



Supplement Nr. 2

► **Forschung in den Gesundheitsfachberufen**

Potenziale für eine bedarfsgerechte
Gesundheitsversorgung in Deutschland

Herausgeber:
Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des
Gesundheitsforschungsrates

- **Spezifischer Forschungsbedarf
in den Gesundheitsfachberufen**
- **Interdisziplinäre Forschungsfelder
der Gesundheitsberufe**
- **Bestehende Forschungsstrukturen
und zukünftige Anforderungen**
- **Perspektiven für die wissenschaftliche
Nachwuchsförderung**
- **Zusammenarbeit mit Institutionen
des Gesundheits- und Sozialwesens**
- **Forschungsförderung für
Gesundheitsberufe**

Zur Veröffentlichung online. Nicht zum Nachdruck!

DMW

Deutsche
Medizinische Wochenschrift

Seiten S 29 – S 76 • 137. Jahrgang

S2 | 8 · 6 · 2012

- S 33** **Situation und Perspektiven der Forschung in den Gesundheitsfachberufen**
Vorwort
- S 34** **Forschung in den Gesundheitsfachberufen**
Kernaussagen
- S 37** **I. Einleitung**
- S 38** 1. Anforderungswandel in der Gesundheits- und Sozialversorgung
S 39 2. Forschungsorientierung in den Gesundheitsfachberufen
- S 41** **II. Spezifischer Forschungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen**
- S 41** 1. Pflege
S 41 1.1 Intensivierte Pflege für Menschen mit chronischen Erkrankungen
S 42 1.2 Reduktion ansteigender Pflegebedürftigkeit im Alter
S 42 1.3 Pflege und Versorgung von Angehörigen vulnerabler Bevölkerungsgruppen
S 43 Literatur
- S 43** 2. Hebammenwesen
S 43 2.1 Geburtsbetreuung
S 44 2.2 Gesundheitsförderung und Prävention in der Schwangerschaft
S 44 2.3 Beratung zur kindlichen Ernährung
S 45 Literatur
- S 46** 3. Physiotherapie
S 46 3.1 Intervention bei altersbedingten Veränderungen
S 46 3.2 Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen
S 47 3.3 Prävention und Gesundheitsförderung
S 47 Literatur
- S 48** 4. Ergotherapie
S 48 4.1 Gesundheitsförderliche Alltagsbetätigung für chronisch Erkrankte
S 48 4.2 Entwicklungsförderliche Alltagsbetätigung für Kinder
S 49 4.3 Gesundheitserhaltende Alltagsbetätigung für Senioren
S 49 Literatur
- S 50** 5. Logopädie
S 50 5.1 Herausforderungen im Kindesalter
S 51 5.2 Herausforderungen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen
S 51 5.3 Herausforderungen im hohen Lebensalter
S 52 Literatur



DMW

Deutsche
Medizinische Wochenschrift

S 2 | 8 · 6 · 2012

Seiten S 29 – S 76 · 137. Jahrgang

S 53 III. Interdisziplinäre Forschungsfelder

- S 53 1. Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im hohen Alter
- S 54 2. Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen
- S 54 3. Gesundheitsforschung zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen
- S 55 4. Interdisziplinarität als Herausforderung in Praxis und Forschung
- S 55 *Literatur*

S 57 IV. Bestehende Forschungsstrukturen und zukünftige Anforderungen

- S 57 1. Heterogene Ausgangssituation in den Gesundheitsfachberufen
- S 58 2. Strukturentwicklung an den Fachhochschulen
- S 59 3. Gesundheitsfachberufe an den Universitäten
- S 59 4. Kooperation zwischen Fachhochschulen und Universitäten
- S 60 5. Künftige Anforderungen und Entwicklungsperspektiven
- S 61 *Literatur*

S 62 V. Perspektiven für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung

- S 62 1. Stand der Entwicklung für die Gesundheitsfachberufe
 - S 62 1.1. Postgraduale Qualifizierungsphase
 - S 63 1.2. Promotionsphase
 - S 64 1.3. Postdoc-Phase
- S 64 2. Unterstützung der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung
- S 65 *Literatur*

S 66 VI. Zusammenarbeit mit Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens

- S 66 1. Zusammenarbeit mit Versicherungsträgern
- S 66 2. Zusammenarbeit mit Stiftungen, Partnern aus der Wirtschaft und freien Trägern
- S 67 3. Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen, Verbänden und Bildungsträgern
- S 68 *Literatur*

S 69 VII. Forschungsförderung für Gesundheitsfachberufe

- S 69 1. Bisherige Forschungsförderung
- S 71 2. Modellbausteine einer künftigen Forschungsförderung
- S 72 *Literatur*

S 74 GFR-Empfehlung

S 75 Impressum



Titelbildvorlage
(Quelle: PT-DLR/BMBF)

Situation und Perspektiven der Forschung in den Gesundheitsfachberufen

Vorwort

Der Gesundheitsforschungsrat (GFR) hat sich Anfang 2010 mit der akademischen Entwicklung in denjenigen Gesundheitsfachberufen beschäftigt, die gegenwärtig Studiengänge anbieten und die ihren Berufsgesetzen entsprechend grundständige Studiengänge einrichten (dürfen): Das sind die Pflege, die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Logopädie und das Hebammenwesen. Ausgangspunkt der GFR-Beratungen war zum einen, dass die wachsende Etablierung von Studiengängen in diesen Gesundheitsberufen nicht in gleichem Maße durch den Auf- und Ausbau in der Forschung begleitet wird. Zum anderen besteht die Sorge, dass mit der dominanten Verortung der Studiengänge der Gesundheitsfachberufe an Fachhochschulen und dem Mangel solcher Studiengänge an den Universitäten und medizinischen Fakultäten eine Entwicklung in Lehre und Forschung eingeleitet werden könnte, die den notwendigen wissenschaftlichen Zusammenhang der Heilberufe aufs Spiel setzt. Es ist zu befürchten, dass zwei einander fremd werdende Wissenschaftskulturen entstehen – mit der Medizin auf der einen und den Gesundheitsfachberufen auf der anderen Seite.

Der GFR hat bei seinen Beratungen im Jahr 2010 eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aus den Gesundheitsfachberufen und einschlägigen medizinischen Disziplinen beauftragt, eine Analyse zur Situation und zu Perspektiven der Forschung in den Gesundheitsfachberufen zu erstellen. Die Arbeitsgruppe hat ein Konzeptpapier vorgelegt, das sowohl auf einem Workshop mit Vertretern aus den fünf Disziplinen als auch im GFR beraten wurde. Der GFR hat abschließend eine Empfehlung verabschiedet (S. 74).

Es ist zu wünschen, dass mit dem vorliegenden Konzeptpapier und den auch dadurch angestoßenen Diskussionen in den Professionen sowie durch die Beratungen im GFR der Auf- und Ausbau der Forschung in den Gesundheitsfachberufen nachhaltig gestärkt werden. Wie die Analyse zur aktuellen Forschungssituation zeigt, sind dafür u.a. auch strukturelle Verbesserungen erforderlich, die vor allem von den Hochschulträgern und den Hochschulen selber erbracht werden müssen. Daneben sind auch die Forschungsförderer aufgerufen, den Gesundheitsfachberufen angemessene Chancen in ihren Forschungsförderprogrammen einzuräumen und sie in Begutachtungsgremien zu berücksichtigen. Besondere Förderinitiativen sind dabei zur Unterstützung für den wissenschaftlichen Nachwuchs wünschenswert, weil die Hürden für Absolventen aus den Fachhochschulen besonders hoch sind. Nicht zuletzt sind Anstrengungen in den Professionen der Gesundheitsfachberufe selbst notwendig, um die Forschung voranzubringen. Hierbei bestehende Strukturach-

teile und Anfangsschwierigkeiten können auch durch verstärkte Zusammenarbeit der Disziplinen untereinander und mit Bezugsdisziplinen aus medizinischen und anderen Fächern gemindert werden. Zu wünschen ist insbesondere auch, dass sich die medizinischen Fakultäten in Lehre und Forschung mehr den Gesundheitsfachberufen öffnen.

Mit dem Ausbau einer leistungsfähigen Forschung, die die bestehenden Potenziale der Gesundheitsfachberufe wissenschaftlich festigt und entsprechend den sich wandelnden gesundheitlichen Anforderungen weiterentwickelt, wird die Bedeutung der Gesundheitsfachberufe im Versorgungsgeschehen wachsen. Insbesondere in Anbetracht der demographischen Bevölkerungsentwicklung kommen den Gesundheitsfachberufen wachsende Aufgaben in der Prävention und Behandlung von Erkrankungen zu. Bei vielen chronischen Erkrankungen leisten die Gesundheitsfachberufe unverzichtbare Beiträge zur Überwindung oder Linderung von Beschwerden. Ihr Versorgungsbeitrag kann – noch mehr als das heute genutzt wird – die Selbständigkeit kranker und alter Menschen erhalten und Pflegebedürftigkeit und Bettlägerigkeit verhindern oder zumindest hinausschieben.

Diese Entwicklung wird Anlass geben, die bisherige Art und Weise der Arbeitsteilung zwischen den Heilberufen zu überdenken. Mit den wachsenden Herausforderungen, die sich aus der breiter werdenden Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten ergeben, wird in besonderem Maße die Zusammenarbeit zwischen den Heilberufen einschließlich der Gesundheitsfachberufe wachsen müssen. Diese Zusammenarbeit wird nur dann dem Patientenwohl dienen, wenn sich die Heilberufe gegenseitig im Rahmen ihrer fachlichen Zuständigkeiten und Fähigkeiten anerkennen und zusammenarbeiten. Es gibt also für die Gesundheitsfachberufe viele Gründe, nun nach der Aufbauphase von Studiengängen ihre ganze Kraft auch dem Aufbau der Forschung zu widmen.

Dem BMBF ist dafür zu danken, dass es die Treffen der Arbeitsgruppe für die Gesundheitsfachberufe unterstützt hat. Ebenfalls Dank gebührt dem Projektträger Gesundheitsforschung im Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) für die Betreuung der Arbeitsgruppe und die Organisation der Sitzungen und des mit Vertretern der Fächer durchgeführten Workshops.

Prof. Dr. Guido Adler
Vorsitzender des Gesundheitsforschungsrates des Bundesministeriums für Bildung und Forschung

G. Adler

eingereicht 15.03.2012
 akzeptiert 16.03.2012

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0032-1305066
 Dtsch Med Wochenschr 2012;
 137: S33 · © Georg Thieme
 Verlag KG · Stuttgart · New York
 · ISSN 0012-0472

Kontakt

Geschäftsstelle des GFR
 Projektträger Gesundheits-
 forschung im DLR e.V.
 Heinrich-Konen-Str. 1
 53227 Bonn

Forschung in den Gesundheitsfachberufen

Kernaussagen

M. Ewers¹
 T. Grewe²
 H. Höppner³
 W. Huber⁴
 F. Sayn-Wittgenstein⁵
 R. Stemmer⁶
 S. Voigt-Radloff⁷
 U. Walkenhorst⁸

Gesundheitswesen

Institut

¹Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin

²Fachbereich Gesundheit, Logopädie und Therapiewissenschaft, Hochschule Fresenius Idstein

³Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Physiotherapie, Fachhochschule Kiel

⁴Neurologische Klinik, Neurolinguistik und Logopädie, Universitätsklinikum der RWTH Aachen

⁵Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hebammenwesen, Hochschule Osnabrück

⁶Fachbereich Gesundheit und Pflege, Pflegewissenschaft und Pflegemanagement, Katholische Fachhochschule Mainz

⁷Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Ergotherapie, Universität Freiburg

⁸Ergotherapie, Hochschule für Gesundheit Bochum

eingereicht 15.03.2012

akzeptiert 16.03.2012

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0032-1305067
 Dtsch Med Wochenschr 2012;
 137: S34–S36 · © Georg
 Thieme Verlag KG · Stuttgart ·
 New York · ISSN 0012-0472

Korrespondenz

Prof. Dr. Michael Ewers

Charité – Universitätsmedizin
 Berlin, Institut für Medizin-,
 Pflegepädagogik und
 Pflegewissenschaft
 CVK – Augustenburger Platz 1
 13353 Berlin
 Tel. 030/450 529 092
 Fax 030/450 529 900
 eMail m.ewers@charite.de

Die genuinen und spezifischen Potenziale der Gesundheitsfachberufe stärker nutzen:

Die Beantwortung des weit reichenden Anforderungswandels in der Gesundheits- und Sozialversorgung erfordert große Anstrengungen aller gesellschaftlichen Gruppen. Dabei ist es dringend angezeigt, die genuinen und spezifischen Potenziale der Gesundheitsfachberufe stärker als bislang für die Problembewältigung zu nutzen.

Die Gesundheitssysteme sind vor wachsende Herausforderungen gestellt. Ursächlich hierfür ist zum einen die sich verändernde Altersstruktur der Bevölkerung mit einer wachsenden Zahl alter und hochaltriger Menschen bei gleichzeitig niedriger Geburtenrate. Zum anderen gehen die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität mit neuen und veränderten Anforderungen einher. Schließlich erfordern auch der rasante Zuwachs an wissenschaftlichen Erkenntnissen, der Einzug von Technik in nahezu alle Lebensbereiche, neue Rollenerwartungen, Leitbilder und Wertverschiebungen sowie nicht zuletzt wirtschaftliche Gründe eine systematische Anpassung der Gesundheits- und Sozialversorgung. Allein mit den etablierten, vorwiegend störungs- oder krankheitsorientierten Modellen und den darauf basierenden biomedizinischen Zugriffsweisen lässt sich diesen wachsenden und gewandelten Herausforderungen nicht angemessen begegnen. Eine erfolgreiche und qualitativ hochwertige Gesundheits- und Sozialversorgung ist zugleich auf die patientennahen Leistungen von Pflegenden, Hebammen oder Entbindungspflegern, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden oder Sprachtherapeuten angewiesen. Bereits heute leisten diese und andere Gesundheitsfachberufe wichtige Beiträge für die Gesundheits- und Sozialversorgung. Die bedarfsgerechte, gleichermaßen effektive wie effiziente Bewältigung des zuvor skizzierten Anforderungswandels wird künftig eine intensivere und umfänglichere Nutzung der genuinen und spezifischen Leistungsmöglichkeiten der Gesundheitsfachberufe notwendig machen.

Wissenschaftliche Basis und Evidenz ausbauen:

Damit die spezifischen Leistungen der Gesundheitsfachberufe als wichtiger Beitrag zur Beantwortung des Anforderungswandels und zur Sicherung der Versorgungsqualität akzeptiert und gewürdigt werden, müssen ihre Interventionen durch wissenschaftliche Reflexion und Forschung abgesichert und evidenzbasiert gestaltet werden.

Viele Interventionen werden von den Gesundheitsfachberufen heute in gutem Vertrauen auf die Alltagspraxis durchgeführt, ohne dass ihre Wirksamkeit unter den gegebenen Bedingungen und für den jeweiligen Anwendungsbereich differenziert und gemessen an wissenschaftlichen Standards überprüft worden wäre. Noch dominieren krankheits- oder störungsorientierte Konzepte und mangelt es im Versorgungsalltag an Patientenorientierung und Patientenpartizipation. Angesichts ihrer vorwissenschaftlichen Qualifizierung bereitet es den Gesundheitsfachberufen Schwierigkeiten, lauter werdenden Forderungen nach rationaler Begründung und insbesondere nach Evidenzbasierung ihrer Interventionen zu begegnen. Erkenntnisse aus der grundlagenorientierten Forschung aufzugreifen und in komplexe, aber anwendbare Behandlungsansätze zu übersetzen sowie die entwickelten Interventionen praktisch umzusetzen, kann unter diesen Bedingungen kaum gelingen. Auch die systematische Untersuchung des Nutzens einzelner Interventionen für den Patienten sowie die abschließende Implementierung in die Routineversorgung, stößt an zuweilen unüberwindbare Hindernisse. Dem abzuwehren und die Gesundheitsfachberufe in Stand zu setzen, diese wichtigen Forschungsaufgaben anzugehen und zu bewältigen, ist somit von hoher Dringlichkeit.

Nachhaltige Forschungsstrukturen aufbauen:

Um den lauter werdenden Forderungen nach Wissenschafts- und Forschungsentwicklung entsprechen zu können, benötigen die Gesundheitsfachberufe belastbare, nachhaltige und wettbewerbsfähige Forschungsstrukturen an Fachhochschulen, Universitäten und außeruniversitären Forschungseinrichtungen.

Forschung in den Gesundheitsfachberufen, die sich erfolgreich im (inter-)nationalen Wettbewerb behaupten soll, ist auf vergleichbare Strukturen und Kapazitäten angewiesen, wie sie für andere forschungsaktive Disziplinen selbstverständlich sind. An den Fachhochschulen, an denen die Gesundheitsfachberufe derzeit überwiegend angesiedelt sind, muss Forschung als ein strategisches Thema der Hochschulleitungen verstanden und entsprechend gestaltet werden. Dies schließt eine stärkere Förderung forschungstarker Bereiche sowie die Bildung von Forschungsschwerpunkten ein. Die aufgabengerechte räumliche und technische Ausstattung,

der Aufbau einer Forschungsadministration, die Möglichkeit der Reduktion von Lehrdeputaten, die Einrichtung von Forschungsprofessuren und forschungsorientierter Masterstudiengänge sowie eine stärkere Kommunikation des eigenen Forschungsprofils nach innen und außen mögen punktuell bereits angestoßen worden sein. In der Fläche aber müssen diese Voraussetzungen erst noch geschaffen werden. Doch auch die deutschen Universitäten dürfen sich einer Öffnung für die Gesundheitsfachberufe nicht länger verschließen. Ohne sie wird nicht nur die Wissenschaftsentwicklung und Disziplinwerdung beeinträchtigt. Auch die wissenschaftliche Nachwuchsförderung stößt ohne derartige Öffnungsprozesse bereits in der Promotionsphase an Grenzen. Klärungsbedürftig ist dabei, ob und wie in der Forschung die strukturelle Koppelung mit den an den Universitäten vertretenen Bezugsdisziplinen – darunter insbesondere auch der Medizin – realisiert und ermöglicht werden kann.

Forschungsallianzen bilden:

Erfolgreiche Forschung in den Gesundheitsfachberufen erfordert thematische und strategische Allianzen mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Interessengruppen sowie hochschulübergreifende (inter)nationale Kooperationen.

Für die Entwicklung von Forschung in den Gesundheitsfachberufen haben thematische und strategische Allianzen mit Versicherungsträgern, Leistungsanbietern und anderen gesellschaftlichen Interessengruppen große Bedeutung. Sie können an der Identifizierung relevanter Forschungsthemen und -aufgaben mitwirken, deren Bearbeitung durch die Eröffnung von Feldzugängen und andere Maßnahmen aktiv unterstützen sowie die Nutzung der erarbeiteten Ergebnisse und deren kritische Reflexion befördern. Regionale, überregionale und internationale Forschungsverbünde könnten dazu beitragen, die Wissenschaftsentwicklung voranzutreiben und die anstehenden Aufgaben der disziplinären und interdisziplinären Gesundheitsforschung effektiv und effizient zu bewältigen. Zudem sind komplementäre Hochschultypen oder auch außeruniversitäre Forschungseinrichtungen zusammenzuführen und in ihren jeweiligen Stärken zu verknüpfen. Es gilt Synergien zwischen den stärker anwendungsorientierten Fachhochschulen mit ihren regionalen Forschungspartnern einerseits und den spezifischen wissenschaftlich-methodischen Kompetenzen an den Universitäten und außeruniversitären Forschungseinrichtungen andererseits herzustellen und zu nutzen. Spezifische Anreizsysteme müssen primär darauf ausgerichtet werden, stabile Forschungsk Kooperationen zwischen Fachhochschulen und Universitäten anzustoßen und zu befördern.

Förderung für patientennahe Forschung ausbauen:

Die forschungsgestützte Entwicklung, Implementierung und Überprüfung von patientennahen und alltagstauglichen Handlungskonzepten braucht eine nachhaltige Förderung. Die Gesundheitsfachberufe können ihre spezifischen Beiträge nur leisten, wenn ihr Potenzial über Forschungsförderung substantiell unterstützt wird.

Bislang fehlt es hierzulande weitgehend an tragfähigen Förderstrukturen für von den Gesundheitsfachberufen zu leistende Forschung, weshalb diese zu weiten Teilen auf thematisch unetstetige Forschungsaktivitäten in Qualifizierungsphasen (z.B. Promotionsforschung) begrenzt geblieben ist. Um dem zu begegnen, sind in der Forschungsförderung spezifische wie unspezifische Initiativen gefragt. Es gilt die differenzierten Förderangebote öffentlicher Forschungsförderer – der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), des Bundes, der Bundesländer und der EU – für die Beantwortung der Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsfachberufe zu öffnen und zu erschließen. Damit die Einwerbung solcher Drittmittel erfolgreich verlaufen kann, ist eine Anschubförderung notwendig. Ihre Funktion wird es sein, Strukturen herauszubilden, Kooperationen aufzubauen und Kenntnisse zu bündeln. Fördermaßnahmen zur patientenorientierten Forschung sowie zur Präventions- und Versorgungsforschung sollten künftig angemessene Anreize setzen, um die Gesundheitsfachberufe zu integrieren und um thematisch einschlägige Forschungsk Kooperationen zwischen Fachhochschulen und Universitäten zu befördern.

Strukturierte Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses ausbauen:

Die strukturierte Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses ist eine notwendige Voraussetzung für den Auf- und Ausbau von Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Differenzierte, durchlässige und konsekutive Angebote für die Master-, Promotions- und Postdoc-Phase zu entwickeln und zu implementieren, ist daher unverzichtbar.

Eine mit anderen Ländern vergleichbare differenzierte, durchlässige und konsekutive, an den Anforderungswandel angepasste und an modernen Leitbildern orientierte, leistungs- und zukunftsfähige Ausbildungsstruktur für die Gesundheitsfachberufe fehlt in Deutschland. Zur akademischen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe wurden bisher vor allem Bachelorstudiengänge aufgebaut. Um nicht allein die Nutzung von Forschung zu befördern, sondern auch für deren eigenverantwortliche Durchführung zu qualifizieren, muss aber zugleich auch das Angebot von thematisch einschlägigen und konsekutiven Masterstudiengängen erweitert werden. Zudem bedarf es stabiler Pfade für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung in Form von Promotions- und Postdoc-Phasen sowie angemessener Beschäftigungsmöglichkeiten für wissenschaftliche Mitarbeiter. Die Arbeitsgruppe des Gesundheitsforschungsrates (GFR) skizziert im vorliegenden Konzeptpapier erste Überlegungen zur möglichen Umsetzung dieser Forderungen. Der Wissenschaftsrat (WR) erarbeitet derzeit „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“, die in der zweiten Hälfte des Jahres 2012 verabschiedet und veröffentlicht werden sollen. Hierin sind weitere Informationen zum Stand der Qualifizierungswege für die Gesundheitsfachberufe und umfassende Vorschläge zu deren Weiterentwicklung zu erwarten. Diese werden ausdrücklich die Schnittstellen zu den traditionell akademischen Gesundheitsprofessionen in den Blick nehmen und in Anbetracht des zuvor skizzierten Anforderungswandels nach neuen Wegen in der Qualifizierung aller Gesundheitsfachberufe fragen.

