Hoffen wir, dass sich weder russische Verhältnisse einstellen noch dass Heidi Witzig Recht behält. Denn es gibt mittlerweile einige Gegenbeispiele, die belegen, dass eine Zunahme von Ärztinnen auch für die anderen Gesundheitsberufe positive Effekte hat. Die Arbeitsbedingungen für alle Berufe im Gesundheitswesen können sich bessern. Starre Geschlechterverhältnisse – der Arzt, die Therapeutin oder «Krankenschwester» – lösen sich auf. Damit sind Begegnungen auf Augenhöhe möglich.

Die Gesundheitsberufe zwischen Akademisierung und Ausbildung in einer Berufslehre

Alle Gesundheitsberufe einschliesslich der Medizin – ich betone, einschliesslich der ärztlichen Heilkunst – sind dauerhaft in zwei Paradigmen unterwegs: als akademisch wissenschaftliches Studium mit abstrakten Begriffen und als praktische Berufslehre. Exemplarisch zitiere ich den Pflegewissenschaftler Manfred Hülsken-Gieser, der von der auf Objektivierung und Allgemeingültigkeit abzielenden Wissenschaftssprache und der auf dem lebensweltlich und impliziten Wissen begründeten Praxis spricht. Dies gilt ähnlich für die anderen Gesundheitsberufe. Diese Verwissenschaftlichung kann zu einem «Heimatverlust» der Pflegepraxis führen, wie es Axmacher 1991 beschrieben hat. Die Identität des Berufs wird in Frage gestellt, die Wahrnehmungsmuster der Praktikerinnen verändern sich in fundamentaler Weise.

Ich sehe auch hier Chancen. Zum einen haben die Gesundheitsberufe damit die Sprachmacht, sich wissenschaftlich und lebensweltlich zu bewegen. Die akademisierten Gesundheitsberufe sind als gleichberechtigte Partner der Medizin dafür ausgestattet, Studien heranzuziehen und selbst zu planen und durchzuführen. Die systematische Methodik als zentrales Instrument der Wissenschaft wird Bestandteil der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften. Ich sehe eine Erweiterung der Identität oder Identitäten, die nun sowohl randomisiert kontrollierte Studien als auch phänomenologisch-biografische Ansätze einschliessen und die den Bogen spannen zwischen Wissenschaft und praktischer Arbeit mit Patientinnen und Patienten.

Was lässt sich aus dem Gesagten für Sie als Zuhörerinnen und Zuhörer und damit Akteure und Akteurinnen ableiten?

Zunächst: Es gibt keine starre Identität, kein sicheres Paradigma. Die Entwicklung einer Identität kann angesichts der heutigen Herausforderungen nur im Miteinander der Professionen gelingen. Das bedeutet, gemeinsam lernen und ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass man zusammen für komplexe Situationen gerüstet sein muss, wie es die Gesundheitswissenschaftlerin Ursula Walkenhorst kürzlich in einem Aufsatz in unserer Zeitschrift «International Journal of Health Professions» geschrieben hat: «[...] Dabei wird ausdrücklich die gemeinsame Ausbildung zwischen dem Bereich der Medizin und den übrigen Gesundheitsberufen in Pflege, Therapie und Hebammenwesen hervorgehoben.» Effekte auf die Patienten- und Berufsangehörigenzufriedenheit sind in Studien belegt.

Im Märchen hat man traditionellerweise drei Wünsche frei. Somit werde ich für jede Akteurengruppe einen Wunsch äussern.

Meinen Kolleginnen und Kollegen vom Departement Gesundheit wünsche ich, Interprofessionalität zu ermöglichen und zu stärken. Unsere Absolvent/-innen und Mitarbeitenden sind kompetente Gestalter/innen von interprofessioneller Zusammenarbeit, wie wir es beim Workshop der Departementsleitung im Mai gemeinsam formuliert haben. Mein Wunsch lautet: Macht bitte einen CAS Gerontologie über die Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie hinweg und gebt die Einzelangebote auf.

Für die Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheitswesen hoffe ich auf neue Möglichkeiten für Gesundheitsberufe in einem attraktiven Arbeitsumfeld. Mein Wunsch lautet: Geht die Machtverhältnisse an, die sich immer noch zwischen den Berufsgruppen zeigen, um so ein möglichst gutes Miteinander in der Arbeit für die Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Von den Politikerinnen und Politikern wünsche ich mir, dass sie genauso engagiert, wie sie die Akademisierung der hier vertretenen Berufe vorangetrieben haben, jetzt auch die nächsten Schritte für die zweite akademische Dekade unserer Berufe initiieren. Mein Wunsch lautet: Schaffen Sie die Rahmenbedingungen für möglichst viele Formen der gemeinsamen Ausbildung aller Gesundheitsberufe bis hin zur tertiären Stufe. Da schliesse ich die Ärzte/-innen, Apotheker/innen, Psychologen/-innen und weitere ein, damit sich Interprofessionalität parallel zur Berufsidentität herausbilden kann.

Ich hoffe, dass wir die Gratwanderung ganz und gar geniessen, wenn wir sowohl in das Tal der Berufsidentität als auch in das Tal der Interprofessionalität zugleich schauen können. Ich möchte gebührenden Dank an die richten, die das Departement in den letzten zehn Jahren zu dem ge-

macht haben, was es heute ist. Allen voran meinem Vorgänger Peter C. Meyer, der Departementsleitung und allen Kolleginnen und Kollegen am Departement Gesundheit, Ihnen als ehemalige und amtierende Regierungsrätinnen und unserem Rektor. Danken möchte ich auch für die Unterstützung aus der Politik, der Gesellschaft und dem Beirat. Ich wünsche uns allen einen gelungenen Jubiläumsanlass und der Jubilarin, dem Departement Gesundheit, weitere Jahre bis zur «Matura», das heisst weiter zu wachsen, zu lernen und eine interprofessionelle Identität zu entwickeln, damit wir alle für die zukünftigen Herausforderungen gerüstet sind und gemeinsam sicher und erfolgreich auf dem Grat wandern.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.