Geeignete Maßnahmen für den Ausbau der Forschung:

Forschung in den Gesundheitsfachberufen durch geeignete Maßnahmen zu fördern, eröffnet Chancen für eine bedarfsgerechtere, effektivere und effizientere Gesundheits- und Sozialversorgung in Deutschland. Förderlich wären insbesondere:

- ▶ ein strukturierter Diskurs mit allen relevanten Disziplinen, Trägern und Wissenschaftsorganisationen (Länder, Wissenschaftsrat, Hochschulrektorenkonferenz [HRK], Gesundheitsforschungsrat [GFR], Bund) zur künftigen hochschulischen Verankerung der Forschung in den Gesundheitsfachberufen;
- ▶ die Entwicklung und Implementierung hochschulübergreifender Masterprogramme mit Anschlussfähigkeit zur Promotion;
- ▶ die systematische Promotionsförderung durch Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen Fachhochschulen und Universitäten sowie durch den Ausbau einschlägiger Förderinitiativen (z.B. des BMBF-Programm Forschungskollegs, DFG-Graduiertenkollegs);
- ▶ die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses durch spezifische Nachwuchsakademien der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und vergleichbare Initiativen;
- ▶ die Förderung einer Meilensteinplanung für die Forschungsentwicklung sowie der Entwicklung einer Forschungsagenda durch die jeweiligen Disziplinen;
- ▶ die Öffnung einschlägiger Forschungsförderinitiativen und Ausschreibungen für die Gesundheitsfachberufe sowie die Integration von ausgewiesenen Vertretern der verschiedenen Disziplinen in die Planung und Begutachtung von Förderprogrammen.

Autorenerklärung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in diesem Artikel eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Forschung in den Gesundheitsfachberufen

Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland

Research in the allied health professions

Potentials for a needs-based health care in Germany

Autoren

M. Ewers¹ T. Grewe² H. Höppner³ W. Huber⁴ F. Sayn-Wittgenstein⁵ R. Stemmer⁶
S. Voigt-Radloff⁷ U. Walkenhorst⁸

Institut

¹ Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin
² Fachbereich Gesundheit, Logopädie und Therapiewissenschaft, Hochschule Fresenius Idstein
³ Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Physiotherapie, Fachhochschule Kiel
⁴ Neurologische Klinik, Neurolinguistik und Logopädie, Universitätsklinikum der RWTH Aachen
⁵ Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hebammenwesen, Hochschule Osnabrück
⁶ Fachbereich Gesundheit und Pflege, Pflegewissenschaft und Pflegemanagement, Katholische Fachhochschule Mainz
⁷ Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Ergotherapie, Universität Freiburg
⁸ Ergotherapie, Hochschule für Gesundheit Bochum

I. Einleitung

Eine durch den Gesundheitsforschungsrat (GFR) eingesetzte Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe hat bestehende Forschungsstrukturen, exemplarische Forschungsfelder und drängende Forschungsbedarfe in der Pflege, dem Hebammenwesen sowie der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie ermittelt und kritisch diskutiert. Gemeinsames Merkmal dieser bundesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe ist eine hierzulande im internationalen Vergleich verspätet einsetzende sowie nach wie vor zögerlich verlaufende Wissenschaftsentwicklung und Akademisierung und damit letztlich eine zumeist forschungs- und wissenschaftsferne Praxis. Der Begriff „Akademisierung“ steht in diesem Zusammenhang schlicht für eine Anhebung des grundständigen Qualifikationsniveaus der Gesundheitsfachberufe von der sekundären (Berufsfachschulen) auch auf die tertiäre Ebene des Bildungssystems (Hochschulen) mit den entsprechenden Konsequenzen für das Bildungs- und Kompetenzniveau bei gleichzeitiger Differenzierung der übrigen Berufs- und Bildungsabschlüsse. Dabei ist zu bedenken, dass die traditionelle berufsfachschulische Ausbildung von Pflegenden, Hebammen und Entbindungspflegern, Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden in Deutschland erst seit wenigen Jahren durch ein breites Spektrum an akademischen Bildungsangeboten auf unterschiedlichen Ebenen und mit heterogener Ausrichtung ergänzt wird. Die Pflege hat dabei mit Beginn der 1990er Jahre den Anfang gemacht und sich zwischenzeitlich sicherlich am weitesten entwickelt. Die im Jahr 2009 erfolgte Einführung von Modellklauseln in die Berufsgesetze der Hebammen/Entbindungspflege, der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie hat zudem Möglichkeiten zur Entwicklung und Erprobung grundständig qualifizierender Studienangebote eröffnet, in denen neben einem

ersten Hochschulabschluss auch die gesetzlich geforderte Berufszulassung erworben werden kann. Die Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe erörterte, ob damit notwendige und hinreichende Voraussetzungen für eine stärkere Forschungs- und Wissenschaftsorientierung geschaffen sind und welche konkreten strukturellen und inhaltlichen Herausforderungen in der Forschung angegangen werden müssen, aber auch, welche Beiträge durch deren Beantwortung für eine bedarfsgerechtere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu erwarten sind. Ergebnisse des Beratungs- und Diskussionsprozesses sind in diesem Konzeptpapier in gebündelter Form dargestellt.

Entsprechend der Funktion des GFR, der Fragen und Probleme der Gesundheitsforschung berät und Empfehlungen formuliert, war es Aufgabe der eingesetzten Arbeitsgruppe, die derzeitige Situation der Forschung in den Gesundheitsfachberufen vor dem Hintergrund eines zunehmend breiter werdenden Studienangebotes in diesen Fächern sichtbar zu machen und Entwicklungsperspektiven für die Forschung in den Gesundheitsfachberufen aufzuzeigen. Bildungspolitische, gesundheitspolitische oder professionspolitische Herausforderungen, die sich im Prozess der Akademisierung stellen und die angesichts der akademischen Entwicklung der Gesundheitsfachberufe derzeit verstärkt diskutiert werden, wurden dabei ausgeklammert. Dazu zählen Fragen nach der Breite, den Inhalten und Formen von Studienangeboten in den Gesundheitsfachberufen, solche zu den Anteilen akademisch Qualifizierter in den einzelnen Disziplinen, oder auch Fragen nach der künftigen Rolle des akademisch ausgebildeten Nachwuchses der Gesundheitsfachberufe in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Die Beschränkung auf Fragen zum Stand und zur Entwicklung von Forschung in den Gesundheitsfachberufen ist auch ohne Berücksichtigung aller von der Akade-

Gesundheitswesen

Schlüsselwörter

- 🔍 Forschung
- 🔍 Gesundheitsfachberufe
- 🔍 Pflege
- 🔍 Hebammenwesen
- 🔍 Physiotherapie
- 🔍 Ergotherapie
- 🔍 Logopädie

Keywords

- 🔍 research
- 🔍 allied health professions
- 🔍 nursing
- 🔍 midwifery
- 🔍 physiotherapy
- 🔍 occupational therapy
- 🔍 speech and language therapy

eingereicht 15.03.2012

akzeptiert 16.03.2012

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0032-1305035
Dtsch Med Wochenschr 2012;
137: S37–S73 · © Georg
Thieme Verlag KG · Stuttgart ·
New York · ISSN 0012-0472

Korrespondenz

Prof. Dr. Michael Ewers
Charité – Universitätsmedizin
Berlin, Institut für Medizin-,
Pflegepädagogik und Pflege-
wissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Tel. 030/450 529 092
Fax 030/450 529 900
eMail m.ewers@charite.de

misierung berührten Politikfelder schon Aufgabe genug. Denn die Überwindung von Hemmnissen und die Lösung von Problemen zum Aufbau einer angemessenen Forschung in den Gesundheitsfachberufen sind gegenwärtig zentrale Aufgaben für den begonnenen Prozess der Akademisierung. Ohne eine kontinuierliche und systematische Erneuerung und Erweiterung des Wissens in den Gesundheitsfachberufen ist weder eine akademische, wesentlich über die Fachschulausbildung hinausweisende Lehre möglich, noch ist eine qualitativ gesicherte gesundheitliche Versorgung zu fundieren, die auch die neu auf die Berufe zukommenden Herausforderungen zu meistern vermag.

1. Anforderungswandel in der Gesundheits- und Sozialversorgung

Seit geraumer Zeit wird in immer mehr Veröffentlichungen auf einen quantitativen und qualitativen Anforderungswandel in der Gesundheits- und Sozialversorgung hingewiesen, der durch übergreifende und langfristige demographische, epidemiologische, wissenschaftlich-technische und soziokulturelle Transformationsprozesse ausgelöst wird. Betont werden darin die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung mit einer wachsenden Zahl alter und hochaltriger Menschen sowie der Bedeutungszuwachs chronischer Erkrankungen und insbesondere von Multimorbidität. Zu beachten sind ferner der rasante Zuwachs an wissenschaftlichen Erkenntnissen, der Einzug von Technik in nahezu alle Lebensbereiche und schließlich die starke Belastung und der Mangel an Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen. Aber auch neue Rollenerwartungen, Leitbilder und Werteveränderungen innerhalb der Gesellschaft, die sich in Beruf und Alltag auswirken, sind zu berücksichtigen. Zusätzlich werden diese Prozesse durch eine niedrige Geburtenrate akzelerierend beeinflusst. Den komplexen Anforderungen, die aus diesen Entwicklungen resultieren, kann allein mit biomedizinischen Modellen und Strategien kaum mehr bedarfsgerecht entsprochen werden, denn diese sind ausschließlich an organischen Schädigungen, an deren Verständnis und Beseitigung oder an der Wiederherstellung, Substitution und Kompensation von körperlichen Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen orientiert. Vielmehr sind in Ergänzung dazu Ansätze und Interventionen gefordert, die auch die soziale Teilhabe erkrankter, hilfe- oder pflegebedürftiger Personen mit ihren Möglichkeiten der psychosozialen und alltagspraktischen Adaptation, der Bewältigung von Krankheitsfolgen und des Selbstmanagements sowie der Unterstützung durch das soziale Umfeld und anderer informeller Helfer berücksichtigen. Diese zwischenzeitlich erkannte Notwendigkeit zur Integration personenzentrierter und systemischer Ansätze in die Gesundheits- und Sozialversorgung wirft die Frage auf, ob neben den Beiträgen der etablierten akademischen Gesundheitsprofessionen nicht auch die Potenziale alliierter Professionen – darunter der Pflege, des Hebammenwesens, der Physio- und Ergotherapie sowie der Logopädie – mehr Aufmerksamkeit als bislang erfahren sollten. Spezifische Konzepte, Strategien und Interventionen dieser Gesundheitsfachberufe können – so die diesem Papier zugrunde liegende These – neue Perspektiven für eine bedarfsgerechtere Beantwortung des Anforderungswandels in der Gesundheits- und Sozialversorgung eröffnen.

Besonderes Augenmerk wird auf die Möglichkeiten der Gesundheitsfachberufe für eine Intensivierung der (un-)spezifischen Gesundheitsförderung sowie der Prävention körperlicher oder psychosozialer Gesundheitsprobleme und ihrer Folgen zu richten sein. Dieses Aufgabengebiet wird – wie seit geraumer Zeit beklagt – in der versicherungsrechtlich abgedeckten Gesundheits- und Sozialversorgung trotz unbestrittener Bedeutung für die Beantwortung des Anforderungswandels vernachlässigt. Intensive Kontaktmöglichkeiten der Gesundheitsfachberufe zu Nutzern, Patienten oder Klienten an den diversen Anlaufstellen des Gesundheits- und Sozialwesens und die Nähe zu deren Alltag und Lebenswelt bieten wenig genutzte Chancen zur vorbeugenden Aufklärung, Information, Beratung und Anleitung. Diese von ihrem Charakter her edukativen Aufgaben systematisch und reflektiert anzugehen sowie generell Gesundheitsförderung und Prävention mehr Bedeutung einzuräumen, ist eine wichtige Zukunftsaufgabe.

Im konkreten Versorgungsalltag werden die Gesundheitsfachberufe in den verschiedenen Strukturen und Einrichtungen durch eine klinisch anspruchsvoller werdende Akutversorgung gefordert – etwa aufgrund komplexer werdender Krankheitsbilder, einer intensiveren Nutzung technischer Ausrüstung in Diagnostik und Therapie, der zunehmenden Verdichtung von Arbeitsabläufen im stationären Setting oder der Auslagerung vormals dem stationären Sektor vorbehaltener Patientengruppen und Behandlungsverfahren in den ambulanten und häuslichen Bereich. Diese und vergleichbare Entwicklungen verlangen von den Gesundheitsfachberufen die systematische Erweiterung ihrer klinisch-therapeutischen Kenntnisse und Kompetenzen sowie deren stetige Aktualisierung, orientiert am neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse. Gefragt ist ferner die reflektierte und effiziente Nutzung technischer Hilfsmittel in den Behandlungs- und Versorgungsprozessen, die Berücksichtigung steigender Sicherheits- und Qualitätsanforderungen sowie eine enge und partnerschaftliche Aufgabenteilung mit anderen professionellen Akteuren unter vielfach erschwerten klinischen, sozialen und organisatorischen Bedingungen. Neue Anforderungen entstehen darüber hinaus angesichts der Dominanz lang andauernder, komplexer und einander zunehmend überlagernder Erkrankungen sowie der Notwendigkeit zur Entwicklung eng aufeinander abgestimmter und ergebnisorientierter Versorgungskonzepte und -strategien. Zu fragen ist beispielsweise:

- ▶ Welche Möglichkeiten haben Gesundheitsfachberufe, um auf die mit chronischen Erkrankungen einhergehenden Belastungen zu reagieren, unter den Erschwernissen von Multimorbidität auf Krankheitsverläufe einzuwirken und deren Bewältigung zu unterstützen?
- ▶ Welche Formen der Kooperation zwischen den an der Versorgung beteiligten formellen und informellen Helfern sind bei chronischer Krankheit, Behinderung und Multimorbidität erforderlich, und wie können diese in arbeitsteilig angelegten Gesundheitssystemen umgesetzt werden?
- ▶ Was sind dabei realistische Versorgungsziele, und wie können diese über die Phase des aktiven professionellen Einwirkens hinaus durch die Beteiligung von Patienten oder Klienten und ihres sozialen Umfeldes oder auch informeller Helfer gesichert werden?

- ▶ Welche konkreten Endergebnisse sollen durch die Langzeitversorgung chronisch kranker, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen erreicht, und wie kann die Effektivität und Effizienz der eingeleiteten Interventionen nachgewiesen werden?
- ▶ Welche Möglichkeiten bieten sich für die Gesundheitsfachberufe in der Gesundheitsförderung und Prävention? Welche besonderen Interventionskonzepte sind dabei in verschiedenen Phasen des Lebensalters, vom Säugling bis zum Hochaltigen, zu entwickeln und zwischen den Gesundheitsfachberufen interdisziplinär abzustimmen?

Zu beantworten sind diese und vergleichbare Fragen unter den Bedingungen einer modernen und pluralistischen Gesellschaft, in der soziale und kulturelle Bedingungsfaktoren von Gesundheit und Krankheit mehr Aufmerksamkeit als bislang erfahren müssen. Es gilt, den Einfluss von Lebenswelten und Lebensstilen sowie von sozialer und kultureller Diversität auf das Krankheitsgeschehen und Bewältigungshandeln näher zu bestimmen. Dazu mangelt es an Untersuchungen, die allein die Problemsituation adäquat erfassen und abbilden, beispielsweise zur Situation von Menschen in sozial prekären Lebenslagen mit und ohne Migrationshintergrund. Noch schwieriger wird es, wenn zielgruppenspezifische, bedarfsgerechte und empirisch überprüfte Interventionskonzepte gefordert sind, um auf diese komplexen Herausforderungen zu reagieren.

Bei all dem ist zu berücksichtigen, dass das traditionelle Beziehungsgefüge in der Gesundheits- und Sozialversorgung in Bewegung geraten ist und dass insbesondere neue Rollen und Rollenexpectationen auf Seiten der Nutzer, Patienten und Klienten ein grundsätzliches Umdenken erfordern. Zum einen wird in wissensorientierten Gesellschaften auf einen wachsenden Informations- und Beratungsbedarf zu reagieren sein, aber auch auf die intensivere Nutzung moderner Medien und deren Konsequenzen für die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialversorgung. Zum anderen ist eine aktive Beteiligung der Patienten bzw. Klienten und eine enge Kooperation mit informellen Helfern – etwa Familienangehörigen oder ehrenamtlichen Helfern – gefragt, um die Behandlungs- und Versorgungsziele tatsächlich erreichen zu können. Patienten müssen aktiviert, motiviert und zu eigenverantwortlichem Handeln befähigt werden, um kontinuierlich den mit der Erkrankung einhergehenden Veränderungen und Risiken begegnen zu können. Nicht zuletzt gehen auch ein gesteigertes Kostenbewusstsein und der Einfluss marktwirtschaftlicher Denk- und Entscheidungsmuster auf das Versorgungsgeschehen mit neuen Erwartungen an die professionelle Interaktions- und Versorgungsgestaltung einher – allesamt neue und anspruchsvolle Anforderungen, mit denen sich auch die Gesundheitsfachberufe mehr und mehr konfrontiert sehen.

2. Forschungsorientierung in den Gesundheitsfachberufen



Die Beantwortung des zuvor skizzierten Anforderungswandels verlangt nach theoretischen und empirischen Erkenntnissen, an deren forschungsgestützter Erarbeitung neben den einschlägigen akademischen Grundlagen- und Bezugsdisziplinen auch die anwendungsorientierten gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen aktiv und verantwortlich mitwirken müssen. Pflegenden, Hebammen und Entbindungspflegern, Physio- und Ergo-

therapeuten sowie Logopäden bzw. Sprachtherapeuten stellen sich in diesem Kontext einige generelle sowie spezifische Herausforderungen, die im Folgenden kursorisch thematisiert werden sollen:

Gemeinsam mit anderen Gesundheitsfachberufen stehen sie heute vor dem Problem, dass für die Wirksamkeit ihrer Interventionen unter den gegebenen Bedingungen und für den jeweiligen Anwendungsbereich vielfach keine ausreichende Evidenz vorliegt. Häufig mangelt es bereits an geeigneten Interventionskonzepten, weil es keine Studien – schon gar nicht spezifisch für einzelne Patienten-, Klienten- oder Zielgruppen – gibt, die differenzierte Hinweise auf die zu adressierende Problem- und Bedarfslage, den spezifischen Charakter, die erforderliche Intensität, die Länge oder auch die notwendige Periodizität einzelner Maßnahmen geben könnten. Konzeptvergleichende Studien, welche die Überlegenheit bzw. Unterlegenheit von spezifischen Interventionen und Behandlungsverfahren zum Gegenstand haben, fehlen weitgehend. Tatsächlich aber haben wissenschaftsbasierte und forschungsgestützte Interventionskonzepte angesichts der Entwicklungen im Gesundheitswesen und lauter werdender Forderungen nach Effektivität und Effizienz in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Versorgungsleistungen werden berechtigterweise nur dann solidarisch finanziert, wenn entsprechende Belege ihrer Wirksamkeit vorliegen. Und auch Patienten, Klienten oder Nutzer verlangen immer öfter nach einer rationalen und interpersonal nachvollziehbaren Erklärung und einem überprüfbaren Wirksamkeitsnachweis für die vorgeschlagenen Interventionen oder durchgeführten Maßnahmen.

Noch tun sich die Gesundheitsfachberufe verständlicherweise schwer, diesen lauter werdenden Forderungen nach Forschungsorientierung und Evidenzbasierung ihres Handelns zu entsprechen. Ein spezifisches Dilemma ergibt sich für sie nicht allein aufgrund des hierzulande in der Öffentlichkeit oft noch vorherrschenden stark vereinfachten Berufsverständnisses, der im internationalen Vergleich mit großer zeitlicher Verzögerung einsetzenden Akademisierung und der vielfach noch in den Anfängen stehenden Wissenschafts- und Disziplinentwicklung. In der Forschung erweist es sich für sie zudem als problematisch, eine angemessene Balance zwischen disziplinären und interdisziplinären Fragestellungen und Vorgehensweisen zu finden. Einerseits sind die Gesundheitsfachberufe auf dem schwierigen Weg ihrer Wissenschaftsentwicklung und Disziplinwerdung zwingend auf Forschungsaktivitäten angewiesen, die geeignet sind, das Spezifische ihrer professionellen Perspektive und ihrer Beiträge zur Gesundheits- und Sozialversorgung herauszuarbeiten. Dabei wird neben einer reinen Interventionsforschung auch Grundlagenforschung benötigt, die fundierte Beiträge zur Theorieentwicklung der noch jungen Disziplinen zu leisten vermag. Erst auf dieser disziplinären Grundlage können sie innerhalb ihres Handlungs- und Verantwortungsbereiches eigenständig und wissenschaftlich begründet tätig werden. Einige Überlegungen zu diesen berufs- bzw. disziplinspezifischen Forschungsbedarfen werden im folgenden Kapitel II angestellt.

Darüber hinaus ist es notwendig, die Forschungsaktivitäten unterschiedlicher gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen und deren jeweilige Perspektiven zusammenzuführen. Denn immer öfter sind Menschen nicht allein auf medizinische, pflegerische oder therapeutische Hilfe angewiesen. Vielmehr benötigen sie

aufgrund komplexer Problemlagen eng aufeinander abgestimmte und somit multiprofessionell entwickelte und verantwortete Interventionen. Die in diesem Zusammenhang anstehenden Forschungsaufgaben sind ebenso anspruchsvoll wie umfangreich. Bewältigen lassen sie sich nur, wenn Synergieeffekte in multi- und interdisziplinären Forschungsanstrengungen erreicht werden. Forschungsk Kooperationen zwischen Fachhochschulen, Universitäten und außeruniversitären Forschungszentren sowie zwischen allen Disziplinen, die für die Gesundheits- und Krankenversorgung relevante Beiträge leisten können, sind dabei – angesichts der eng begrenzten Ressourcen für Forschung – ein Gebot der wissenschaftlichen Offenheit wie auch der ökonomischen Klugheit. Einige der Forschungsfragen, die in diesem Sinne nach professions- und disziplinübergreifenden Zugängen und Strategien verlangen, werden in Kapitel III thematisiert.

Nicht übersehen werden darf indes, dass die Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen angesichts unterschiedlicher historischer Entwicklungen und traditioneller Hierarchien besondere, teilweise Konflikt beladene Herausforderungen birgt. Dies gilt in der Versorgungspraxis gleichermaßen wie in der Forschung. Dabei hätte eine enge und sich auf Augenhöhe begegnende Kooperation dieser Disziplinen nicht nur in der Praxis einen hohen Stellenwert für die Problemlösung. Auch für die Beantwortung vieler drängender Forschungsfragen ist die Zusammenarbeit der anwendungsorientierten Disziplinen und der Bezugsdisziplinen – insbesondere der Bio- und Humanwissenschaften – unverzichtbar. Allerdings bedarf es hierfür angemessener struktureller Voraussetzungen, um solche disziplinübergreifenden Forschungsaktivitäten auf gleicher Augenhöhe zu ermöglichen. Wie es derzeit auf dem Gebiet der Studiengangentwicklung und der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung sowie der hochschulischen Struktur- und Kapazitätsentwicklung bestellt ist, wird in Kapitel IV und Kapitel V betrachtet.

Ob eine Forschungsorientierung die Gesundheitsfachberufe für die Bewältigung der anstehenden disziplinären und interdisziplinären Forschungsaufgaben in Stand setzt und ob ihnen die Beantwortung aktueller und zukünftiger Anforderungen in der Gesundheits- und Sozialversorgung ermöglicht werden kann, wird schließlich entscheidend von den Möglichkeiten zur Zusammenarbeit mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Interessengruppen sowie einer angemessenen, transparenten und flexiblen Forschungsförderung abhängen. Diese Aspekte werden in den Kapiteln VI und VII beleuchtet.

II. Spezifischer Forschungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen

Im Folgenden werden Überlegungen zum spezifischen Forschungsbedarf in den einzelnen Gesundheitsfachberufen angestellt, wobei inhaltlich drei Aufgabenbereiche fokussiert werden:

1. Intervention bei altersbedingten Veränderungen
2. Langzeitbehandlung und -versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen
3. Prävention von Gesundheitsbeeinträchtigungen und Entwicklungseinschränkungen – insbesondere bei Kindern, die unter sozial schwierigen Bedingungen leben und aufwachsen

Aufgrund der Besonderheiten der einzelnen Gesundheitsfachberufe werden nicht immer alle drei Aufgabenbereiche gleichermaßen zur Sprache kommen – so etwa im Falle des Hebammenwesens. Sie erschienen den Mitgliedern der Arbeitsgruppe angesichts der Vielzahl möglicher Forschungsschwerpunkte dennoch geeignet, auf exemplarische Weise den spezifischen Forschungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen herauszustellen. Anspruch auf Vollständigkeit erheben die Ausführungen nicht und selbstverständlich hätten auch andere Akzente bei der Auswahl und Darstellung gesetzt werden können. Ziel ist es, anhand konkreter Beispiele einige spezifische und versorgungsrelevante Forschungsbedarfe zu veranschaulichen, die von den Gesundheitsfachberufen multi- und wenn möglich interdisziplinär zu beantworten sein werden.

Das den Ausführungen zugrundeliegende Forschungsverständnis orientiert sich im Wesentlichen an dem international etablierten Leitfadens zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen, wie er vom britischen Medical Research Council vorgestellt wurde [1]. Demnach sollen Erkenntnisse aus der grundlagenorientierten Forschung im Rahmen der Interventionsmodellierung zu komplexen, aber anwendbaren Behandlungsansätzen (weiter-)entwickelt werden (Translationsforschung). Aufeinander aufbauende Stufen des Evaluationsmodells sehen vor, zunächst die praktische Umsetzbarkeit der entwickelten Interventionen (Pilotstudie als Teil der Translationsforschung) und anschließend ihren Nutzen für den Patienten systematisch zu untersuchen (klinische Forschung) sowie abschließend in der Routineversorgung zu implementieren und zu evaluieren (Versorgungsforschung). Dass die Gesundheitsfachberufe neben der translations- und interventionsorientierten Forschung eine eigenständige Grundlagenforschung benötigen, wird gesehen, jedoch in diesem Zusammenhang zurückgestellt. Dies gilt in gleicher Weise für den durchaus als notwendig erachteten Ausbau einer theoretischen Fundierung. Ebenso wird die Frage ausgeklammert, worin sich die Forschung der hier berücksichtigten Disziplinen aus wissenschaftstheoretischer und paradigmatischer Sicht von denen der etablierten Gesundheitsdisziplinen – namentlich der Medizin – unterscheiden (vgl. hierzu [2, 3]).

Die Darstellung folgt einem einheitlichen Muster: Zunächst wird kurz das professionelle Selbstverständnis der Gesundheitsfachberufe und wissenschaftlichen Disziplinen vorgestellt, sodann drei Versorgungsprobleme und der jeweils damit verbun-

dene Forschungsbedarf umrissen. Den Anfang macht die Pflege als zahlenmäßig stärkste Berufsgruppe, gefolgt von den Hebammen/Entbindungspflegern und den drei Therapieberufen.

Literatur

- 1 Medical Research Council. Developing and evaluating complex interventions: new guidance (2008) Im Internet: www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance Stand: 15.10.2011
- 2 Brüggemann A, Bromme R. Einleitung. In: Brüggemann A, Bromme R Hrsg. Entwicklung und Bewertung anwendungsorientierter Grundlagenforschung in der Psychologie. Rundgespräche und Kolloquien. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Berlin, Akademie Verlag 2006; 1–10
- 3 Groeben N. Überwindung der Grundlagen-Anwendungs-Implikation und Zielkriterien für praktische und epistemische Forschung – eine wissenschaftstheoretische Perspektive. In: Brüggemann A, Bromme R Hrsg. Entwicklung und Bewertung anwendungsorientierter Grundlagenforschung in der Psychologie. Rundgespräche und Kolloquien. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Berlin, Akademie Verlag 2006; 13–26

1. Pflege



Das Ziel professionellen pflegerischen Handelns besteht darin, größtmögliche Selbstständigkeit in der Lebensführung zu erhalten und wiederherzustellen. Dies führt zu Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Kompensation und der palliativen Versorgung [18]. Durch die Diagnostik und Behandlung menschlicher Reaktionen auf aktuelle oder mögliche gesundheitliche Probleme fokussiert die professionelle Gesundheits- und Kranken- bzw. Altenpflege im Besonderen auf die Konsequenzen, die aus Erkrankungen und Funktionseinschränkungen für die Alltagsbewältigung hervorgehen. Pflegerisches Handeln zielt darauf ab, die Aktivitäten des täglichen Lebens durch Beratung, Anleitung und teilweiser oder – sofern notwendig und unvermeidbar – auch vollständiger Übernahme aufrechtzuerhalten und damit weitgehende Selbstbestimmtheit für Menschen mit Pflegebedarf zu gewährleisten. Gegenstand der Pflegewissenschaft sind zum einen die empirisch identifizierbaren Auswirkungen von Krankheiten und zeitweisen oder dauerhaften Funktionseinschränkungen auf die Alltagsgestaltung und Lebensführung. Zum anderen befassen sich Pflegewissenschaft und Pflegeforschung mit der Logik, den Wirkungsweisen und den konkreten Effekten pflegerischer Interventionen sowie mit den Einflussfaktoren und Kontextbedingungen von Pflege [2, 14].

1.1 Intensivierte Pflege für Menschen mit chronischen Erkrankungen

Im Jahr 2004 gaben 41% der Frauen und 35% der Männer an, unter einer chronischen Erkrankung oder Gesundheitsstörung zu leiden [13]. Im Verlauf chronischer Erkrankungen wechseln Zeiten relativer Stabilität mit Phasen akuter Verschlechterungen ab und gehen mit wechselnden Herausforderungen für die betroffenen Menschen und ihre sozialen Unterstützungssysteme einher. Häufig müssen unterschiedliche Anbieter und Versorgungssysteme im Gesundheitswesen in Anspruch genommen werden.

Dabei ist die Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität eine besondere Herausforderung, zumal Versorgungsbrüche oftmals den Gesundheitsstatus verschlechtern und das abgesunkene Gesundheitsniveau verfestigen [9]. Für ein weitgehend selbstbestimmtes Leben müssen chronisch kranke Menschen die Folgen der Erkrankung im Alltag auf vielfältige Weise kompensieren und die Vielzahl der sich im Krankheitsverlauf verändernden Betreuungsangebote stetig neu koordinieren.

Um den spezifischen Herausforderungen von Menschen mit (schweren) chronischen Erkrankungen begegnen und ihnen die notwendige pflegerische Unterstützung anbieten zu können, wurde im englischsprachigen Raum die so genannte „Advanced Nursing Practice“ (ANP) entwickelt – also eine fortgeschrittene oder auch intensiviertere Pflegepraxis. Zu den Kernaufgaben gehören das engmaschige Monitoring von Krankheitsverläufen, eine leitfadengestützte situationsbezogene Anpassung von Therapiemaßnahmen, die kompensatorische Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens und die Anleitung zu erforderlichen Selbstpflegeleistungen. Dabei ist das Pflegehandeln insbesondere auf die Mobilisierung und Aufrechterhaltung von Selbsthilfepotenzialen ausgerichtet. In vorliegenden Untersuchungen zur fortgeschrittenen oder intensivierten Pflege von Säuglingen und Kleinkindern sowie zur Versorgung hochaltriger Menschen und von Menschen mit Krebserkrankungen wurden überwiegend positive Effekte dokumentiert, darunter insbesondere eine hohe Zufriedenheit und ein verbessertes Wohlbefinden der Patienten sowie eine Reduktion von Depression und Ängstlichkeit [7]. Allerdings wurden diese Studien nicht in Deutschland durchgeführt, weshalb das international verbreitete Konzept zunächst an die Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems adaptiert und anschließend auf seine Wirksamkeit hin überprüft werden müsste. Folgende Herausforderungen wären zu bewältigen:

- ▶ Bestimmung von Kriterien zur Identifikation chronisch kranker Personen, die einen überdurchschnittlichen Betreuungs- und Pflegebedarf haben und für die eine positive Wirkung intensiver Pflege plausibel darstellbar ist,
- ▶ Adaptation der in den internationalen Studien beschriebenen pflegerischen Interventionsstrategien an den deutschen Versorgungskontext (Konzepterstellung),
- ▶ Feldversuch zur Umsetzbarkeit des adaptierten Konzeptes, ggf. mit anschließender Überarbeitung,
- ▶ multizentrische pragmatische Wirksamkeitsstudien in verschiedenen Settings wie Akutkrankenhaus, ambulante Pflege oder Pflegeheim.

1.2 Reduktion ansteigender Pflegebedürftigkeit im Alter

Auch wenn Alter nicht automatisch mit Krankheit oder Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt werden kann, nimmt der Anteil der Pflegebedürftigen an einer Bevölkerungsgruppe mit zunehmendem Alter zu (5% bei den 72-Jährigen, 20% bei den 80- bis 85-Jährigen und 61% bei den 90- bis 95-Jährigen) [10]. Um der wachsenden Zahl pflegebedürftiger, vor allem älterer Menschen begegnen und die damit einhergehenden Einschränkungen möglichst lange aufhalten zu können, sind somit vor allem präventive und rehabilitative Interventionsansätze der Pflege gefragt. Während jedoch einige Untersuchungen zum präventiven Hausbesuch positive Effekte erkennen lassen [2], kommt eine europäische Übersichtsarbeit zu präventiven pflegerischen Interventionen zu widersprüchlichen Ergebnissen [1]. Als proble-

matisch könnte sich erweisen, dass eine aktivierende Pflege von ihrem Selbstverständnis her zwar immer präventiv und rehabilitativ angelegt ist [5], dass die einzelnen pflegerischen Interventionen konzeptionell aber noch nicht ausreichend konkretisiert und hinreichend distinkt sind, um im Pflege- und Versorgungsalltag zu stabilen und nachprüfbareren Ergebnissen zu führen. Dabei ist zu bedenken, dass sich die Forschung zur Pflege im Alter bisher vielfach auf Versorgungsprozesse und -strukturen sowie darauf ausgerichtete Steuerungsaufgaben (z.B. Pflegestützpunkte, Case Management), auf den Übergang zwischen häuslicher und stationärer Pflege [20], auf Wohnkonzepte [12] und auf die Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankungen [6] konzentrierte. Pflegerische Interventionskonzepte wurden schwerpunktmäßig im stationären Raum und selten im ambulanten Bereich untersucht. Noch seltener wurden dabei präventive und rehabilitative Interventionen betrachtet. Erforderlich ist somit eine Intensivierung der wissenschafts- und forschungsgestützten Konzeptentwicklung sowie die anschließende Überprüfung der Wirksamkeit der präventiven und rehabilitativen Pflegeinterventionen in verschiedenen Settings in Form von praktikablen, replizierbaren und aussagefähigen Wirksamkeitsstudien (z.B. phasenorientiert aufgebaut nach [4, 8]).

1.3 Pflege und Versorgung von Angehörigen vulnerabler Bevölkerungsgruppen

Annähernd 15% der in Deutschland lebenden Menschen haben im Hinblick auf ihr Einkommen, ihre Bildungsvoraussetzungen und ihren sozioökonomischen Status schlechtere Lebenschancen als Personen mit besseren Lebensbedingungen. In der Folge entwickelt sich eine sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen, die sich in einer erhöhten Rate an Krankheit und Pflegebedarf niederschlägt. Vor allem sozioökonomische Benachteiligung, unzureichende Bildung oder einschneidende Lebensereignisse mit anhaltender Beeinträchtigung erhöhen die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung und Verstetigung gesundheitlicher Einschränkung – oftmals mit weitreichenden Folgen für Kinder und Jugendliche, die unter derartigen Verhältnissen leben und aufwachsen. Teils als Ursache teils als Wirkung prekärer Lebensverhältnisse sind für Angehörige dieser Gruppen Zugang und Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen erschwert. Pflegerische Unterstützungskonzepte für diese vulnerablen Bevölkerungsgruppen haben oft emanzipatorischen Charakter und müssen aufsuchend sein. Zudem zielen sie nicht allein auf Individuen, sondern betrachten gleichermaßen familiäre und sonstige soziale Unterstützungssysteme. Hinsichtlich dieser Bevölkerungsgruppen spielen gesundheitsförderliche und präventiv ausgerichtete pflegerische Interventionen eine besondere Rolle [13].

International werden bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen die nicht immer trennscharfen Interventionsansätze von Family Health Nurses, Community Health Nurses und Public Health Nurses mit guten Erfolgen beratend, begleitend und unterstützend eingesetzt [19]. Inzwischen liegen einige positive Befunde aus der Erprobung dieser pflegerischen Handlungskonzepte für unterschiedliche Zielgruppen vor, z.B. zu obdachlosen Jugendlichen [16], Familien mit einem psychotisch kranken Familienmitglied [11] oder schwangeren Teenagern [15]. Ebenso liegen positive Ergebnisse aus dem vom BMG und der Robert Bosch Stiftung geförderten und von der Universität Witten/Herdecke wissenschaftlich begleiteten Projekt „Familiengesundheitspflege in Deutschland“ vor, das mittlerweile vom Kompetenzzentrum Familiengesundheits-

pflege des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) umgesetzt wird [17]. Allerdings ist diese Klientel in Deutschland erst ansatzweise im Blickfeld professioneller Pflege. Pflegeforschung zur Begleitung von Angehörigen vulnerabler Gruppen liegt in Deutschland kaum vor. Die Evidenzlage zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Angehörigen der genannten Gruppen durch gezielte pflegerische Interventionen kommt über erste Pilotstudien nicht hinaus. Erforderlich wären zunächst Untersuchungen zur differenzierten Darstellung des Bedarfs an gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen bei Angehörigen vulnerabler Gruppen (Pflegeepidemiologie) sowie schließlich auch die Entwicklung und Erprobung zielgruppenspezifischer Präventions- und Versorgungskonzepte. Hier sind Ansätze im Sinne des Family Health Nursing und des Community Health Nursing auf die bundesdeutsche Situation zu übertragen und unter hiesigen Kontextbedingungen zu erproben. Das methodische Vorgehen sollte den Modellen zur Entwicklung und Erprobung komplexer Interventionen folgen [4, 8].

Literatur

- Behrens J, Langer GH. Handbuch Evidence-based Nursing. Bern, Huber 2009
- Brandenburg H, Dorschner S. Pflegewissenschaft 1. 2.: überarbeitete und erweiterte Auflage; Bern, Huber 2008
- Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. Expertenhearing, Präventiver Hausbesuch im Alter (2005) Im Internet: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Dokumentation_Experten_Hearing.pdf Stand: 08.10.2010
- Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 2000; 321: 694–696
- Dangel B, Kolleck B, Korporal J. Rehabilitation Pflegebedürftiger: Konzept – Umsetzung – Ergebnisse. München, Elsevier 2005
- Frank W, Konta B. Kognitives Training bei Demenzen und anderen Störungen mit kognitiven Defiziten (2005) Im Internet: http://grips-db.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta123_bericht_de.pdf Stand: 15.06.2008
- Frank W, Konta B, Prusa N, Raymann C. Bedeutung der intensivierten Pflege. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2006
- Gryphonck M. Eine kritische Bewertung von Forschungsmethoden zur Herstellung von Evidenz in der Pflege. Pflege & Gesellschaft 2004; 9: 35–41
- Höhmann U, Müller-Mundt G, Schulz B Hrsg. Qualität durch Kooperation. Frankfurt/Main, Mabuse 1998
- Kuhlmeiy A. Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter – Herausforderungen für die Prävention. Pflege & Gesellschaft 2009; 14: 293–305
- Macleod SH, Elliott L, Brown R. What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. Intern J Nurs Stud 2011; 48: 100–120
- Rutenkröger A, Kuhn C. „Im Blick haben“. Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. Stuttgart, Demenz Support 2008
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Bonn, 2007) Im Internet: <http://www.svr-gesundheit.de> Stand: 08.08.2007
- Schaeffer D, Wingenfeld K. Handbuch Pflegewissenschaft Neuausgabe. Weinheim, Juventa 2011
- Strunk JA. The effect of school-based health clinics on teenage pregnancy and parenting outcomes: an integrated literature review. J Sch Nurs 2008; 24: 13–20
- Taylor-Seehafer MA. Positive youth development: reducing the health risks of homeless youth. MCN Am J Matern Child Nurs 2004; 29: 36–40
- Wagner F, Schnepf W Hrsg. Familiengesundheitspflege in Deutschland. Bestandsaufnahme und Beiträge zur Weiterbildung und Praxis. Bern, Huber 2011
- WHO – World Health Organization – Regional Office for Europe. Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Kopenhagen, WHO 1998
- WHO – World Health Organization – Regional Office for Europe. The Family Health Nurse. Context, Conceptual Framework and Curriculum. Kopenhagen, WHO 2000; Im Internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf Stand: 10.01.2011
- Wingenfeld K. Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern, Huber 2005

2. Hebammenwesen



Hebammen und Entbindungspfleger unterstützen Frauen und junge Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Gegenstand der Hebammenwissenschaft ist die Erforschung von Problemlagen und des Bewältigungshandelns bei sozialen, psychischen, physiologischen und pathophysiologischen Veränderungen bzw. Anpassungsleistungen in dieser generativen Lebensphase. Dies geschieht sektorenübergreifend sowohl klinisch als auch außerklinisch. Die Forschungsfragen mit dem Fokus auf notwendige Entwicklungen und Forschungsvertiefungen orientieren sich dabei am Phasenmodell von Pfaff [27]. Hierbei werden zwei Hauptrichtungen in der methodischen Anlage verfolgt: zum einen die Rekonstruktion sozialen Handelns mit anschließenden Empfehlungen für eine Konzeptentwicklung und zum anderen das Entwickeln von evidenzbasierten Interventionen mit anschließender Evaluation und Entwicklung von Versorgungskonzepten. Die drei folgenden exemplarischen Forschungsfelder berücksichtigen Ergebnisse eines internationalen Expertenworkshops [30, 31].

2.1 Geburtsbetreuung

Im Jahr 2008 wurden in Deutschland insgesamt 684926 Kinder geboren, 98,5% davon im klinischen Setting [37]. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind die häufigsten Anlässe für Krankenhausaufenthalte von Frauen zwischen dem 15. und 45. Lebensjahr [5]. Die Fallpauschalen für die Geburt und für das Neugeborene werden am häufigsten abgerechnet [15]. Deshalb ist die generative Lebensphase sowohl betriebswirtschaftlich als auch volkswirtschaftlich relevant. Steigende Kaiserschnittraten [6, 20, 34, 35] werden oftmals mit einer Zunahme von Zwillingschwangerschaften begründet. Im Jahr 2009 wurden in Deutschland jedoch 30,8% der Einlinge per Kaiserschnitt geboren [1]. Ebenso ist eine Erhöhung der medizinischen Interventionsraten während der komplikationslosen Geburt zu verzeichnen [35, 36]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft 70–80% aller Schwangerschaften bei Geburtsbeginn als normal ein. Damit bedürfen diese Schwangerschaften keiner medizinisch-technischen Interventionen [38]. In Deutschland sind die Interventionsraten in den letzten zwei Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen, die Einschätzung der WHO hat sich jedoch nicht verändert.

Die Entwicklung der Oxford Database on Perinatal Trials und die Arbeiten von Enkin, Keirse, Renfrew und Neilson [9, 10], die anhand wissenschaftlicher Kriterien die Wirksamkeit des geburts-hilflichen Handelns überprüften, führten in den 1990er Jahren in Europa zu einer neuen Diskussion. Die Betreuungskriterien von Schwangerschaft und Geburt sowie die Initiierung neuer Betreuungsformen waren hierbei zentrale Themen. Die hebam-mengeleitete Geburtshilfe im klinischen Setting ist eine dieser

neuen Betreuungsformen. Seit den 1990er Jahren wurde eine große Anzahl von internationalen Studien mit hohem Evidenzniveau zur hebammengeleiteten Geburtshilfe im Vergleich zu üblichen Betreuungsmodellen durchgeführt. Folgende Evidenzen belegen, dass sich aus hebammengeleiteter Geburtshilfe im Vergleich zu medizinisch-geleiteter oder gemischter Betreuung gesundheitsbezogene Vorteile für Mütter und Neugeborene ergeben: Cochrane Review zu hebammengeleiteter Geburtshilfe (Metaanalyse von 11 randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) bis 2007 und 12.276 Studienteilnehmerinnen) [13]; Cochrane Review zu Kontinuität durch Hebammen in der Geburtshilfe [14].

Andere zentrale Konzepte der Betreuung, wie etwa die partnerschaftliche Betreuungsgestaltung, die Mit- und Selbstbestimmung der Frau, das Informationsgefühl, die Wahlmöglichkeiten [17] und die persönliche Kontrolle [12, 24] während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit sind weitere Themenbereiche für die Forschung. Auf diesem Weg erarbeitete Erkenntnisse nutzen der Diskussion über die inhaltliche Entwicklung und Differenzierung von Betreuungskonzepten. Untersucht werden sollte ferner, auf welcher Entscheidungsgrundlage in eine Geburt eingegriffen wird, die nach physiologischen Prozessen läuft. Offen bleibt, wie interdisziplinäre Entscheidungsfindungsprozesse aussehen bzw. genutzt werden können.

Sowohl Forschung zur (Weiter-)Entwicklung von Instrumenten, die theoretische Konzepte valide und reliabel erfassen, als auch zur Identifizierung relevanter Endpunkte ist erforderlich, um innerhalb eines Spektrums von Gesundheit, Wohlbefinden und Krankheitsbewältigung die Wirksamkeit von Interventionen beurteilen zu können. International und national [3] existiert fachspezifische hebammenwissenschaftliche Expertise zu Assessment-Inhalten, jedoch eröffnet eine Instrumentenvalidierung Kooperationsmöglichkeiten mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen.

Notwendig wäre die interdisziplinäre Entwicklung einer Leitlinie als evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage für die intrapartale Betreuung von gesunden Frauen und ihren Neugeborenen, wie dies beispielsweise in Großbritannien realisiert wurde [25]. Involvierte Disziplinen wären hierbei z.B. die Gynäkologie, die Geburtshilfe, die Neonatologie, die Pädiatrie, die Anästhesie, die Pflegewissenschaft, die Hebammenwissenschaft und die Psychologie.

2.2 Gesundheitsförderung und Prävention in der Schwangerschaft

In Deutschland wird im Gegensatz zur Einschätzung der WHO von 70–80% Niedrigrisiko-Schwangerschaften lediglich für 27,2% der Schwangeren das Risiko niedrig eingestuft. Im Jahr 2009 erhielten 42,6% der Frauen zwölf und mehr Vorsorgeuntersuchungen, was einer Überversorgung gleich kommt [1]. Petersen [26] zeigte, dass 60,1% der 27,2% Niedrigrisiko-Schwangeren zwölf Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nahmen; 27,7% erhielten sogar 14 und mehr. Dies erklärt sich teilweise durch die in Deutschland einzigartige fachärztliche sowohl ambulante als auch stationäre Versorgung [19]. Die Überwachung eines Schwangerschaftsverlaufs erfolgt derzeit nahezu ausschließlich auf der Basis der sekundären Prävention, wodurch die Manifestation eines Schwangerschaftsrisikos in eine Pathologie nur bedingt verhindert werden kann. Es fehlen Untersu-

chungen zum Inhalt und zur Häufigkeit der Schwangerenvorsorge. Außerdem existiert kein geprüfter Algorithmus, mit dessen Hilfe entschieden werden kann, wann eine geburtshilfliche Versorgung auf der sekundären Versorgungsebene im Einzelfall angezeigt ist. Modelle, insbesondere Praxismodelle, niedrigschwelliger und wohnortnaher Betreuungsansätze mit Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und primärer Prävention [33] wurden bislang nur wenig untersucht.

Für diesen Bereich der Forschung kann exemplarisch die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Adipositas, Schwangerschaft und der Entwicklung eines Gestationsdiabetes betrachtet werden. Adipositas und Gestationsdiabetes bergen sowohl in der bestehenden Schwangerschaft als auch bei Folgeschwangerschaften eine Gefahr für das Kind. Eine qualitative Untersuchung ergab zum einen, dass Experten übergewichtige Frauen während der Schwangerschaft nicht auf deren Übergewicht ansprechen, und zum anderen, dass die Betroffenen auch erleichtert waren, nicht angesprochen worden zu sein. Übergewicht wurde nicht als Erkrankung sondern als Begleiterscheinung der Schwangerschaft wahrgenommen [21]. International wird in der Forschung sehr wohl eine Verbindung zwischen Adipositas, Gestationsdiabetes und gesundheitsbezogener Outcomes des Kindes und der Mutter hergestellt [7]. Bereits 2003 wurde von Artal beschrieben, dass 40% der Frauen, bei denen sich in der Schwangerschaft ein Gestationsdiabetes entwickelt, innerhalb von vier Jahren nach der Schwangerschaft an einem Diabetes mellitus Typ 2 erkranken [2]. An dieser Stelle wäre ein multidisziplinäres Forscherteam mit der Aufgabe zu betrauen, ein bedarfsgerechtes Beratungs- und Versorgungskonzept zu entwickeln. Dies könnte unter Zusammenarbeit von verschiedenen Disziplinen – Verhaltensforschung, Ernährungswissenschaften, Sportwissenschaft, Endokrinologie, Gynäkologie, Pädiatrie, und der Hebammenwissenschaft – erfolgen. Der Hebammenwissenschaft kommt in diesem Bereich die Aufgabe der Entwicklung von Konzepten für das Bewältigungshandeln von Schwangeren zu. Außerdem müsste untersucht werden, in welchen Bereichen (Primär- oder Sekundärversorgung) eine Prävention erfolgen kann. Ein weiterer denkbarer Forschungsansatz in Bezug auf die Frage nach Primär oder Sekundärversorgung ist, wie das Bewältigungshandeln von Frauen und ihren jungen Familien durch familiäre und soziale Faktoren beeinflusst wird. Zudem mangelt es in Deutschland an aktuellen und repräsentativen Zahlen zu Übergewicht bei Frauen in der generativen Lebensphase.

Neben der oben genannten Form der klassischen Prävention werden vielerorts verstärkt Präventionsprogramme für Familien in multiplen Problemlagen realisiert – z.B. durch den Einsatz von Familienhebammen. Ein großer Forschungsbedarf besteht darin, die verschiedenen Konzepte, auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen. Untersucht werden sollte zudem der Einfluss sozialer Determinanten auf das Gesundheitsverhalten und die Krankheitsbewältigung verschiedener Bevölkerungsgruppen sowie auf deren Inanspruchnahmeverhalten.

2.3 Beratung zur kindlichen Ernährung

Neben der körperlichen und psychischen Regeneration der Frau beansprucht der Aspekt der kindlichen Ernährung viel Aufmerksamkeit während der Phase des Wochenbettes. Aufgrund der Evidenzen zum Zusammenhang des Stillens und einer nachhaltigen Gesundheit von Mutter und Kind [4, 16, 23] wird im Folgenden das Stillen als Teilaspekt des Wochenbettes beson-

ders hervorgehoben, wenngleich auch andere Forschungsstränge in dieser Lebensphase denkbar sind. Deutschland gehört zu den Ländern mit einer niedrigen Stillprävalenz. Im Jahr 2005 wurden 81,5% aller Neugeborenen gestillt. 37,4% der Kinder werden länger als sechs Monate gestillt [18]. In Zentraleuropa liegt dieser Wert zwischen 70 und 80%. Der sozioökonomische Hintergrund und der Bildungsgrad von Frauen wirken sich auf die Stillhäufigkeit und Dauer aus [11]. Dabei ist die Stillprävalenz bei Müttern mit niedrigem sozioökonomischem Status geringer, z.B. 65 vs. 88% in Großbritannien [8]. Ergebnisse einer bayerischen Kohortenstudie zeigen, dass nach vier Monaten 51,6% und nach sechs Monaten 25,5% aller Mütter ausschließlich stillten [28]. Stillprobleme sind hierbei sowohl für das Abstillen innerhalb der ersten acht Wochen als auch innerhalb der ersten drei bis vier Monate ausschlaggebend [29].

Informationen zum Stillen können in hebammengeleiteter Schwangerenvorsorge frühzeitig übermittelt werden. Ergebnisse eines Cochrane Review zum Stillen [8] zeigen, dass eine bedürfnisorientierte 1:1-Beratung bzw. -Anleitung in der Schwangerschaft und nach der Geburt positive Effekte auf die Anzahl der stillenden Mütter mit niedrigem Einkommen in den USA hat. Die zum Wiederaufbau der Stillkultur erfolgten Maßnahmen werden dort insbesondere durch Fachpersonal vorangetrieben [32]. Es wurde bereits festgestellt, dass das Wochenbett, der Beginn des Stillens, in der Geburtsmedizin generell reduziert wahrgenommen wird [22]. Daher müssten die Stillprävalenz, das Stillverhalten sowie multiprofessionelle Beratungsangebote zum Stillen erforscht werden.

Literatur

- 1 AQUA Institut. Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2009, 16/1 Geburtshilfe (2010) Im Internet: http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2009/bu_Gesamt_16N1-EBH_2009.pdf Stand: 11.01.2011
- 2 Artal R. Exercise: The alternative therapeutic intervention for gestational diabetes. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46: 479–487
- 3 Ayerle GM. Schwanger wohlfühlen. Psychometrische Erfassung des aktuellen subjektiven Wohlbefindens und Copings in der Schwangerschaft Dissertation an der Medizinischen Fakultät Universität Halle, 2009
- 4 Bergmann RL, Bergman KE, Plagemann A, Dudenhausen JW. Prävention chronischer Krankheiten des Kindes während der Schwangerschaft und Stillzeit. In: Schauder P, Berthold H, Eckel H, Ollenschläger G (Hrsg.) Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag 2006; 521–532
- 5 BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Stuttgart, Kohlhammer 2001
- 6 Braun B. Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. Sankt Augustin, Asgard 2006
- 7 Dabelea D. The predisposition to obesity and diabetes in offspring of diabetic mothers. *Diabetes Care* 2007; 30: 169–174
- 8 Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2: CD001688
- 9 Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J. Überwachung des Geburtsfortschritts. Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. In: Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J (Hrsg.). Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer. Wiesbaden, Ullstein Medical 1998; 267–273
- 10 Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J. Monitoring the progress of labor. In: Enkin M, Keirse M, Ren-frew M, Neilson J (ed). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford (u.a.), Oxford University Press 2000; 281–288
- 11 Fergusson DM, Woodward LJ. Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999; 13: 144–157
- 12 Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates and consequences. *Birth* 2003; 30: 235–247
- 13 Hatem M, Sandall J, Devane D et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4: CD004667
- 14 Hodnett E, Gates S, Hofmeyr GJ et al. Continuous support for women during childbirth *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD003766
- 15 InEK – Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus. Report Browser 2005/2007; 2009 Im Internet: www.g-drg.de Stand: 14.9.2009
- 16 Ip S, Chung M, Raman G et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries No. 153; Evidence Report/Technology Assessment 2007; Im Internet: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf> Stand: 11.01.2011
- 17 Jomeen J, Martin CR. The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. *J Eval Clin Pract* 2008; 14: 391–398
- 18 Lange C, Schenk L, Bergmann R. Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2007; 50: 624–633
- 19 Lauterbach KW. Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt 2008
- 20 Lutz U, Kolip P. Die GEK-Kaiserschnittstudie. Sankt Augustin, Asgard-Verlag 2006
- 21 Makowsky K. Adipositas – Kein Thema rund um die Geburt? Gesundheit und Wohlbefinden in peripartalen Phasen. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 2009
- 22 Mergeay C. Das Wochenbett als psychosoziale Krise. *Hebammenforum* 2004; 11: 784–787
- 23 Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Säuglingsernährung in den ersten neun Lebensmonaten – nationale Studie 2003. In: Eichholzer-Helbling M (Hrsg.). Fünfter Schweizer Ernährungsbericht. Bern, Bundesamt für Gesundheit 2005; 109–124
- 24 Namey EE, Lyerly AD. The meaning of „control“ for childbearing women in the US. *Soc Sci Med* 2010; 71: 769–776
- 25 National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care. Care of health women and their babies during childbirth (2007) Im Internet: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICE-Guidance.pdf> Stand: 20.01.2011
- 26 Petersen J. Assoziation zwischen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei risikofreien Schwangeren und Größe der Entbindungsklinik bzw. kindliche Outcomes. Medizinische Hochschule Hannover unveröffentlichte Magisterarbeit; 2008
- 27 Pfaff H, Albert U-S, Bornemann R et al. Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 777–790
- 28 Rebhan B. Die prospektive Kohortenstudie „Stillverhalten in Bayern“: Analyse von Daten zur Kinder-gesundheit, zur Säuglingsernährung und zu Genussmittelkonsum und Rauchverhalten der Mütter (2008) Im Internet: http://edoc.ub.uni-muenchen.de/9537/1/Rebhan_Barbara.pdf Stand: (07.10.2010)
- 29 Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U et al. Stillfrequenz und Stillprobleme – Ergebnisse der bayrischen Stillstudie. *Das Gesundheitswesen* 2008; 70: 8–12
- 30 Renfrew MJ, Kennedy HP, Mudokwenyu-Rawdon C. Conducting international research in midwifery: a workshop held at the ICM Congress, Vienna, April 2002. *Midwifery* 2003; 19: 170–173
- 31 Renfrew MJ, Raisler J, Kennedy HP et al. Conducting international research in midwifery. A workshop held at the ICM congress, Vienna, April 2002. *J Midwifery Womens Health* 2003; 48: 346–349
- 32 Renköwitz U. Muss Stillen erlernt werden?. In: Scherbaum V, Perl FM, Kretschmer U (Hrsg.). Stillen. Früh-kindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit. Köln, Deutscher Ärzte Verlag 2003
- 33 Schäfers R. Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt. Stuttgart (u.a.), Schattauer 2010

- 34 Schneider KTM, Pildner von Steinburg S, Fischer T. Ist die hohe Kaiserschnitttrate vertretbar?. Deutsche Hebammenzeitschrift 2005; 5: 50–54
- 35 Schwarz C. Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984–1999 in NiedersachsenDissertation, Berlin, Technische Universität, Fakultät VII – Wirtschaft und Management 2008
- 36 Schwarz C. Sterben ungestörte Geburtsverläufe aus?. Hebammenforum 2009; 4: 262–266
- 37 Statistisches Bundesamt. Bevölkerung – Geburten und Sterbefälle in Deutschland (2009) Im Internet: www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/GeburtenSterbefaelle.psm Stand: 29.10.2009
- 38 WHO – World Health Organization. Care in normal birth. A practical guide (1996) Im Internet: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf Stand: 20.01.2011

3. Physiotherapie

Gegenstand der Physiotherapie ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Bewegungs- und Funktionsfähigkeit. Und zwar in einem umfassenden Sinne, der von der Gewebeebene (z.B. in der Atmung) bis hin zur Bewegung des Individuums im gesellschaftlichen Umfeld reicht [5, 16]. Die entwickelten Konzepte und Modelle der Physiotherapie sind damit anschlussfähig an die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [27] sowie deren Konzept zur „funktionalen Gesundheit“ und deren Unterscheidung in die Dimensionen von Struktur und Funktion, Aktivität und Teilhabe sowie Kontextfaktoren. Eine ausgearbeitete Definition zur Physiotherapie und ihrer Funktion bietet die Weltkonföderation der Physiotherapie [26].

Zentrales Anliegen von Forschung in der Physiotherapie ist die Verbesserung der Versorgungsqualität. Dies setzt neben der Generierung von Grundlagenwissen und anwendungsorientiertem Wissen zu effektiven und effizienten Interventionen voraus, dass neues Wissen auch in die Praxis gelangt. Nicht von ungefähr wird daher in der aktuellen Diskussion um eine Forschungsagenda, neben der klassischen Grundlagen- und klinischen Forschung, auch der Aufbau von Strukturen der Translations-, Implementations-, Evaluations- und Versorgungsforschung und somit ein breites Verständnis von Forschung gefordert.

3.1 Intervention bei altersbedingten Veränderungen

Unter den alterungsassoziierten Veränderungen ist aus einer physiotherapeutischen Perspektive insbesondere der alterungsbedingte Abbau der Bewegungsfähigkeit zu sehen. Dieser ist wiederum zentraler Bestandteil des sogenannten „Frailty-Syndromes“ (Gebrechlichkeitssyndrom, dazu zählen z.B. Gewichtsverlust, allgemeine Schwäche, selbstberichtete leichte Erschöpfbarkeit, langsamer Gang und geringes Aktivitätsniveau). Frailty ist nachgewiesenermaßen ein unabhängiger Prädiktor für eine weitere Abnahme der Mobilität und Funktion sowie für eine Zunahme an Stürzen, Frakturen, Pflegebedürftigkeit bzw. Institutionalisation und (vorzeitigen) Tod [10, 12]. Die Physiotherapie nimmt hier eine wichtige Rolle im Ansatz der Komprimierung der Morbiditätsphase ein [13], mit dem Ziel, sowohl zur Lebensqualität älterer Menschen als auch zur Tragfähigkeit des Gesundheitssystems beizutragen. Die Evidenzlage ist durchaus positiv [22, 25]. Der Physiotherapie kommt ihre Präsenz in der Flä-

che zugute, wenn es darum geht, epidemiologisch messbare präventive und rehabilitative Leistungen zu erbringen, die Frailty und deren Folgen entweder vermeiden oder rückgängig machen.

Forschungsbedarfe ergeben sich zunächst in der Translationsforschung mit dem Ziel, den Transfer existierender Evidenz in das Feld zu erleichtern und gleichzeitig zu evaluieren. Besonderes Augenmerk wäre auch auf interdisziplinäre Strategien zur Zielgruppenreichung und auf eine Einbettung von funktionsförderndem Training in der Partizipationsförderung zu richten. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen mit geringem formalen Bildungs- oder Migrationshintergrund.

3.2 Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen

Hinsichtlich der demographischen Entwicklung und den daran gekoppelten Veränderungen der Krankheitsparadigmen (Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität in der frühen sowie späten Lebensphase) wird der Forschungsbereich „Menschen mit chronischen Erkrankungen“ im Sinne eines langfristigen Behandlungsbedarfs verstanden und erweitert. Von großer Bedeutung sind Gesundheitsstörungen mit hoher Prävalenz und hoher epidemiologischer Relevanz. Genannt seien z.B. (unspezifischer) Rückenschmerz und neurologische Erkrankungen, wie Morbus Parkinson, Alzheimer-Demenz oder auch Schlaganfälle, die insgesamt mit ansteigendem Alter zunehmen [7, 14, 20]. So werden in Deutschland pro Jahr etwa 150000 neue Schlaganfälle registriert. Angesichts des demographischen Wandels wird ein weiterer Anstieg prognostiziert, denn Schlaganfälle treten zu 80% in der Altersgruppe der über 60-Jährigen auf. Charakteristisch für die Versorgungssituation von Patienten mit neurologischen Störungen wie Morbus Parkinson oder nach einem Schlaganfall ist, dass der zu langsam ablaufende Prozess des Transfers von vorhandener Evidenz in die Praxis bereits seit mehreren Jahren konstatiert wird [11, 23]. Das in der Physiotherapie vorhandene Potenzial zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und zur Kostenreduzierung wird nicht ausgeschöpft. Hieraus ergibt sich Entwicklungs- und Forschungsbedarf. Für den Bereich der Behandlung von chronisch-unspezifischen Rückenbeschwerden gilt Ähnliches wie für neurologische Erkrankungen. Insbesondere ist hier eine Diskrepanz zwischen der Versorgungsrealität und dem Stand der Evidenz festzustellen, da aktivierende Verfahren zur Bewegungs- und Funktionsfähigkeit bislang noch viel zu selten im Alltag eingesetzt werden [1, 6].

Trotz vorhandener Belege dafür, dass Physiotherapie die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität verbessert sowie Kosten im Gesundheitswesen reduziert, erreicht diese in Deutschland noch zu wenig Menschen. Pofitieren könnten beispielsweise solche, die an Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, chronischen Gefäß- bzw. Atemwegserkrankungen (insbesondere peripherer arterieller Verschlusskrankheit [pAVK] und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung [COPD]) sowie Inkontinenz leiden. Bereits die Umsetzung vorhandener Erkenntnisse in Behandlungen, die die Lebensqualität und unmittelbare gesundheitliche Auswirkungen positiv beeinflussen (bis hin zur Mortalität, siehe [17]), erweist sich als schwierig und als relevante Forschungsherausforderung. Insbesondere kommt hier der Erprobung von interdisziplinären Modellen, wie z.B. zwischen Medizinerinnen und Pfl-

gefachkräften, eine große Bedeutung zu (zur Thematik Inkontinenz s. [4, 9], zu prä- bzw. perioperativer Physiotherapie s. [8, 17], zu pAVKs [3]).

Die Verkürzung der Liegezeiten und die Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) führen in der Physiotherapie des Akuthauses zu neuen Herausforderungen. Sie erfordern eine neue Aufgabendefinition, die eine intensivere und auch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern verlangt. Sowohl hinsichtlich direkter funktionsbezogener Behandlungsergebnisse („hard outcome“) bei Operationen als auch hinsichtlich humanitärer Erwägungen und indirekter Behandlungsergebnisse („soft outcome“), wie Patientenzufriedenheit und Lebensqualität, ist zu erproben und zu überprüfen, welche Beiträge die Physiotherapie weiterhin leisten kann und muss.

3.3 Prävention und Gesundheitsförderung

Die Bedeutung der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit als präventiver Ansatz zur Vermeidung von Krankheiten wird mit zunehmender Evidenz eine immer wichtigere Rolle zugesprochen. Insbesondere muss das Verhältnis des Lebenswandels und der Lebensformen im Kontext der altersbezogenen Verteilung der Bevölkerung Veränderungen im Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsverhalten und in den gesundheitsbezogenen Dienstleistungen mit sich bringen, um den zukünftigen gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Anforderungen gerecht zu werden. Im Folgenden werden beispielhaft zwei Elemente für diesen Ansatz mit Forschungsbedarf näher erläutert.

Kindergesundheit: Bei Kindern und Jugendlichen wird bereits seit längerem von einer generell abnehmenden Bewegungskompetenz berichtet [2, 15, 18]. Aus dieser Entwicklung sind epidemiologisch gesehen Spätschäden zu erwarten, die einen präventiven Ansatz nahelegen. Zur motorischen Entwicklungssituation von Kindern und Jugendlichen ist eine Grundlagenforschung genauso erforderlich wie Forschung zur Entwicklung und Evaluation von effektiven Interventionen. Im Vergleich zu vielen anderen Ländern Europas gilt in Deutschland die pädiatrische Physiotherapie für Kinder mit Entwicklungsrückstand, insbesondere bei zentralen Koordinationsstörungen bzw. Zerebralpareesen, als in der Fläche etablierter. Die Evidenzbasierung wie auch Fragen der Ergebnismessung sind für diese Therapie seit langem eine Herausforderung. Zum einen fehlt es an Evidenz, zum anderen gelangt vorhandene Evidenz nur langsam in die Berufspraxis oder wird erst allmählich mitsamt einer für erforderlich erachteten besonderen Methodologie entwickelt. Hieraus ergibt sich spezifischer Forschungsbedarf, der unter anderem hinsichtlich der Entwicklung geeigneter Messmethoden, der Evidenzbasierung der Therapieansätze und der Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung in diesem Bereich liegt [24].

Gesundheitsförderung im Settingansatz/Erhalt von Funktionskapazität: Betriebliche Gesundheitsförderung ist für die Physiotherapie eine große Herausforderung. Die Forderung nach einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit bzw. die Heraufsetzung des Eintrittsalters in den Ruhestand ist letztlich nur sinnvoll, wenn diese auch von den Versicherten erreicht werden. Vor diesem Hintergrund haben Programme physiotherapeutischer betrieblicher Gesundheitsförderung wie auch betrieblicher physiotherapeutischer Betreuung besondere Bedeutung. Während die Aufgabe der Gesundheitsförderung im betrieblichen und in an-

deren Settings (z.B. Schulen) umfassend ausgearbeitet ist [vgl. 21], ist der potenzielle Beitrag der Physiotherapie in Deutschland zu diesem Aufgabenbereich kaum erschlossen: Zu nennen sind hier zum einen Angebote zur Stressbewältigung und zur gesundheitsorientierten Bewegungsförderung, und zum anderen spezifische berufsbezogene Therapie- und Präventionsangebote zur Vermeidung bzw. zur Behandlung berufsspezifischer Probleme (insbesondere muskuloskelettaler Art). Die Entwicklung und wissenschaftliche Evaluation entsprechender Angebote kann dabei nicht nebenbei zum Praxisalltag erfolgen, sondern bedarf spezifischer Projekte.

Literatur

- 1 Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C et al. European Guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2006; 15: 192–S300
- 2 Bös K, Heel J, Romahn N. Untersuchungen zur Motorik im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys. *Gesundheitswesen* 2002; 64 (01): 80–87
- 3 Brunelle CL, Mulgrew JA. Exercise for intermittent claudication. *Review. Physical Therapy* 2011; 91: 997–1002
- 4 Chapple C, Billington A, Joachim P et al. The management of lower urinary tract symptoms in men (2010). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Im Internet: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12984/48554/48554.pdf> Stand: 24.10.2011
- 5 Cott CA et al. The Movement Continuum Theory of Physical Therapy. *Physiotherapy Canada* 1995; 47: 87–95
- 6 Deitermann B, Kemper C, Hoffmann F, Glaeske G. GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2004/2005 Sankt Augustin, Asgard-Verlag
- 7 Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Arbeitsunfähigkeit aufgrund neurologischer Erkrankungen (2010) Im Internet: <http://www.dgn.org/galerie.html?func=detail&id=50> Stand: 24.09.2010
- 8 Dronkers JJ, Lamberts H, Reutelingsperger IMMD et al. Preoperative therapeutic programme for elderly patients scheduled for elective abdominal oncological surgery: a randomized controlled pilot study. *Clin Rehabil* 2010; 24: 614–622
- 9 Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women *Cochrane Database of Syst Rev* 2010; 1: CD005654
- 10 Fairhall N et al. ICF participation restriction is common in frail community-dwelling older people: an observational cross-section study. *Physiotherapy* 2011; 97: 26–32
- 11 Franke A, Norfeld M, Wendel C. Versorgungsforschung in der Neurorehabilitation. Ein Überblick. *neuroraha* 2011; 3: 107–113
- 12 Fried LP et al. Frailty in Older Adults. Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M146–156
- 13 Fries JF. The Compression of Morbidity. *The Millbank Quarterly* 1985/ 2005; 83: 801–823
- 14 *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* 2009. „Daten aus Deutschland“ Im Internet: <http://www.gbe-bund.de> Stand: 17.08.2010
- 15 Graf C, Dordel S, Koch B et al. Bewegungsmangel und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. *Dtsch Z Sportmed* 2006; 57: 221–225
- 16 Hislop HJ. The Not-So-Impossible Dream. Tenth Mary McMillan Lecture. *Phys Ther* 1975; 53: 1069–1080
- 17 Hulzebos EH, Helders PJ, Favie NJ et al. Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006; 296: 1851–1857
- 18 Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U. WHO-Jugendgesundheitsurvey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland (2003) Im Internet: <http://www.hbsc.org/countries/germany.html> Stand: 25.10.2011
- 19 Kemper C, Sauer K, Glaeske G. Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2009 bis 2010. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 10 Im Internet: <http://www.barmer->

gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Reports/PDF-Heil-_20und_20Hilfsmittelreport-2011,property=Data.pdf Stand: 25.10.2011

- 20 Kolominsky-Rabas P. Schlaganfall in Deutschland. Anhaltszahlen zum Schlaganfall aus dem bevölkerungsbasierten Erlanger Schlaganfallregister im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2005) Interdisziplinäres Zentrum für Public Health (IZPH) der Universität Erlangen-Nürnberg Im Internet: http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de/fileadmin/download/hintergrundinfos/02-06-2005_KNS_Anhaltszahlen-Schlaganfall2.pdf Stand: 01.11.2011
- 21 Lenhardt U, Rosenbrock R. Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben und Behörden. In: Hurrelmann K, Klotz Th, Haisch J (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, Huber 2007; 295–307
- 22 Peterson MD, Sen A, Gordon PM. Influence of resistance exercise on lean body mass in aging adults: a meta-analysis. *Med Sci Sports and Exerc* 2011; 43: 249–258
- 23 Reuter P. Versorgungsbedarf und tatsächliche Versorgung neurologischer Patienten. *neuroreha* 2011; 3: 120–124
- 24 Sauer K, Kemper C, Kaboth K, Glaeske G. Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport. Auswertungs-ergebnisse der BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2008 bis 2009 (2010). Im Internet: <http://www.zvk-sachsen.de/media/dokumente/Heil-und-Hilfsmittel-Report-property-Data.pdf> Stand: 25.10.2011
- 25 Sherrington C, Tiedemann A, Fairhall N et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *N S W Public Health Bull* 2011; 22: 78–83
- 26 WCPT – World Confederation of Physical Therapy. Policy Statement: Description of Physical Therapy Im Internet: http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT#appendix_1 Stand: 25.11.2011
- 27 World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO 2001

4. Ergotherapie

Im Fokus der Ergotherapie steht die Alltagsbetätigung. Diese wird als komplexes Zusammenspiel personaler Fähigkeiten und beeinflussender Kontextfaktoren sowie als aktives, die Gesundheit stabilisierendes und sinnvoll erlebtes Tätigsein zur Bewältigung des täglichen Lebens verstanden. Unter Rückgriff auf bezugswissenschaftliche Erkenntnisse – darunter insbesondere auch solche aus den Neurowissenschaften – trainiert die Ergotherapie personale Fähigkeiten für wichtige Alltagstätigkeiten, adaptiert das physikalische Umfeld durch Hilfsmittel oder Umbaumaßnahmen und berät das soziale Umfeld (z.B. Familie oder Arbeitskollegen). Wenn nötig, werden Alltagstätigkeiten vereinfacht. Dabei verfolgt die Ergotherapie das Ziel, die konkrete Ausführung von Tätigkeiten, die der Patient selbst als essenziell für seine Alltagsbewältigung ansieht, zu stabilisieren oder zu verbessern – sei es im Bereich der körperlichen Selbstversorgung, der eigenständigen Lebensführung, in Schule oder Beruf, oder im Bereich Freizeit und gesellschaftliches Engagement. Forschungsgegenstand der sich zwischenzeitlich international entwickelnden Occupational Science bzw. Betätigungswissenschaft ist der grundlegende Zusammenhang zwischen Aktivitätsgewohnheiten und Gesundheit [7, 26]. Wie in den im Anschluss aufgeführten Forschungsfeldern gilt es auch in der Ergotherapie die Translation der Grundlagenforschung zur patientenorientierten Forschung zu stärken, den komplexer werdenden Bereich der Kuratation zu betrachten, Kosten-Nutzen-Studien durchzuführen sowie angemessene Assessment-Instrumente zu entwickeln und zu validieren. Da Ergotherapieforschung unter Alltagsbedingungen stattfindet, sollte das klassische biomedizinische Model der Evidenzhierarchien dabei kritisch reflektiert werden.

4.1 Gesundheitsförderliche Alltagsbetätigung für chronisch Erkrankte

Chronische Erkrankungen beeinflussen die selbstständige Durchführung von Alltagstätigkeiten in erheblichem Umfang und mit weitreichenden Folgen – so auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht. Im Jahr 2006 beliefen sich die direkten Krankheitskosten in Deutschland auf 236 Mrd. €. Der Kostenanteil chronischer Erkrankungen betrug für Demenzerkrankungen 3,7% (~ 8,7 Mrd. €), für Dorsopathien 3,5% (~ 8,3 Mrd. €), für Schlaganfälle 3,4% (~ 8,0 Mrd. €) und für Depressionen 2,0% (~ 4,7 Mrd. €) [11]. 2003 wurden für gesundheitsbedingte Frührenten 20,4 Mrd. € ausgegeben [12]. Sozialmedizinische Indikatoren für eine eingeschränkte Alltagsbetätigung bei chronischer Erkrankung sind Arbeitsausfälle im Erwerbsalter und Pflegebedürftigkeit im Alter. Darüber hinaus ziehen chronische Erkrankungen aber auch hohe individuelle Belastungen nach sich. Chronisch Erkrankte leiden unter dauerhaften Einschränkungen bestimmter personaler Fähigkeiten, wie z.B. Lähmungen und neuropsychologische Störungen nach Schlaganfall, kognitiven Defiziten bei Demenz, Antriebsproblemen bei Depression oder Schmerzen bei rheumatoider Arthritis.

Die Wirksamkeit von Ergotherapie bei ausgewählten chronischen Erkrankungen wurde in einigen internationalen Studien untersucht, wobei die vorliegenden Befunde eine hohe Evidenz belegen – so beispielsweise bei Schlaganfall (Systematische Reviews [22, 36, 41]), Dorsopathien (Cochrane Review [32]) und rheumatoider Arthritis (Cochrane Review [37]). Für alle drei Krankheitsbilder ist die Ergotherapie auch in Deutschland in der Versorgung etabliert. Die Wirksamkeit ergotherapeutischer Maßnahmen ist bei diesen Erkrankungen allerdings nur auf Basis der internationalen Studien belegt. Zu klären wäre demnach, ob (1) die in Deutschland angewandte Ergotherapie kongruent zu den Behandlungsmethoden ist, die sich in internationalen Studien als wirksam erwiesen haben, und ob (2) chronisch Erkrankte mit Schlaganfall, Dorsopathien und rheumatoider Arthritis in allen Regionen Deutschlands Ergotherapie in angemessener Menge und Qualität erhalten [39]. In Abhängigkeit von den Ergebnissen dieser und vergleichbarer Versorgungsforschungsstudien müssten künftig die Zuweisungen gesteuert, berufsspezifische Leitlinien implementiert und die Aus- und Weiterbildung in der Ergotherapie angepasst werden.

Einzelne monozentrische randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) aus den Niederlanden und den USA konnten darüber hinaus eine positive Wirkung ergotherapeutischer Maßnahmen im häuslichen Umfeld bei Patienten mit Demenz (drei RCTs [15, 16, 17]) und im beruflichen Umfeld bei Patienten mit Depression (RCT [33]) nachweisen. Ebenso ist das Training von Alltagsfertigkeiten („skills training“) ein wirksamer Ansatz bei schwer psychisch erkrankten Menschen [3]. Diese Verfahren sind in der deutschen Ergotherapie noch nicht etabliert und sollten zunächst an den hiesigen Versorgungskontext adaptiert und in nationalen Pilotstudien auf Machbarkeit geprüft werden. Danach könnte eine Evaluation der Wirksamkeit in multizentrischen klinischen Studien erfolgen.

4.2 Entwicklungsförderliche Alltagsbetätigung für Kinder

In Deutschland betragen die direkten Krankheitskosten bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren im Jahr 2006 insgesamt 14,5 Mrd. €. Der Anteil für psychische Erkrankungen und Verhal-

tenstörungen lag bei 11,5% (~ 1,7 Mrd €) [11]. Sozialmedizinische Indikatoren für eine eingeschränkte Alltagsbetätigung bei Kindern sind Entwicklungsstörungen und Schulprobleme [23]. In Deutschland führen insbesondere Übergewicht [6, 19], bewegungsarme neue Lebensgewohnheiten [28] und Aufmerksamkeitsdefizit- oder Hyperaktivitätsstörungen [34] bei Kindern zu Gesundheitsproblemen mit hoher gesellschaftlicher Relevanz. Kinder in prekären Familiensituationen oder mit Migrationshintergrund sind davon besonders betroffen [14].

Etwa 50% der Klientel in deutschen Ergotherapiepraxen sind Kinder bis zum 15. Lebensjahr. Die derzeit angewandten Therapiemethoden sind uneinheitlich. Eine Überlegenheit einzelner Behandlungsmethoden gegenüber anderen konnte in Deutschland nicht nachgewiesen werden [5]. Eine klare Ausrichtung an der Alltagsbetätigung des Kindes unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes (Familie, Kindergarten, Schule) scheint geboten. Dazu muss die Ergotherapie in enger Kooperation mit Wissenschaftlern anderer Disziplinen, wie dem Hebammenwesen, der Medizin, der Pädagogik, der Pflege, der Physiotherapie, der Psychologie und der Sprachtherapie, replizier- und evaluierbare Behandlungs- und Präventionsansätze entwickeln. Der spezifische Beitrag der Ergotherapie wäre hier insbesondere, die Qualität und Menge entwicklungsförderlicher Aktivitäten in der Alltagsroutine der Kinder und Familien zu erhöhen. Einzelne Förderprogramme für die Entwicklung solcher komplexen interdisziplinären Interventionen unter wissenschaftlicher Beteiligung der Ergotherapie sind auf regionaler Ebene fragmentarisch vorhanden, fehlen aber auf Bundesebene. Eine besondere Herausforderung ist es, niederschwellige Angebote zu entwickeln und Kinder aus benachteiligten Familien bereits im Säuglings- und Kleinkindalter zu unterstützen. Moderne gemeindenaher und partizipatorische Forschungsansätze in praxisorientierten Forschungsnetzwerken sind hier besonders gefragt [38].

4.3 Gesundheitserhaltende Alltagsbetätigung für Senioren

Gesund älter werden gilt in Deutschland als konsentiertes Gesundheitsziel und steht auch im Fokus europäischer Maßnahmen. Vorrangiges Ziel der Primärprävention bei Senioren ist der Erhalt von Autonomie und die Verzögerung von Pflegebedürftigkeit. Ohne die Umsetzung wirksamer präventiver Maßnahmen ist davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 das 2,5-Fache des heutigen Stands erreichen wird [35]. Der Zunahme von Pflegebedürftigen wird eine abnehmende Zahl an stabilen, pflegebereiten familiären Netzwerken gegenüberstehen [4]. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen rät angesichts dessen zu einer Stärkung der Patientenkompetenz und des Selbstmanagements durch hierfür geeignete Maßnahmen [31].

Eine ausreichende Teilhabe an geistiger, körperlicher und sozialer bzw. zivilgesellschaftlicher Alltagsbetätigung gilt als protektiver Faktor in der Gesundheitsprävention bei Senioren [1, 9, 13, 29, 40, 42]. Zwei US-amerikanische RCTs zeigten positive Ergebnisse zur Primärprävention bei Senioren durch zivilgesellschaftliches Engagement [2, 10] oder durch eine ausgewogene Alltagsbetätigung [8, 18]. Europäische Ergotherapieforscher haben die amerikanische Lifestyle-Redesign-Intervention an die Versorgungskontexte in den Niederlanden [24], Großbritannien [27] und weiteren europäischen Ländern adaptiert. Für Deutschland ist eine solche Adaption in Vorbereitung („Tat-

kraft“, Reihe „Vita Aktiva“). Sollte sich die Praktikabilität in zwei unabhängigen Pilotstudien in verschiedenen deutschen Regionen nachweisen lassen, könnte eine bundesweite multizentrische randomisierte Wirksamkeitsstudie durchgeführt werden. Mittelfristig sollte insbesondere die gesundheitsförderliche Wirkung zivilgesellschaftlichen Engagements von jüngeren Senioren für Menschen in prekären Lebenssituationen (z.B. Kinder und Familien mit Migrationshintergrund oder alleinstehende Pflegebedürftige) in multizentrischen randomisierten Studien beforscht werden. Ein solcher Ansatz wäre kongruent zu den Befunden der Altersforschung, dass eine frühzeitige Intensivierung geistiger und körperlicher Aktivitäten Reserven für die Leistungsfähigkeit im höheren Alter bildet [21], und dass „für andere da sein“ ein starkes und stetiges Motiv zu sinnstiftender Alltagsbetätigung im Alter ist [30].

Gerontologisch erfahrene Ergotherapieforscher könnten außerdem Beiträge zu technischen und stadtplanerischen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei Senioren leisten. Hilfsmittelentwicklung und -nutzung, telemedizinische Monitoring- und Feedbacksysteme, „universal design“ oder integrationsfreundliche Wohnraum- und Stadtteilgestaltung sind Beispiele für relevante Forschungsfelder [20, 25]. Auch hier fokussiert die Ergotherapie darauf, die Passung zwischen menschlichen Fähigkeiten und Bedürfnissen sowie den möglichst optimierten Umfeldbedingungen in der konkreten Alltagsroutine zu erforschen und zu fördern.

Literatur

- 1 Ashford S, Edmunds J, French DP. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *Br J Health Psychol* 2010; 15: 265–288
- 2 Barron JS, Tan EJ, Yu Q et al. Potential for intensive volunteering to promote the health of older adults in fair health. *J Urban Health* 2009; 86: 641–653
- 3 Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27: 375–391
- 4 Blinkert B, Kile T. Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel, Hannover: Vincentz, 2004. ISBN 3-87870-099-7
- 5 Bode H, Schröder H, Waltersbacher A. Heilmittel-Report 2008. Stuttgart, Schattauer 2008
- 6 Brandt S, Moss A, Berg S et al. School-based obesity prevention. How can it be realized?. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010; 53: 207–220
- 7 Christiansen CH, Matuska KM. Lifestyle balance: a review of concepts and research. *J Occup Sci* 2006; 13: 49–61
- 8 Clark F, Azen SP, Zemke R et al. Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997; 278: 1321–1326
- 9 Cohen-Mansfield J, Dakheel-Ali M, Frank JK. The impact of a Naturally Occurring Retirement Communities service program in Maryland, USA. *Health Promot Int* 2010; 25: 210–220
- 10 Fried LP, Carlson MC, Freedman M et al. A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model. *J Urban Health* 2004; 81: 64–78
- 11 Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Krankheitskosten. 2009; Heft 48: 1–31
- 12 Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitsbedingte Frühberentung. 2006; Heft 30: 1–23
- 13 Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. 2009; Heft 30: 1–318, ISBN 978-3-89606-196-6
- 14 Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 2008; 1–186, ISBN 978-3-89606-192-8

- 15 Gitlin LN, Winter L, Burke J et al. Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16: 229–239
- 16 Gitlin LN, Winter L, Dennis MP et al. A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: the COPE randomized trial. *JAMA* 2010; 304: 983–991
- 17 Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M et al. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333: 1196
- 18 Hay J, LaBree L, Luo R et al. Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1381–1388
- 19 John J, Wenig CM, Wolfenstetter SB. Recent economic findings on childhood obesity: cost-of-illness and cost-effectiveness of interventions. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2010; 13: 305–313
- 20 Hildebrand M, Neufeld P. Recruiting older adults into a physical activity promotion program: Active Living Every Day offered in a naturally occurring retirement community. *Gerontologist* 2009; 49: 702–710
- 21 Kruse A. *Gesundes Altern*. In: *Haberstroh J, Pantel J* (Hrsg.). *Demenz psychosozial behandeln*. Heidelberg, AKA-Verlag 2011
- 22 Legg LA, Drummond AE, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD003585
- 23 Knollmann M, Knoll S, Reissner V et al. School avoidance from the point of view of child and adolescent psychiatry: symptomatology, development, course, and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 43–49
- 24 Kuiper C et al. *Gesund und aktiv älter werden – ein ergotherapeutisches Gesundheitsförderungsprogramm aus den Niederlanden*. In: *Thapa-Görder N, Voigt-Radloff S* (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung – Aufgaben der Ergotherapie*. Stuttgart, Thieme Verlag 2009
- 25 Masotti PJ, Fick R, Johnson-Masotti A et al. Healthy naturally occurring retirement communities: a low-cost approach to facilitating healthy aging. *Am J Public Health* 2006; 96: 1164–1170
- 26 Mernar TJ. Occupation, stress, and biomarkers: measuring the impact of occupational injustice. *J Occup Sci* 2006; 13: 209–213
- 27 Mountain G, Mozley C, Craig C et al. Occupational Therapy Led Health Promotion for Older People: Feasibility of the Lifestyle Matters Programme. *BJOT* 2008; 71: 406–413
- 28 Peukert P, Sieslack S, Barth G et al. Internet- and computer game addiction: phenomenology, comorbidity, etiology, diagnostics and therapeutic implications for the addicts and their relatives. *Psychiat Prax* 2010; 37: 219–224
- 29 Plassman BL, Williams JW Jr, Burke JR et al. Systematic review: factors associated with risk for and possible prevention of cognitive decline in later life. *Ann Intern Med* 2010; 153: 182–193
- 30 Rott C. *Sinnerleben im Alter*. In: *Haberstroh J, Pantel J* (Hrsg.). *Demenz psychosozial behandeln*. Heidelberg, AKA-Verlag 2011
- 31 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens* Sondergutachten 2009
- 32 Schaafsma F, Schonstein E, Whelan KM et al. Physical conditioning programs for improving work outcomes in workers with back pain *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 20: CD001822
- 33 Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ et al. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med* 2007; 37: 351–362
- 34 Schlander M, Trott GE, Schwarz O. The health economics of attention deficit hyperactivity disorder in Germany. *Nervenarzt* 2010; 81: 289–314
- 35 Schulz E, Leidl R, König HH. *Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle – Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050*. Berlin, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2001
- 36 Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM et al. Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke* 2003; 34: 676–687
- 37 Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM et al. Occupational therapy for rheumatoid arthritis *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 1: CD003114
- 38 Tapp H, Dulin M. The science of primary health-care improvement: potential and use of community-based participatory research by practice-based research networks for translation of research into practice. *Exp Biol Med* (Maywood) 2010; 235: 290–299
- 39 Thieme H, Löffler K, Borgetto B. Deficits of routine occupational therapy services in rheumatic diseases: results of the RheumaDat study. *Z Rheumatol* 2010; 69: 435–442
- 40 Verghese J, Cuiiling W, Katz MJ et al. Leisure activities and risk of vascular cognitive impairment in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2009; 22: 110–118
- 41 Walker MF, Leonardi-Bee J, Bath P et al. Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. *Stroke* 2004; 35: 2226–2232
- 42 Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006; 174: 801–809

5. Logopädie



Gegenstand der Logopädie – inklusive der akademischen Sprachtherapie, der klinischen Linguistik und Patholinguistik sowie der Sprachheilpädagogik – sind Störungen der menschlichen Sprache, der mit ihr assoziierten motorischen, auditiven und visuellen Basisfunktionen sowie der nonverbalen Kommunikationsfunktionen. Im Zentrum logopädischer Aktivitäten stehen Kinder und Erwachsene mit Sprach-, Sprech-, Stimm-, Hör- und Schluckstörungen als Folge von Erkrankungen des zentralen Nervensystems oder der peripheren Input- und Output-Systeme. Die klinischen Aufgabenfelder liegen dabei in den Bereichen Diagnostik und Therapie sowie Beratung und Prävention. Ziel einer logopädischen Behandlung sind die Anbahnung und Erhaltung bzw. Wiederherstellung aller mit der Kommunikation verbundenen Fähigkeiten sowie der Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen, jeweils unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation der betroffenen Personen. Kommunikation und Nahrungsaufnahme stellen wesentliche Fundamente für die Teilhabe eines Menschen am öffentlichen Leben dar und sind somit entscheidend für die individuelle Lebensqualität von Person und Umfeld. Aktuelle Themen der Logopädie in Wissenschaft und Forschung sind sowohl durch Fortschritte in der sprach-, kognitions- und neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung als auch durch Herausforderungen in der Versorgungsforschung bestimmt.

5.1 Herausforderungen im Kindesalter

Der Stand der neurowissenschaftlichen Forschung belegt, dass die Entwicklung der kindlichen Sprache und ihrer Basisfunktionen eng mit Vorgängen der Hirnreifung verknüpft ist [1]. Zunehmend diskutiert werden die Wechselwirkungen zwischen der Entwicklung sprachlicher Fähigkeiten und der Entwicklung elementarer motorischer und sensorischer Funktionen sowie allgemein kognitiver und interaktiver Fähigkeiten des Kindes [2]. Weitgehend ungeklärt sind die genetischen Grundlagen [3]. Diese offenen Fragen wirken sich verstärkt auf logopädisches Handeln aus, da zu vermuten ist, dass eine wissenschaftlich gesicherte Abgrenzung neurogener und milieubedingter Ursachen von kindlichen Kommunikationsstörungen (bezogen auf Laut-/Schriftsprache sowie Erst-/Zweitsprache) entscheidenden Einfluss auf Methoden der Prävention, der Intervention und der langfristigen sozialen Integrationsmöglichkeiten der betroffenen Kinder hat. Die Gesamtinzidenz solcher Störungen im Kindesalter wird in der Fachliteratur mit bis zu 20% angegeben [4]. Differenzierung und Spezifizierung von inhaltlichen und me-

thodischen Ansätzen der logopädischen Behandlung sind hier ein relevantes Forschungsdesiderat. Dessen Beantwortung könnte dazu beitragen, die aktuelle bildungspolitische Diskussion zur Förderung des kindlichen Spracherwerbs zu präzisieren, etwa durch eine theoretisch und empirisch begründete Abgrenzung von Sprachtherapie und Sprachförderung [5].

Logopädischer Forschungsbedarf besteht vor diesem Hintergrund in allen Phasen der kindlichen Entwicklung, beginnend bei einer gezielten Förderung der Nahrungsaufnahme im Säuglingsalter aufgrund sensomotorischer Störungen (z.B. bei Frühgeborenen, bei Kindern mit syndromalen Erkrankungen bzw. mit geistigen oder körperlichen Behinderungen) [6]. Oftmals kommt es in diesen Fällen zu Entwicklungsverzögerungen im Bereich orofazialer Bewegungsmuster, sodass ein Entwicklungsrückstand über das Säuglingsalter hinaus zu beobachten ist [7]. Neuere Einzelfallstudien belegen die Wirksamkeit früher logopädischer Intervention [8], kontrollierte Verlaufsstudien fehlen jedoch bislang. Des Weiteren besteht Bedarf an Förderung der frühen Sprachentwicklung im Kleinkindalter. Zwar zeigen präventive logopädische Elternseminare zur frühen Sprachförderung beim sogenannten Late-Talker-Problem [9] einige positive Effekte, besonders wenn es gelingt Familien mit sozialem Risiko anzusprechen [10], kontrollierte Studien zu diesem für die frühe Sprachförderung wichtigen Thema liegen aber ebenfalls nicht vor. Schließlich wird auch die Förderung der späten Sprachentwicklung im Vorschul- und Schulalter ins Blickfeld gerückt werden müssen – insbesondere bei sprach- und sprech auffälligen Kindern aus prekären Lebensverhältnissen (z.B. mit sozial schwachem, mehrsprachigem Hintergrund verbunden mit dem Risiko der Entstehung von Lese-Rechtschreibstörungen und allgemeiner Lernschwäche). Primäre Prävention durch Sprachförderung bzw. sekundäre und tertiäre Prävention durch Sprachtherapie (bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen sowie kindlichen Stimm- und Redeflussstörungen) stellen wichtige Maßnahmen dar [5], deren Effektivität aber nur teilweise nachgewiesen werden konnte [11, 12]. Noch sind die Möglichkeiten eines kontinuierlichen Selbsttrainings der Kinder unter Einbeziehung von Eltern, Erziehern und Grundschullehrern sowie von kommunikativen Partnerschaften in den Familien nur wenig untersucht.

5.2 Herausforderungen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen

Im Erwachsenenalter führen akute Erkrankungen des zentralen Nervensystems (insbesondere Schlaganfälle) oftmals zu erworbenen Sprach- und Sprechstörungen (Aphasie, Dysarthrie), die zu rund 50% der Fälle länger als ein Jahr bestehen bleiben. Die Relevanz einer möglichst optimalen Rehabilitation derartiger neurogen bedingter Kommunikationsstörungen steht außer Frage. In Deutschland ist von einer Prävalenz von weit mehr als 100000 betroffenen Personen mit neurogenen Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen auszugehen [13, 14]. Etwa ein Drittel ist noch im erwerbsfähigen Alter. Die Prävalenz liegt deutlich höher, wenn die progredienten Störungen von Sprache und Kommunikation im höheren Lebensalter aufgrund von Hirnabbauprozessen hinzugezogen werden [15]. Als übergeordnetes Ziel der Sprachrehabilitation bei chronischen Erkrankungen gilt die Verbesserung der alltäglichen Kommunikation, weil in Anlehnung an Empfehlungen der WHO nur eine verbesserte soziale Teilhabe trotz anhaltender Störungen der Sprache und ihrer Basisfunktionen geeignet ist, die beträchtlichen Folgekosten für soziale Integration und für medizinische Behandlung von somatischen und psychosomatischen Folgeerkrankungen zu reduzieren.

Angesichts dessen müssen die Möglichkeiten zur Förderung des kommunikativen Alltags durch partizipationsorientierte logopädische Interventionen intensiver untersucht werden. Bislang hat die derzeitige internationale Sprachtherapieforschung kaum Fortschritte bei der Überprüfung der Auswirkung von Behandlungserfolgen auf die psychosoziale Situation vorzuweisen. Ungeklärt ist, ob partizipationsorientierte Behandlungsansätze, die direkt auf Fertigkeiten der sozialen Teilhabe und auf den Abbau von kommunikativen Barrieren abzielen [16], tatsächlich einer störungsorientierten Intervention überlegen sind. Einerseits fehlt es in der Logopädie an wissenschaftsbasierten Interventionsmethoden, mit denen der Transfer von geübten Fertigkeiten in den kommunikativen Alltag angebahnt und verstärkt werden kann, andererseits an standardisierten und praktikablen Messinstrumenten, mit denen die Wirksamkeit komplexer Interventionen unter Alltagsbedingungen überprüft werden könnte.

Forschungsbedarf besteht ferner, wenn es um die Intensität logopädischer Interventionen bei neurogen bedingten Kommunikationsstörungen geht. Beispielsweise wurde anhand einer internationalen Übersicht zu Behandlungen von zentralen Sprachstörungen (Aphasie) nach einem Schlaganfall aufgezeigt, dass vergleichsweise kurze Behandlungsperioden von 8 bis 12 Wochen bei hoch intensiver Behandlung mit bis zu 2 Behandlungsstunden pro Tag allein zu statistisch gesicherten Verbesserungen führen [17]. Ungeklärt ist, ob die Erhöhung der Behandlungs- und Übungsfrequenz durch supervidiertes Eigentaining ähnliche Effekte erzielen könnte. Methoden sind diesbezüglich noch wenig entwickelt. Insbesondere ist auch der unterstützende Einsatz elektronischer Hilfsmittel kaum empirisch überprüft [18], wie z.B. der Einsatz von einfachen Kommunikationshilfen im Handheld-Format, PC-Software zum Selbstlernen oder technisch aufwändige Sprech- und Hörprothesen. Schließlich wird durch logopädische Forschungsaktivitäten zu überprüfen sein, inwieweit konventionelle Methoden der Angehörigenberatung optimiert werden können, um eine erhöhte Übungs- und Lernintensität erzielen zu können.

5.3 Herausforderungen im hohen Lebensalter

Im höheren Lebensalter kommt es häufig zu charakteristischen Veränderungen der Schluck-, Sprech- und Stimmfunktionen, zu Auffälligkeiten in der Wortfindung und im Redefluss sowie zu Einschränkungen der auditiven, visuellen und handmotorischen Basisfunktionen, die das Sprachverstehen, Lesen und Schreiben betreffen. Diesen Veränderungen kann auf vielfältige Weise begegnet werden – etwa durch Programme zur Förderung der Kommunikation gesunder älterer Menschen (vgl. z.B. Active Aging der WHO), die eine Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und die Partizipation älterer Menschen am öffentlichen Leben zum Ziel haben. Die Beratung von älteren Menschen sowie deren Angehörigen bzw. Pflegekräften hinsichtlich spezifischer Kommunikationsstrategien kann zur Vermeidung sozialer Isolation und zur Steigerung der individuellen Lebensqualität beitragen [19]. Darüber hinaus wird ein Hauptaugenmerk auf die Prävention bei Menschen mit chronisch fortschreitenden Erkrankungen wie z.B. Demenz, Morbus Parkinson und primär progressive Aphasie zu richten sein. Dabei zeigen erste vorliegende Forschungsergebnisse, dass gezielte logopädische Interventionen allenfalls im Frühstadium von progredienten Störungen sinnvoll sind [20]; danach sind kompensatorische und adaptive Ansätze notwendig. Hier, wie auch bei schweren chroni-

schen Behinderungen, sind Methoden der unterstützten Kommunikation von großer praktischer Relevanz. Allerdings wurde deren Effektivität bisher kaum kontrolliert untersucht.

Insgesamt fällt auf, dass die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Logopädie im Bereich der Geriatrie wenig entwickelt und kaum empirisch validiert sind. Zu berücksichtigen wären Maßnahmen zur (1) Förderung von Kognition und Sprache beim Sprechen und Verstehen, Schreiben und Lesen, zur (2) Förderung von Sprechen und Stimme und (3) zur Förderung der Nahrungsaufnahme. Logopädische Forschung müsste sich darauf konzentrieren, präventive Maßnahmen zu entwickeln und zu evaluieren, die den kommunikativen und sozialen Kontext berücksichtigen und sowohl ältere Menschen als auch deren Kommunikationspartner hinsichtlich ihrer Kommunikationsstrategien fördern. Dabei sind auch Ansätze zur Messbarkeit erhaltener Fähigkeiten bedeutsam.

Im Rahmen des Alterungsprozesses sollte ein Schwerpunkt der Maßnahmen auf „kompetentes Altern“ gelegt werden, wobei insbesondere der Einfluss von Kommunikationsfördermaßnahmen auf das Wissen der Teilnehmer sowie deren Einstellung zu kommunikativen Aktivitäten im Alltag zu evaluieren wären. Relevant sind darüber hinaus differenzialdiagnostische Maßnahmen, die der Unterscheidung zwischen physiologischem Altern, akut erworbener Funktionsstörung und pathologisch fortschreitendem Funktionsabbau dienen, letzteren möglichst frühzeitig identifizieren und damit eine gezielte logopädische Beratung und Therapie im Anfangsstadium einer chronisch progredienten Erkrankung ermöglichen. Gerade im Bereich der Geriatrie wären interessante Synergieeffekte durch Verbundforschung mit den beiden anderen therapeutischen Gesundheitsfachberufen Physio- und Ergotherapie sowie mit der Pflege zu erwarten.

Literatur

- 1 *Friedrich M, Friederici AD.* Maturing brain mechanisms and developing behavioral language skills. *Brain Lang* 2010; **114**: 66–71
- 2 *Evans N, Levinson S.* The myth of language universals: Language diversity and its importance for cognitive science. *Behav Brain Sci* 2009; **32**: 429–492
- 3 *Fisher SE, Marcus GF.* The eloquent ape: Genes, brains and the evolution of language. *Nat Rev Gen* 2006; **7**: 9–20
- 4 *Law J, Boyle J, Harris F et al.* Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *Int J Lang Comm* 2000; **35**: 165–188
- 5 *Schrey-Dern D.* Sprachfördermaßnahmen in Deutschland: Chancen und Risiken für die Berufsgruppe der Logopäden. *Forum Logopädie* 2006; **45**: 12–16
- 6 *Burklow KA, McGrath AM, Vaterius KS et al.* Relationship between feeding difficulties, medical complexity, and gestational age. *Nutr Clin Pract* 2002; **17**: 373–378
- 7 *Lefton-Greif MA, McGrath-Morrow SA.* Deglutition and Respiration: Development, coordination, and practical implications. *Sprache Stimme Gehör* 2010; **34**: 18–24
- 8 *Thoyre S.* Feeding outcomes of extremely premature infants after neonatal care. *J Obstet Genecol Neonatal Nurs* 2007; **36**: 366–376
- 9 *Suchodoletz von W.* Prävention von Entwicklungsstörungen. Göttingen, Hogrefe 2007
- 10 *Kauschke C.* Sprachtherapie bei Kindern zwischen 2 und 4 Jahren – ein Überblick über Ansätze und Methoden. In: *de Langen-Müller U, Iven C, Maihack V* (Hrsg.). Früh genug, zu früh, zu spät? Modelle und Methoden zur Diagnostik und Therapie sprachlicher Entwicklungsstörungen von 0 bis 4 Jahren. Köln, Prolog 2003; 152–183
- 11 *Küspert P, Schneider W.* Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Vorschulkinder. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 2006
- 12 *Schnitzler C.* Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb. Stuttgart, Thieme 2008
- 13 *Ziegler W, Vogel M, Gröne B, Schröter-Morasch H.* Dysarthrie. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Stuttgart, Thieme 2002
- 14 *Huber W, Poeck K, Springer L.* Rehabilitation der Aphasien. Stuttgart, Thieme 2006
- 15 *Rogalski E, Mesulam M.* An update on primary progressive aphasia. *Current Neurol Neurosci Rep* 2007; **7**: 388–392
- 16 *Cruise M, Hill R, Worrall L et al.* Conceptualising quality of life for older people with aphasia. *Aphasiology* 2010; **24**: 327–347
- 17 *Bhogal S, Teasell R, Speechley M.* Intensity of aphasia therapy. Impact on recovery. *Stroke* 2003; **34**: 987–931
- 18 *Wallesch CW, Johannsen-Horbach H.* Computers in aphasia therapy: Effects and side-effects. *Aphasiology* 2004; **18**: 223–228
- 19 *Worrall LE, Hickson LM.* Communication disability in aging: From prevention to intervention. New York, Delmar Learning 2003
- 20 *Dressel K, Huber W, Frings L et al.* Model-oriented naming therapy in semantic dementia: A single-case fMRI study. *Aphasiology* 2010; **24**: 1537–1558

III. Interdisziplinäre Forschungsfelder

Veränderte Versorgungsbedarfe sind unter anderem bedingt durch die demographische Entwicklung, die Zunahme chronischer Erkrankungen, eine gehäuft auftretende Multimorbidität insbesondere in höherem Lebensalter, sich wandelnde Erwartungen (potenzieller) Nutzer und durch eine fortschreitende Technisierung der Gesundheitsversorgung. Selten können sie von einer Gesundheitsprofession allein beantwortet werden. Vielfach ermöglicht erst die Zusammenführung unterschiedlicher professioneller Sichtweisen die bedarfsgerechte Beantwortung vielschichtiger Problemstellungen [25]. In der Praxis soll durch interprofessionelle Zusammenarbeit ein Abbau vorzeitiger Versorgungsdefizite und die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung erreicht werden. Zudem wird eine größere Arbeitszufriedenheit der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen durch eine sinnvolle Arbeitsteilung und einen bedarfs- und qualifikationsgerechten Personaleinsatz angestrebt [28]. Interprofessionalität kann somit zur Attraktivität der Gesundheitsfachberufe beitragen und dem drohenden Nachwuchsmangel entgegenwirken. Der Nutzen von Interprofessionalität für die Gesundheitsversorgung wurde bislang jedoch nur wenig untersucht. Es mangelt sowohl an wissenschaftlich tragfähigen Konzepten für die Versorgungspraxis als auch an empirischen Wirksamkeitsnachweisen [19, 23, 25, 26].

Aus wissenschaftlicher Sicht betrachtet sind die Entwicklung und Evaluation von Interventionen mit mehreren Beteiligten unter Alltagsbedingungen eine große Herausforderung. Beispielsweise ist für Forschungsaktivitäten der Gesundheitsfachberufe neben der Angemessenheit, Zielgerichtetheit und Wirksamkeit der eigenen Interventionen stets auch deren komplexes Zusammenspiel mit den Aktivitäten anderer Gesundheitsprofessionen zu berücksichtigen – inklusive aller damit verbundenen (un-)erwünschten Effekte. Neben einer Forschung, die sich traditionell innerhalb monodisziplinärer Relevanzsysteme bewegt, bedarf es mehr denn je auch einer Verständigung über interdisziplinäre Forschungsfragen, Forschungskonzepte und Forschungsmethoden – und zwar sowohl zwischen den hier interessierenden Gesundheitsfachberufen als auch mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen wie etwa der Medizin und Psychologie, den Neurowissenschaften oder den Bildungswissenschaften. Die Frage nach dem potenziellen Mehrwert interprofessioneller Vorgehensweisen stellt sich somit nicht allein mit Blick auf die Praxis der Gesundheitsversorgung, sie ist gleichermaßen für die darauf ausgerichtete Forschung von Bedeutung.

Interdisziplinäre Gesundheitsforschung sollte dazu beitragen,

1. innovative Fragestellungen und Forschungsperspektiven zu entwickeln und gemeinschaftlich umzusetzen,
2. neuartige Interventionen für sich verändernde und zunehmend komplexer werdende Versorgungsbedarfe zu entwickeln,
3. etablierte Erkenntnisse und Methoden der jeweils anderen Disziplinen für die eigene Forschung nutzbar zu machen, und schließlich

4. die verschiedenen Disziplinen aus der Vereinzelung zu befreien und ihre wissenschaftliche Entwicklung durch untereinander abgestimmte Strategien zu stärken.

Möglichen Reibungsverlusten beim Ausbau interdisziplinärer Forschung könnte durch eine koordinierte Herangehensweise begegnet werden – beispielsweise auch in Gestalt eines nationalen Koordinationszentrums für interdisziplinäre Forschung der Gesundheitsfachberufe. Nicht zuletzt ließen sich auf diese Weise der Wissenstransfer zwischen den Professionen und Disziplinen sowie zwischen Wissenschaft und Praxis befördern. Aber auch die dringend gebotene Harmonisierung [32] durch Anwendung forschungsmethodischer Standards [30] und messbare Effekte in der Versorgungspraxis wären so zeitnah zu realisieren. Im Folgenden werden ausgewählte Forschungsfelder kurzgefasst beschrieben, in denen für die Gesundheitsfachberufe besondere Herausforderungen bestehen und in denen interdisziplinäre Forschungsaktivitäten besonderen Erfolg versprechen.

1. Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im hohen Alter

Alte und hochaltrige Menschen haben ein erhöhtes Risiko für einen andauernden Versorgungsbedarf [27]. Um dem zu begegnen, bedarf es einer konsequenten Stärkung der Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Gesunderhaltung der Patienten, der informellen Hilfe durch Angehörige, Selbsthilfegruppen und andere (ehrenamtliche) Helfer sowie einer Umorientierung im Handeln der professionellen Akteure. Der Fokus muss künftig verstärkt auf Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gerichtet sein, wozu alle Gesundheitsdisziplinen wissenschaftlich fundierte Beiträge leisten müssen – auch die Gesundheitsfachberufe.

Einzelne Studien mit noch unzureichender Aussagekraft haben die präventive Wirkung von Beratungsangeboten zur Lebens- und Umfeldgestaltung sowie die Möglichkeiten (professioneller) Unterstützung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit untersucht [6, 21]. Hier gibt es noch erheblichen interdisziplinären Forschungsbedarf, um Maßnahmen zu entwickeln, die zur Steigerung von Autonomie und Teilhabe beitragen und die sowohl an individuellen Verhaltensweisen und Fähigkeiten als auch an den Lebensverhältnissen der älteren Menschen ansetzen, und um deren Wirkungen zu untersuchen. Auch gilt es, die altersspezifischen Beeinträchtigungen von motorischen, sensorischen, kognitiven und sprachlichen Beeinträchtigungen möglichst frühzeitig zu erkennen und partizipationsorientierte Behandlungskonzepte zu entwickeln. Rehabilitative Programme für Ältere erscheinen besonders dann erfolgreich, wenn die Bedarfe der Patienten aus interprofessioneller Perspektive mit entsprechenden Untersuchungsverfahren erhoben und mit individuell angepassten Behandlungsplänen beantwortet werden. Gemessen an Indikatoren wie Mortalität und Wiederaufnahme ist der Erfolg dieser Maßnahmen mehrfach belegt. Geht es um die

Fähigkeiten, die Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen, zeigt sich allerdings kein durchgängig positives Ergebnis. Auch lässt die Datenlage keine Präferenz für spezifische Programmgestaltungen zu [1, 13]. Forschungsbedarf besteht insbesondere, wenn es um rehabilitative Interventionen außerhalb spezifischer geriatrisch ausgerichteter Abteilungen von Krankenhäusern oder Rehabilitationskliniken geht.

Die unterschiedlichen Perspektiven der einzelnen Gesundheitsdisziplinen zu nutzen, um die Forschungsdesiderata in der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im fortgeschrittenen Alter zu identifizieren und abgestimmt zu beantworten, ist dringend angezeigt. Zugleich sollten dabei Erkenntnisse aus relevanten Bezugsdisziplinen aufgegriffen und integriert werden. Beispielsweise steht die Entwicklung pflegewissenschaftlicher Konzepte noch aus, die neurowissenschaftliche Erkenntnisse zur Bedeutung körperlicher Beweglichkeit für geistige Fitness aufgreifen und nutzbar machen. Auch die Psychologie und Geragogik bieten für die Entwicklung von Informations- und Beratungsansätzen – beispielsweise mit dem Ziel, die Selbstmanagementkompetenz älterer Menschen zu erhöhen – interessante Perspektiven.

2. Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen

Die Zunahme chronischer Erkrankungen, von denen Menschen in allen Altersgruppen und unterschiedlichen Lebenslagen betroffen sind, wurde vielfach diskutiert [28]. Die Beantwortung des vielschichtigen Unterstützungsbedarfs chronisch Kranker erfordert, dass Angehörige mehrerer Gesundheitsberufe den Versorgungsprozess gemeinsam gestalten. Dies wird nur dann Erfolg haben, wenn es gelingt, das Versorgungshandeln eng miteinander zu verzahnen. Additive Vorgehensweisen reichen nicht aus; vielmehr erfordert eine interdisziplinäre Versorgung auch eine professionsübergreifende Diagnostik, entsprechende Erhebungsverfahren (Assessments), abgestimmte Interventionskonzepte und -strategien sowie einheitliche Evaluationskriterien [34]. Doch obwohl beispielsweise in der psychiatrischen [20] und der palliativen [11] Versorgung die interprofessionelle Zusammenarbeit einen hohen Stellenwert hat, fehlen selbst in diesen innovativen Handlungsfeldern validierte Instrumente und Verfahrensweisen, die dem interdisziplinären Ansatz gerecht werden, d.h. aufeinander bezogen sind und Professionsgrenzen überschreiten. Ganz am Anfang steht beispielsweise auch die Entwicklung interdisziplinärer Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Leistungsfähigkeit von Menschen mit Apoplex [24] oder die Entwicklung abgestimmter Behandlungskonzepte für diese und vergleichbare Patientengruppen [8, 34].

Durch die stärkere Nutzung bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse könnte die Entwicklung innovativer physiotherapeutischer, ergotherapeutischer oder logopädischer Konzepte zur Behandlung von Patienten mit einer Hirnschädigung vorangetrieben werden. Diese könnten darauf abzielen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu reaktivieren, wiederherzustellen oder zu kompensieren [5, 9, 12, 31]. Bisher gelang die Rezeption und Übertragung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse in die Therapiekonzepte nur in Ansätzen. Wenig bearbeitet sind daneben auch interdisziplinäre Fragestellungen, die beispielsweise aus Sicht der Hebammenwissenschaft dringlich sind. Beispiele hierfür

sind Fragestellungen nach den möglichen Zusammenhängen zwischen chronischen Erkrankungen im Erwachsenenalter und vorgeburtlichen Ereignissen („fetal programming“) oder den Möglichkeiten zur Unterstützung chronisch kranker Frauen mit Kinderwunsch.

Interdisziplinäre Forschungs Herausforderungen stellen sich schließlich auch aufgrund der sich ergebenden Rollenveränderungen zwischen den chronisch kranken Personen und ihren professionellen Helfern. Menschen mit lang andauerndem Versorgungsbedarf werden oft zu Experten ihrer eigenen Erkrankung und/oder Funktionseinschränkung, wobei die Gesundheitsdisziplinen auf diese Entwicklung in Theorie und Praxis insgesamt noch wenig vorbereitet sind. Wie die Balance zwischen der Selbstverantwortung des Patienten und der Fremdverantwortung der professionellen Helfer künftig gestaltet sein soll, ist dabei eine für alle Gesundheitsdisziplinen gleichermaßen wichtige Frage, zu deren Beantwortung es eng aufeinander abgestimmte Forschungsaktivitäten bedarf. Dies gilt insbesondere in Bezug auf spezielle Patientengruppen wie etwa solche mit neurologischen Problemen oder mentalen Gesundheitsbeeinträchtigungen und auf deren Möglichkeiten, Selbstständigkeit und Alltagsfähigkeiten zu erreichen (Restitution, Kompensation, Adaptation). Forschungsk Kooperationen der Gesundheitsdisziplinen mit biowissenschaftlichen, sozial- oder auch bildungswissenschaftlichen Disziplinen könnten gerade in diesem Kontext nützlich sein. Ebenfalls sind die vielfältigen Kooperationsmöglichkeiten mit Selbsthilfeorganisationen bisher wenig beachtet [16], um Inhalte und Effekte von Selbsthilfeaktivitäten wissenschaftlich zu untersuchen.

3. Gesundheitsforschung zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen

Forschungsergebnisse zur Frage der Gesundheitslage und der Gesundheitsversorgung vulnerabler Gruppen in Deutschland sind weiterhin lückenhaft [35]. Gleichwohl ist ein Zusammenhang zwischen dem sozialen Status, der Bildung und der Gesundheitslage gut belegt. Die Zugehörigkeit zu einer vulnerablen Gruppe ist mit einem höheren Krankheitsrisiko und dem erschwerterem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen verbunden [28]. Bekannt ist die Problematik der Erreichbarkeit von sozial schwachen Gruppen für bislang geläufige Präventionsansätze.

Nach wie vor besteht Bedarf an epidemiologischen Studien, um die gesundheitlichen Bedarfe der Angehörigen vulnerabler Gruppen – insbesondere von Kindern, die unter sozial schwierigen Bedingungen leben und aufwachsen – differenziert zu erfassen. Im Hinblick auf gesundheitsbezogene zielgruppenspezifische Konzepte steht die Orientierung an gesellschaftlicher Teilhabe und Empowerment (d.h. Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten) im Vordergrund. Vorhandene Unterstützungsangebote werden vor allem von vulnerablen Zielgruppen nur unzureichend genutzt, sodass bestehende Barrieren identifiziert und Ansätze zu deren Überwindung entwickelt, implementiert und evaluiert werden müssen. Darauf aufbauend sind Präventions- und Interventionsprogramme zu entwickeln und auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen.

Alle diese Aufgaben werden von einer Gesundheits- oder auch Sozialdisziplin allein oder auch durch ein Nebeneinander monodisziplinärer Forschungsaktivitäten kaum angemessen zu beantworten sein. Bereits heute ist zu beobachten, dass sich die Zuständigkeiten zwischen Sozialarbeit/Sozialpädagogik einerseits und den Gesundheitsfachberufen andererseits in der Praxis überschneiden. Zudem sind abgestimmte Aktivitäten erforderlich, um auf die spezifischen Herausforderungen bei der Versorgung vulnerabler Patientengruppen reagieren zu können – seien es chronisch kranke Migranten, ältere Menschen mit Suchtproblemen, wohnungslose Personen, schwerst mehrfach Behinderte oder stark traumatisierte Patienten und Unfallopfer. Besondere Herausforderungen bestehen bei mehrfacher wie spezifischer Entwicklungsstörung im Säuglings- und Kindesalter und gleichzeitigem sozialen Risiko der Familien. Interprofessionelle gesundheitsbezogene Interventionskonzepte, die in spezifischer Weise die Versorgung von Angehörigen vulnerabler Gruppen fokussieren, sind in Deutschland die Ausnahme. Bereits existierende und implementierte Konzepte, wie z.B. der Einsatz der Familienhebamme und der Familien- und Gesundheitspflegerin, sind in Bezug auf ihre inhaltliche Ausrichtung und Vergleichbarkeit noch unzureichend evaluiert. Defizite zeigen sich insbesondere in der interdisziplinären Forschung – sei es in Fragen der Theorie- und Konzeptentwicklung oder auch der empirischen Wirkungs- und Evaluationsforschung. Als problematisch erweist sich hierbei, dass sowohl die sozialen Handlungswissenschaften als auch die Gesundheitsdisziplinen in ihrer Forschungsentwicklung noch am Anfang stehen und dass sie bislang kaum auf tragfähige Kooperationsstrukturen zurückgreifen können.

4. Interdisziplinarität als Herausforderung in Praxis und Forschung

Das Problem der Interdisziplinarität stellt sich in doppelter Hinsicht: Zum einen bedarf es in der Praxis der Gesundheitsversorgung einer eng aufeinander abgestimmten Anwendung von Strategien und Interventionen unterschiedlicher Professionen zur Beantwortung zunehmend komplexer werdender Problem- und Bedarfslagen – darunter auch der hier im Zentrum des Interesses stehenden Pflegenden, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Hebammen/Entbindungspfleger. Dabei ist der jeweils spezifische Beitrag von ebenso großer Bedeutung für die Gesunderhaltung, Gesundheitssicherung und Gesundheitsversorgung wie das Zusammenspiel der unterschiedlichen Aktivitäten und die sich daraus ergebenden Wirkungen. Zum anderen ist aber auch erforderlich, dass sich die unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen auf Augenhöhe begegnen, sich gegenseitig an ihren Erkenntnissen teilhaben lassen, gemeinsame Perspektiven und Fragestellungen entwickeln, sich über Forschungsdesigns und -methoden austauschen, ihre Erkenntnisse aus unterschiedlichen disziplinären Blickwinkeln diskutieren und bewerten und so einen gegenüber der monodisziplinären Forschung erkennbaren Mehrwert produzieren. Als problematisch erweist sich dabei, dass bereits die alltägliche Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen der einzelnen Gesundheitsberufe – insbesondere zwischen Medizin und Pflege – häufig als unbefriedigend bewertet wird und entsprechend negative Effekte für die Qualität und Effizienz der Patientenversorgung nach sich zieht [2, 18, 36]. Als Ursachen hierfür werden neben geschlechtsspezifischen Unterschieden auch die geschichtliche Entwicklung der Berufe sowie Unterschiede des sozioökonomi-

schen Status und der Sozialisation der Mitglieder der Berufsgruppen diskutiert [15]. Angesichts dessen forderte der Sachverständigenrat: „Eine weitgehende Kooperation dieser Berufsgruppen ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Bewältigung der kommenden Anforderungen“ [27]. Ähnliche Forderungen finden sich auch in einem erst unlängst zu diesem Thema veröffentlichten Memorandum der Robert Bosch Stiftung [25]. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit werden Teammodelle favorisiert [3, 8, 22, 28], die sich aus verschiedenen Berufsgruppen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Erfahrungen sowie wechselnden Verantwortlichkeiten zusammensetzen sollten. Es besteht weitgehend Konsens, dass derartige Teams eher auf aktuelle Herausforderungen reagieren sowie schneller erforderliche Angebote entwickeln und realisieren können, als dies in hierarchischen Strukturen der Fall ist [17]. Systematisch zu erproben und zu evaluieren sind Verfahrensweisen zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit, die über die bisher erprobten Ansätze hinausgehen [18] und beispielsweise auch spezifische Kontextbedingungen – wie etwa im ambulanten Sektor – berücksichtigen [4, 10].

Angesichts der hohen Bedeutung einer funktionierenden Zusammenarbeit einerseits und den faktischen Schwierigkeiten andererseits wurde in jüngster Zeit die Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe immer häufiger selbst zum Forschungsgegenstand erhoben. Die Relevanz dieses Themenfeldes erhöht sich angesichts der anstehenden Umgestaltung der Leistungserbringung. Ausgehend von der Annahme, dass eine mangelnde Kommunikation und unbefriedigende Arbeitsabläufe für viele interprofessionelle Konflikte verantwortlich sind, wurden unter anderem gemeinsame Visiten, in definierten Zeitabständen durchgeführte Teamgespräche, extern moderierte Gesprächsrunden, Videokonferenzen und Audiokonferenzen auf ihre Auswirkung auf eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit (u.a. gemessen an klinischen Outcomes) untersucht [35, 36]. Die vorliegenden Studien weisen auf positive Effekte der genannten Interventionen hin. Aufgrund der Heterogenität der Interventionen und der kleinen Anzahl der Studien ist die Evidenzlage jedoch weiterhin unbefriedigend.

Die bereits in der Praxis bestehenden Probleme bei der interprofessionellen Zusammenarbeit erweisen sich in der Forschung als zusätzlich hinderlich. Hier wird nicht zuletzt auch der unterschiedliche Entwicklungsstand der einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen als ein hemmender Faktor für interdisziplinäre Forschung zu berücksichtigen sein. Es wird nicht ausreichen, dass die einen – in diesem Fall die Gesundheitsfachberufe – die Erkenntnisse, Strategien und Methoden der anderen – etwa der Bio- und Sozialwissenschaften – lediglich aufgreifen und auf ihre jeweiligen Praxisprobleme übertragen. Vielmehr werden die Disziplinen sich aufeinander zu bewegen und gemeinsame Überlegungen für die Realisierung interdisziplinärer Forschungsaktivitäten auf unterschiedlichen Ebenen anstellen müssen. Die Herausforderungen in der interdisziplinären Forschung besser als bislang zu bewältigen erfordert also nicht zuletzt, die Forschungsentwicklung in den Gesundheitsfachberufen aktiv zu befördern.

Literatur

- 1 Bachmann S, Finger C, Huss A et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010; 340: c1718

- 2 *Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI et al.* Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med* 1999; 27: 1991–1998
- 3 *Benedict L, Robinson K, Holder C.* Clinical nurse specialist practice within the Acute Care for Elders interdisciplinary team model. *Clin Nurse Spec* 2006; 20: 248–251
- 4 *Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A et al.* Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000; 321: 694–696
- 5 Cumberland Consensus Working Group *Cheeran B, Cohen L, Dobkin B et al.* The Future of Restorative Neurosciences in Stroke: Driving the Translational Research Pipeline From Basic Science to Rehabilitation of People After Stroke. *Neurorehabil Neural Repair* 2009; 23: 97–107
- 6 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. Präventive Hausbesuche bei Senioren. Hannover, Schlütersche 2008
- 7 *De Wit L, Putman K, Lincoln N et al.* Stroke rehabilitation in Europe: what do physiotherapists and occupational therapists actually do? *Stroke* 2006; 37: 1483–1489
- 8 *Durbin CG Jr.* Team model: advocating for the optimal method of care delivery in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34: 12–S17
- 9 *Hamzei F.* Update Physiotherapie: Evidenzbasierte NeuroReha. Stuttgart, Thieme 2008
- 10 *Höhmann U.* Voraussetzungen und Möglichkeiten berufs- und einrichtungsübergreifender Kooperation zur Verbesserung der Versorgungsqualität pflegebedürftiger Menschen. In: *Stemmer R* (Hrsg.). Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Hannover, Schlütersche 2009; 11–28
- 11 *Holley JL.* Palliative care in end-stage renal disease: illness trajectories, communication, and hospice use. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007; 14: 402–408
- 12 *Huber W, Poeck K.* Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Stuttgart, Thieme 2006
- 13 *Jonsson A, Gustafson Y, Schroll M et al.* Geriatric rehabilitation as an integral part of geriatric medicine in the Nordic countries. *Dan Med Bull* 2003; 50: 439–445
- 14 *Käppeli S.* Das Ethos der Pflege – Gedankenspiel oder Verpflichtung. In: *Stemmer R* (Hrsg.). Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Hannover, Schlütersche 2008; 101–121
- 15 *Larson E.* The impact of physician-nurse interaction on patient care. *Holist Nurs Pract* 1999; 13: 38–46
- 16 *Lauer N.* Aphasie-Selbsthilfe. Konzepte, Strukturen und Empirie. Idstein, Schulz-Kirchner 2010
- 17 *Leatt P, Baker GR, Halverson PK et al.* Downsizing, reengineering, and restructuring: long-term implications for healthcare organizations. *Front Health Serv Manage* 1997; 13: 3–37
- 18 *Lecher S, Klapper B, Schaeffer D, Koch U.* InterKiK. Endbericht zum Modellprojekt "Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus" von April 1999 bis Mai 2002 Im Internet: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/EndberichtInterKiK.pdf> Stand: 15.12.2007
- 19 *Martin JS, Ummenhofer W, Manser T et al.* Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Med Wkly* 2010; 140, w13062
- 20 *McDougall T.* Nursing children and adolescents with bipolar disorder: assessment, diagnosis, treatment, and management. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2009; 22: 33–39
- 21 *Meier-Baumgartner HP, Anders J, Dapp U.* Präventive Hausbesuche. Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern. Hannover, Vincentz 2005
- 22 *Porter-O'Grady T, Alexander DR, Blaylock J et al.* Constructing a team model: creating a foundation for evidence-based teams. *Nurs Adm Q* 2006; 30: 211–220
- 23 *Ravenek MJ, Hughes ID, Ivanovich N et al.* A systematic review of multidisciplinary outcomes in the management of chronic low back pain. *Work* 2010; 35: 349–367
- 24 *Reeves MJ, Parker C, Fonarow GC et al.* Development of stroke performance measures: definitions, methods, and current measures. *Stroke* 2010; 41: 1573–1578
- 25 Robert Bosch Stiftung. Memorandum "Kooperation der Gesundheitsberufe/Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen". Stuttgart, Eigenverlag Robert Bosch Stiftung 2011
- 26 Robert Bosch Stiftung. Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. 1. Auflage: Stuttgart, Schattauer 2011
- 27 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten (2009) Im Internet: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf> Stand: 10.08.2010
- 28 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung Langfassung (2007). Im Internet: <http://www.svr-gesundheit.de> Stand: 08.08.2007
- 29 *Salomon T, Rothgang H.* Interdisziplinäre Kooperation der Gesundheitsfachberufe am Beispiel der Schlaganfallversorgung – Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit Im Auftrag der Robert Bosch Stiftung; 2010
- 30 *Simera I, Moher D, Hoey J et al.* A catalogue of reporting guidelines for health research. *Eur J Clin Invest* 2010; 40: 35–53
- 31 *Stadie N, Schröder A.* Kognitiv orientierte Sprachtherapie. Methoden, Material und Evaluation für Aphasie, Dyslexie und Dysgraphie. München, Elsevier Urban und Fischer 2009
- 32 *van den Ende CH, Steultjens EM, Bouter LM et al.* Clinical heterogeneity was a common problem in Cochrane reviews of physiotherapy and occupational therapy. *J Clin Epidemiol* 2006; 59: 914–919
- 33 *von dem Knesebeck O, Bauer U, Geyer S et al.* Social inequality in health care: plea for systematic research. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 59–62
- 34 *Wells JL, Seabrook JA, Stolee P et al.* State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 890–897
- 35 *Zwarenstein M, Bryant W.* Interventions to promote collaboration between nurses and doctors *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD000072
- 36 *Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S.* Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 3: CD000072

IV. Bestehende Forschungsstrukturen und zukünftige Anforderungen

In diesem Kapitel folgt eine übersichtsartige Bestandsaufnahme der Strukturen und Kapazitäten, die derzeit für die Beantwortung der zuvor skizzierten Forschungs Herausforderungen in Deutschland zur Verfügung stehen. Angesichts der Tatsache, dass die Gesundheitsfachberufe hierzulande erst vor wenigen Jahren Zugang zu den Hochschulen erhalten haben, dürfen die Erwartungen nicht zu hoch angesetzt werden. Einen Vergleich mit den in den etablierten Gesundheitsdisziplinen existierenden Strukturen und Kapazitäten – namentlich der Medizin – anzustreben, wäre für die Pflege, das Hebammenwesen, die Physio- und Ergotherapie oder Logopädie noch zu früh. Sollen die Gesundheitsfachberufe dem zur Bewältigung anstehenden Innovations- und Forschungsbedarf begegnen, sich im Wettbewerb um Fördermittel erfolgreich behaupten und letztlich auch die Anschlussfähigkeit Deutschlands an internationale Entwicklungen gewährleisten können, werden auch sie künftig auf forschungsfreundlichere Strukturen angewiesen sein. Einige der dafür zu schaffenden Voraussetzungen werden im Folgenden thematisiert.

1. Heterogene Ausgangssituation in den Gesundheitsfachberufen



Die Ausgangssituation in den einzelnen Gesundheitsfachberufen stellt sich unterschiedlich dar und bedarf daher einer differenzierten Betrachtung. Die Pflege hat hierzulande zum Teil mit Unterstützung der vergleichsweise weiter entwickelten internationalen pflegewissenschaftlichen Gemeinschaft seit den 1990er Jahren damit begonnen, tragfähige Strukturen für die Wissenschaftsentwicklung, wissenschaftliche Nachwuchsförderung und Forschung aufzubauen. Anfänglich verlief die Entwicklung zögerlich, zumal sich die Kräfte auf die Etablierung einschlägiger Studienangebote an den Fachhochschulen sowie auf den Aufbau einiger weniger universitärer Institute für Pflegewissenschaft und Pflegeforschung konzentrierten.

Den eigentlichen Startpunkt der „Phase der Forschung“ [13] markieren die von 2004 bis 2010 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Förderschwerpunkts „Angewandte Pflegeforschung“ geförderten Pflegeforschungsverbände. In der ersten Förderphase wurden vier, in der zweiten Förderphase schließlich noch drei Verbände gefordert [1, 5, 14]. In dieser Förderinitiative wurde auch bereits die Hebammenforschung berücksichtigt – anfänglich mit einem eigenständigen Forschungsverbund, später dann integriert in einen der drei pflegewissenschaftlichen Forschungsverbände [17]. Bemerkenswert ist diese Förderinitiative in erster Linie, weil sie als Impulsgeber für die Strukturentwicklung in der Pflegeforschung gedient hat. Beschränkten sich die Aktivitäten bis dahin vornehmlich auf die sogenannte Qualifikationsforschung, wurden seitdem die Forschungsanstrengungen und auch die Beantragung von Drittmitteln intensiviert. Eine Verstärkung und insbesondere eine am erkennbaren Bedarf und am internationalen Entwicklungsstand orientierte Ausweitung, Systematisierung

und Verdichtung dieser Aktivitäten in der Pflege- und Hebammenforschung stehen indessen noch aus.

Die übrigen Gesundheitsfachberufe – namentlich die Physio- und Ergotherapie wie auch die Logopädie – befinden sich hingegen noch am Anfang dieser Entwicklungen und befassen sich derzeit überwiegend mit der Entwicklung und Implementierung von (grundständigen) Studiengängen („Phase der Ausbildung“) [13]. Auch drängende Herausforderungen bei der Disziplinwerdung und Wissenschaftsentwicklung stehen einer stärkeren Forschungsorientierung noch vielfach im Wege. Dennoch haben Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden/Sprachtherapeuten in einigen Fällen bereits die bestehende strukturelle Verkopplung von Berufsfachschulen für Gesundheitsfachberufe mit den Universitätskliniken und den dahinter stehenden medizinischen Fakultäten für ihre Forschungsaktivitäten genutzt. In der Regel sind diese Forschungsprojekte jedoch von der Medizin dominiert, und spezifische physio- oder ergotherapeutische bzw. logopädische Sichtweisen und Fragestellungen können nicht im notwendigen Umfang verfolgt werden. Hinzu kommt, dass die an Universitätskliniken durchgeführte Forschung auf eine spezifische Patientenselektion und den stationären Bereich beschränkt ist, was mit Begrenzungen für Forschungsthemen und -designs einhergeht.

Unter strukturellen Gesichtspunkten ist ungeachtet der Unterschiede zwischen den Gesundheitsfachberufen aber auch eine Gemeinsamkeit hervorzuheben: Ihre akademische Entwicklung haben sie vornehmlich von den lehr- und anwendungsorientierten Fachhochschulen aus starten müssen, an denen eine geordnete Wissenschaftsentwicklung und Disziplinwerdung auf erhebliche strukturelle und kapazitive Hindernisse stößt. Die universitäre Verankerung, die Vernetzung mit den etablierten akademischen Disziplinen und auch die Forschungsorientierung verharren dagegen entweder auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau (z.B. bei der Pflegewissenschaft) oder aber sie sind noch nicht richtig in Gang gekommen (z.B. in der Physio-/Ergotherapie und der Hebammenwissenschaft). Zwar wird beispielsweise in der Pflegeforschung eine enge Kooperation mit Fachhochschulen angestrebt, dennoch sind es überwiegend die wenigen universitären pflegewissenschaftlichen Institute, die bislang als wesentliche Impulsgeber und strukturelle Anker beim Auf- und Ausbau von Pflegeforschung in Erscheinung getreten sind [4]. Vergleichbar stellt sich die Situation auch für die Logopädie dar, die mit ihren verschiedenen wissenschaftlich nahestehenden Sprach- und Sprechdisziplinen bereits universitär aufgestellt ist. Auch hier existieren forschungsorientierte Kooperationen zwischen den an den Fachhochschulen angesiedelten Logopädiestudiengängen und z.B. den (neuro-)linguistischen Studiengängen und wissenschaftlichen Disziplinen an den Universitäten. Im Folgenden wird daher dem Verhältnis von Fachhochschulen und Universitäten sowie den damit einhergehenden Implikationen für die Forschungsorientierung der Gesundheitsfachberufe besondere Aufmerksamkeit zu widmen sein.

2. Strukturentwicklung an den Fachhochschulen

Die Fachhochschulen sind bis heute die eigentliche Heimat der Gesundheitsfachberufe. Zahlreiche der rund 190 staatlichen und staatlich anerkannten Fachhochschulen in Deutschland haben ihre Pforten für die noch jungen wissenschaftlichen Disziplinen geöffnet und deren Entwicklung maßgeblich befördert (vgl. **Tab.1** in Kapitel V). Auch wenn die Lehre für Fachhochschulen besondere Bedeutung hat, gehört seit vielen Jahren auch der Forschungs- und Entwicklungsauftrag zu den grundlegenden Aufgaben dieses Hochschultypus (Novellierung des Hochschulrahmengesetzes 1985). Die Forschung an Fachhochschulen ist dabei zumeist durch konkrete Anwendungsbezüge und eine ausgeprägte Praxisnähe gekennzeichnet. Sie soll in der Regel der Umsetzung von Erkenntnissen aus der Grundlagenforschung in innovative Lösungen konkreter Praxisaufgaben bis hin zur Produktentwicklung und Markteinführung dienen [11, 12]. Diese Ausrichtung könnte auch für die Gesundheitsfachberufe interessante Entwicklungsoptionen eröffnen.

Ein grundsätzliches Problem ist jedoch, dass es den Fachhochschulen – ungeachtet zahlreicher Fördermaßnahmen der zurückliegenden Jahre – nach wie vor an stabilen und tragfähigen Infrastrukturen und personellen Kapazitäten für Forschung mangelt. Professoren haben mit einem Lehrdeputat von durchschnittlich 18 Semesterwochenstunden selten die Freiräume zur Beantragung und Durchführung von Forschung in nennenswertem Umfang, und Freistellungen für diese Aufgaben sind begrenzt. Ein sogenannter Mittelbau – sprich wissenschaftliche Mitarbeiter in Qualifizierungsphasen – ist selten zu finden. Strukturen für die Forschungsadministration und Drittmittelverwaltung befinden sich vielerorts erst im Aufbau. Erst in wenigen Fällen haben die Hochschulleitungen damit begonnen, diese strukturellen Herausforderungen anzugehen und den Aufbau forschungsfreundlicher Strukturen zu forcieren. Inwieweit die Gesundheitsfachberufe hiervon profitieren, lässt sich aufgrund fehlender Daten und Informationen nicht eindeutig beantworten. Überwiegend dürfte die Forschung an Fachhochschulen aber zumeist noch auf die Aktivitäten einzelner Personen oder kleiner Forschergruppen zurückgehen und mit eher kleineren Forschungsaufgaben sowie eng begrenzten Fragestellungen befasst sein [2, 3]. Hierzu trägt auch die über lange Jahre eher kleinteilig angelegte und periodisch erfolgende Forschungsförderung für Fachhochschulen bei [7]. Fachhochschulgestützte Forschung in den Gesundheitsfachberufen lässt folglich noch keine inhaltliche Systematik erkennen. Sie ergibt sich schwerpunktmäßig aus den Möglichkeiten, Drittmittel einzuwerben, und ist insofern zumeist disziplinextern gesteuert. Für die Entwicklung hochschulinterner Forschungsschwerpunkte oder gar hochschulübergreifender Forschungsverbände sind in den Fachhochschulen wenige Ressourcen vorhanden. Langfristige oder in erster Linie wissenschaftlich begründete Forschungslinien sind unter diesen Bedingungen schwerlich aufzubauen. Erst in jüngster Zeit scheint sich dies durch entsprechende Förderimpulse (z.B. SILQUA-FH) langsam zu ändern.

In einigen Fällen wurde versucht, den strukturellen Herausforderungen durch die Gründung von Institutsstrukturen zu begegnen, zumeist in Form von rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen An-Instituten. Von Hochschullehrenden geleitet und überwiegend mit eigenem Personal ausgestattet, werden sie nicht als ausgelagerte Forschungseinrichtungen aufgefasst. Vielmehr wird darin eine Möglichkeit gesehen, Forschungskapazitäten der Fachhoch-

schule mit der Wirtschaft zu bündeln. Für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe existiert diese Form der An-Institute noch nicht und der Bezug zu Einrichtungen der Wirtschaft ist durch den Gegenstand der gesundheitsbezogenen Fragestellungen auf den ersten Blick gering. Dennoch könnten sich auch hier – beispielsweise im Bereich der Telematik und E-Health oder auch im Bereich der technischen Versorgung mit Hilfsmitteln – Ansatzpunkte ergeben. Zudem haben sich erste, an den Hochschulen angesiedelte Lehr- und Forschungsambulanzen oder auch Praxen für Therapieberufe entwickelt, an denen Patienten von ausgebildeten Lehrtherapeuten oder auch von Studierenden behandelt werden können. Es gibt sowohl das Modell einer klassischen Versorgungseinrichtung („Campuspraxis“), die mit den Kostenträgern abrechenbare Leistungen erbringt, als auch den Typus einer gefördernten Versorgungseinrichtung. Neben der Möglichkeit einer klinisch orientierten Lehre können an und mit diesen Einrichtungen auch (kleinere) Forschungsprojekte durchgeführt werden. Nicht nur in der Pflege werden in jüngster Zeit verstärkt Kooperationsverträge zwischen Fachhochschulen und Versorgungseinrichtungen (Kliniken, Pflegediensten, Pflegeheimen) geschlossen, um beispielsweise die klinische Qualifizierung in den sich derzeit entwickelnden grundständigen oder ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengängen gewährleisten zu können. In gewisser Weise handelt es sich bei diesen Einrichtungen also um Versorgungseinrichtungen, die hinsichtlich ihres Charakters den Lehrkrankenhäusern und Universitätsklinikern nicht unähnlich sind. Allerdings müssen die Gesundheitsfachberufe noch vielfach auf labile Sonderkonstruktionen zurückgreifen, die zahlreiche rechtliche und administrative Probleme aufwerfen. Dies gilt nicht zuletzt für den Fall, dass neben Versorgungs- und Lehraufgaben auch Forschungsaktivitäten in diesen Einrichtungen durchgeführt werden sollen. Die Möglichkeiten ausbildungsintegrierter, sogenannter dualer Studiengänge an Hochschulen in Kooperation mit einzelnen Fachschulen werden erst in jüngerer Zeit intensiver genutzt.

Die Studiengänge für Gesundheitsfachberufe sind überwiegend in übergreifende Fachbereiche integriert (z.B. Soziales, Wirtschaft oder Gesundheit), was mit einem erhöhten Abstimmungsbedarf einhergeht und zuweilen auch zuwiderlaufende Entwicklungsimpulse mit sich bringt. Dies ist insbesondere dann von Nachteil, wenn es um die hochschulinterne Mittelverteilung und Ressourcenzuweisung geht. Die personelle Situation ist sowohl auf der Ebene der Professoren als auch auf der des wissenschaftlichen Mitarbeiterstammes defizitär. Oftmals gibt es in den Gesundheitsfachberufen nur vereinzelte Professuren – im Gegensatz beispielsweise zu den Sozial- oder Wirtschaftswissenschaften. Zudem wurden in den letzten Jahren vorwiegend Nachwuchswissenschaftler berufen, die keine klassische Hochschulkarriere durchlaufen haben und somit in Fragen der akademischen Selbstverwaltung wie auch in den ansonsten von Hochschullehrern zu bewältigenden Aufgaben (Lehr- und Prüfungsbetrieb) unerfahren sind. Ein den Universitäten vergleichbarer Mittelbau oder eine Forschungsadministration steht in aller Regel nicht zur Verfügung, und so mangelt es mit Blick auf die Antragstellung, Verwaltung und Abwicklung von Forschungsprojekten an stützenden Strukturen. Inwieweit hier – beispielsweise durch gezielte Förderprogramme – in den kommenden Jahren Abhilfe geschaffen werden kann und inwieweit insbesondere die Hochschulleitungen die Gesundheitsfachberufe und die von ihnen zu verantworteten Forschungsaktivitäten als Entwicklungschance begreifen und entsprechende Weichenstellungen vornehmen, bleibt abzuwarten.

3. Gesundheitsfachberufe an den Universitäten

Universitäten dienen der Entwicklung und der Förderung der Wissenschaften durch Forschung und Lehre. Während die Medizin ein traditioneller, nicht hinterfragter und zumeist mit hohem Prestige bedachter Bestandteil des Fächerspektrums der Universitäten ist, stellt sich die Situation bei den Gesundheitsfachberufen gegenteilig dar. Nur wenige Universitäten in Deutschland haben ihre Pforten für diese neuen Disziplinen geöffnet oder gar deren Wissenschafts- und Forschungsentwicklung aktiv befördert.

Derzeit gibt es in Deutschland insgesamt sechs pflegewissenschaftliche Standorte: an den Universitäten in Berlin, Bremen, Bielefeld, Halle-Wittenberg (hier als pflege- und gesundheitswissenschaftliches Institut), Witten-Herdecke und Vallendar. In zwei Fällen sind Institute an medizinischen Fakultäten in Ostdeutschland angesiedelt (Berlin und Halle-Wittenberg), wobei die entsprechenden strukturellen Weichen bereits in den 1970er bzw. den späten 1980er Jahren und somit noch zu DDR-Zeiten gestellt wurden [3]. In einem Fall ist die Pflegewissenschaft als ein eigenes Department an einer Fakultät Gesundheit an einer privaten Hochschule angesiedelt (Witten-Herdecke), in einem anderen Fall an einer theologisch-philosophischen Hochschule (Vallendar). Zwei pflegewissenschaftliche Institute sind heute Bestandteil von gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten (Bremen und Bielefeld). Überwiegend sind diese Standorte mit zwei Lehrstühlen mit unterschiedlichen Denominationen ausgestattet – darunter in zahlreichen Fällen mindestens eine für Bildungsfragen. Noch schwieriger gestaltet sich die Situation in den übrigen Gesundheitsfachberufen. Für die Hebammenwissenschaft sowie die Physio- und Ergotherapie werden einschlägig wissenschaftlich qualifizierte und von Berufsangehörigen besetzte Lehrstühle sowie diesen zugeordnete Strukturen (Institute, Arbeitsgruppen etc.) vergeblich gesucht. In der akademischen Sprachtherapie gibt es einige Lehrstühle mit unterschiedlicher Denomination: Klinische Linguistik (Bielefeld und Marburg), Patholinguistik (Potsdam), Sprachtherapie (München und Köln) und Sprachheilpädagogik (Hannover). Diese sind jedoch zum Teil nicht von Logopäden/Sprachtherapeuten besetzt. An der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen werden seit 1991 in Kooperation der Medizinischen und der Philosophischen Fakultät Studiengänge speziell für an Fachschulen ausgebildete Logopäden angeboten (zunächst Diplom, seit 2008 Bachelor of Science und Master of Science). Lehrstühle für Logopäden wurden bisher nicht eingerichtet.

4. Kooperation zwischen Fachhochschulen und Universitäten

Forschungsk Kooperationen zwischen Fachhochschulen und Universitäten bzw. Fachhochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen stellen immer noch eher eine Ausnahme dar. Über die Häufigkeit gemeinsamer (erfolgreicher) Antragsstellungen von Fachhochschulen und Universitäten im Rahmen von Forschungsförderprogrammen kann lediglich spekuliert werden, da hierüber keine Daten vorliegen. Kooperationen zwischen Fachhochschulen und Universitäten bzw. außeruniversitären Einrichtungen sind zudem häufig von persönlichen Beziehungen der Wissenschaftler abhängig und werden selten explizit durch entsprechende Programme gefördert oder gar dauer-

Exkurs – Forschungsförderliche Strukturen an den Universitäten

Forschung zu betreiben ist eine genuine Aufgabe von Universitäten, weshalb diese hierfür entsprechend stabile Strukturen geschaffen haben. Universitäre Forschung versteht sich dabei primär als erkenntnis- und anwendungsorientierte Grundlagenforschung, wobei Forschungsaktivitäten oft langfristig angelegt sind und die daraus gewonnenen Erkenntnisse eng mit der wissenschaftlichen Lehre verknüpft werden. Auf diese Weise übernehmen Universitäten nicht zuletzt auch Verantwortung für die Graduierung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Mit In- und An-Instituten, dem Aufbau von Sonderforschungsprogrammen und -bereichen, Kompetenzzentren, Forschergruppen und Graduiertenkollegs sowie der Zusammenarbeit mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen sind Forschungsaktivitäten zentral verankert und werden durch eine entsprechende Grundausstattung der Universitäten gestützt. Das Einwerben von Drittmitteln stellt angesichts zumeist real sinkender Grundmittel eine immer wichtiger werdende Aufgabe der Wissenschaftler an Universitäten dar und geht zumeist mit einer hohen Reputation und neuen Forschungsprojekten einher.

Universitäten sind oft darauf angewiesen, in Kooperation und im Wettbewerb mit anderen Forschungseinrichtungen Kompetenzen zu bündeln und Schwerpunkte zu setzen, um international wahrgenommen zu werden und erfolgreich zu sein [9]. Die Zusammenarbeit zwischen Hochschulen und außeruniversitären (öffentlichen und privaten) Forschungseinrichtungen gehört daher zu den in den letzten Jahren verstärkten Strukturinitiativen. Die außeruniversitäre Forschung hat die Aufgabe, Grundlagenforschung ergänzend zu fördern und ressort- und industriebezogene Auftragsforschung durchzuführen [6, 7, 15]. Zunehmend etablieren sich darüber hinaus auch Forschungskollegs, die stärker einen interdisziplinären oder regionalen Bezug der Wissenschaftler in den Mittelpunkt stellen und hierdurch eine systematische sowie kontinuierliche Kommunikation und Zusammenarbeit ermöglichen.

Die wenigen an den Universitäten angesiedelten Gesundheitsfachberufe können prinzipiell von den dort bestehenden forschungsförderlichen Strukturen profitieren. Allerdings sehen auch sie sich häufig noch mit zahlreichen Aufbauarbeiten, strukturellen Widrigkeiten und einem breiten Aufgabenbündel konfrontiert, das die zielgerichtete Beantwortung der disziplinspezifischen Forschungs Herausforderungen mit einer entsprechenden Entwicklung und Etablierung als eigenständige Disziplin erschwert [4]. Hinzu kommt, dass die Gesundheitsfachberufe an den Universitäten sich im Wettbewerb um Ressourcen mit seit langem etablierten Disziplinen messen müssen. Zudem werden sie – etwa bei der Zuweisung von leistungsorientierten Mitteln – an von ihnen oft nur schwer erreichbaren Erfolgskriterien gemessen (Drittmittelvolumen, Impact-Faktoren etc.). Schließlich bindet auch die Aufgabe der Qualifizierung des wissenschaftlichen Nachwuchses (Promotionen) die nur im geringen Umfang vorhandenen personellen Kapazitäten. Allerdings verlassen die Nachwuchswissenschaftler die Universität nicht selten unmittelbar nach der Promotion und die Forschungserträge bleiben somit in der wichtigen Post-Doc-Phase zum Teil aus.

haft strukturell abgesichert. Nur in wenigen Bundesländern wurden Strukturentwicklungen forciert – so beispielsweise in NRW. Universitäten, Fachhochschulen und Transfergesellschaften haben sich in diesem Bundesland in einer „Innovationsalli-

anz“ zusammengeschlossen, um Forschung und Wissenstransfer der beteiligten Hochschulen unter anderem durch Serviceleistungen für die Hochschulen, Kooperationsvermittlung von Forschenden und Firmen sowie durch eine begleitende aktive Öffentlichkeitsarbeit zu fördern und zu stärken. Inwiefern dabei auch die Belange der Gesundheitsfachberufe berücksichtigt werden, wird sorgfältig zu prüfen sein.

Seit vielen Jahren mahnt die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) eine Ausweitung der Kooperation von Fachhochschulen und Universitäten im Forschungsbereich an. Während Fachhochschulen durch derartige Verbindungen in theoretischer und methodischer Hinsicht von den Kompetenzen der Universitäten profitieren könnten, würden sich den Universitäten durch die Fachhochschulen ein konkreter Praxis- und Anwendungsbezug sowie ein Zugang zu spezifischen Handlungsfeldern eröffnen. Die HRK empfiehlt insbesondere die Konzentration auf interdisziplinäre Fächerkombinationen, etwa eine Verbindung der universitären Medizin mit den Ingenieurwissenschaften an Fachhochschulen [10]. Die Gesundheitsfachberufe und die von ihnen zu beantwortenden spezifischen oder auch die gemeinsam zu bearbeitenden interdisziplinären Forschungsbedarfe bleiben allerdings – von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen – noch weitgehend außerhalb des Blickfeldes der unterschiedlichen Interessengruppen und professionellen Akteure.

5. Künftige Anforderungen und Entwicklungsperspektiven

Grundsätzlich stellt sich die Frage, welches Instrumentarium geeignet ist, die Wissenschafts- und Forschungsorientierung in den Gesundheitsfachberufen zu befördern und die überfällige Struktur- und Kapazitätsentwicklung in diesem Bereich anzustoßen. Zur Beantwortung dieser Frage richtet sich der Blick erneut zunächst auf die Fachhochschulen, an denen die Verankerung der Gesundheitsfachberufe weiter befördert und an denen zugleich Entfaltungsmöglichkeiten für die Wissenschafts- und Disziplinentwicklung bereit gehalten werden müssen. Folgende Forderungen wären an die Fachhochschulen zu richten:

- ▶ Forschung in den Gesundheitsfachberufen wird als übergreifende Hochschulstrategie zu verstehen und zu gestalten sein [16]. Hierzu gehört u.a. eine strukturelle Förderung forschungsstarker Bereiche in den Fachhochschulen sowie die Bildung von Forschungsschwerpunkten und fachbereichsübergreifenden Kompetenzzentren durch eine entsprechende Mittelausstattung.
- ▶ Damit einher geht der Anspruch, forschungsförderliche Strukturen zu schaffen. Dies umfasst die Berücksichtigung der Forschungsorientierung bei Neuberufungen, die Möglichkeit einer Lehrdeputatsreduktion von forschungsaktiven Professoren, der Aufbau einer Mittelbaustruktur und auch der Ausbau des Personals zur Forschungsadministration [2].
- ▶ Um den Forschungsanspruch zu realisieren und den Drittmittelerwerb zu ermöglichen, muss die Grundausrüstung der Fachhochschulen angepasst werden [3, 12]. Hier hat sich in den letzten Jahren bei steigenden Studierendenzahlen nichts Nennenswertes verändert [8], und so stoßen insbesondere die noch jungen Gesundheitsdisziplinen mit den vor ihnen liegenden Aufgaben schnell an Grenzen.

Doch dies allein wird nicht ausreichen, um die Wissenschafts- und Forschungsorientierung in den Gesundheitsfachberufen zu befördern. Vielmehr werden neben den Fachhochschulen auch die Universitäten stärker als bislang in die Pflicht genommen werden müssen. Sie sind aufgefordert, sich für die Gesundheitsfachberufe zu öffnen und eine systematische Förderung ihrer Wissenschaftsentwicklung und Disziplinwerdung durch hierfür geeignete Strukturentwicklungsmaßnahmen voranzutreiben. Dazu zählen z.B. die Gründung von Lehrstühlen und Instituten, der Aufbau und die Förderung von „Professional Schools“, die Erweiterung oder Neugründung von Fakultäten oder die Etablierung und strukturelle Unterstützung von Forschergruppen und Forschungsinitiativen [4]. Zudem müssen die Universitäten auch der Schaffung stabiler Pfade für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung in den Gesundheitsfachberufen (Promotionsphase/Post-Doc-Phase) mehr Aufmerksamkeit zukommen lassen. Dies könnte beispielsweise in Form von kooperativen Promotionsverfahren realisiert werden, durch die für Masterabsolventen von Fachhochschulen der Weg zur Promotion geebnet werden könnte. Die kooperative Betreuung und Begutachtung von Professoren der unterschiedlichen Hochschultypen müsste dabei zur Selbstverständlichkeit werden und durch entsprechende Qualitätsvereinbarungen vertraglich abgesichert sein [11].

Insgesamt wird es künftig darauf ankommen, die beiden Hochschultypen mit ihren jeweiligen Stärken und Schwächen zusammenzuführen und so Synergieeffekte für den Auf- und Ausbau von Forschung in den Gesundheitsfachberufen zu erzeugen. Die Verknüpfung zwischen den Gesundheitsfachberufen an den Fachhochschulen und den universitären Bezugsdisziplinen liegen vor dem Hintergrund der bisherigen Strukturen nahe und müssen stärker forciert werden. Hier ließe sich u.a. zwischen der Physiotherapie an der Fachhochschule und den naturwissenschaftlichen Disziplinen an den Universitäten oder zwischen der Ergotherapie an der Fachhochschule und den sozial- oder gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen eine Verknüpfung herstellen, die sich u.a. in gemeinsamen Antragstellungen niederschlagen könnte. Die Medizin mit den ihr zugeordneten klinischen Lehrinrichtungen ist ebenfalls ein wichtiger Partner für derartige Kooperationen, beispielsweise zwischen Logopädie und Neurowissenschaften bzw. zwischen Logopädie und HNO/Phoniatrie/Audiologie/Kieferorthopädie. Dies impliziert insgesamt eine stärkere Öffnung der Universitäten für die Anliegen und Bedarfe der Gesundheitsfachberufe [4].

Für die Gesundheitsfachberufe ist die Förderung kooperativer Forschungsprojekte mit Universitäten von großer Bedeutung, um auf diese Weise Zugang zu wissenschaftlichen Netzwerken und Schwerpunktprogrammen zu erhalten. Gemeinsam beantragte und durchgeführte Drittmittelprojekte könnten es ermöglichen, die komplementären Hochschultypen zusammenzuführen und in ihren jeweiligen Stärken zu verknüpfen. Hierfür bedarf es entsprechender Anreize – insbesondere der zielgerichteten Vergabe von Fördermitteln („Kooperationsplattformen“). Zu beachten ist, dass die Kooperation auf Augenhöhe erfolgt und die Aufgaben und Mittel angemessen auf die Partner verteilt werden.

Literatur

- 1 Behrens J, Langer G, Hanns S et al. Der Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd. Evidenzbasierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen. *Pflege & Gesellschaft* 2005; 10: 7–20
- 2 BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung. Forschungslandkarte Fachhochschulen – Potenzialstudie. Bonn, BMBF 2004
- 3 Einhäupl KM. Forschung als differentia specifica von Fachhochschulen? Gegenwart und Perspektiven. In: HRK – Hochschulrektorenkonferenz. Forschung, Entwicklung und Technologietransfer an Fachhochschulen. Beiträge zur Hochschulpolitik. Vol. 5: 2005; 29–46
- 4 Robert Bosch Stiftung/Forum Pflegewissenschaft. Memorandum „Für eine Verankerung der Pflegewissenschaften und Pflegeforschung an Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Deutschland. Bremen, Eigenverlag 2009
- 5 Görres S, Martin S. Der Pflegeforschungsverbund Nord: Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente. *Pflege & Gesellschaft* 2005; 10: 31–34
- 6 Halfmann J, Schützenmeister F. Die Organisation wissenschaftlicher Entwicklung. Forschungspolitik und (inter-)disziplinäre Dynamik. In: Halfmann J, Schützenmeister F (Hrsg.). Organisationen der Forschung – Der Fall der Atmosphärenwissenschaft. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009; 8–27
- 7 HRK – Hochschulrektorenkonferenz. Eckpunkte für die künftige Zusammenarbeit von Hochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen. Entschließung der 2. Mitgliederversammlung der HRK Bonn, Eigenverlag 2007; a
- 8 HRK – Hochschulrektorenkonferenz. Forschung, Entwicklung und Technologietransfer an Fachhochschulen. Bonn, Eigenverlag 2004
- 9 HRK – Hochschulrektorenkonferenz. Profilelemente von Universitäten und Fachhochschulen, Beiträge zur Hochschulpolitik 3. Bonn, Eigenverlag 1997; b
- 10 HRK – Hochschulrektorenkonferenz. Zur Forschung der Fachhochschulen. Entschließung des 183. Plenums vom 10. November 1997 Bonn, Eigenverlag 1997; a
- 11 HRK – Hochschulrektorenkonferenz. Zur Promotion von Fachhochschulabsolventen. Empfehlung des 103. Senats der HRK Bonn, Eigenverlag 2007; b
- 12 HRK – Hochschulrektorenkonferenz. Zur Zukunft des Europäischen Forschungsraumes. Entschließung der 7. Mitgliederversammlung der HRK Bonn, Eigenverlag 2009
- 13 Schaeffer D, Horn A. Pflegeforschungsverbünde bringen die Pflegewissenschaft voran (zugleich Vortrag auf dem Hauptstadtkongress am 6. Juni 2008 mit dem Titel „Forschungsverbünde als Beitrag zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland“). *Die Schwester/Der Pflege* 2008; 47: 74–76
- 14 Schaeffer D. Der Pflegeforschungsverbund NRW: Optimierung der Bewältigung chronischer Krankheit. *Pflege & Gesellschaft* 2005; 10: 45–49
- 15 Simon D. Exzellent? Organisiert? Interdisziplinär? Zur Organisation interdisziplinärer Klimaforschung in außeruniversitären Forschungseinrichtungen. In: Halfmann J, Schützenmeister F (Hrsg.). Organisationen der Forschung – Der Fall der Atmosphärenwissenschaft. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2009; 209–224
- 16 Wissenschaftsrat (WR). Empfehlungen zur Rolle der Fachhochschulen im Hochschulsystem (Drucksache 10031-10). Berlin, 2010
- 17 zu Sayn-Wittgenstein F, Kolip P, Schücking B et al. Der Verbund Hebammenforschung: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. *Pflege & Gesellschaft* 2005; 10: 2–7

V. Perspektiven für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung

Die Beantwortung der Forschungs Herausforderungen in den Gesundheitsfachberufen verlangt nach einer ausreichenden Zahl an einschlägig qualifizierten Wissenschaftlern. Dies wiederum setzt eine systematische Anhebung des bisherigen Qualifizierungsniveaus und die Schaffung durchlässiger und aufeinander aufbauender Angebote für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung voraus. Die traditionelle Berufsausbildung erfolgt auf einem vorwissenschaftlichen Niveau. Forschung zu verstehen und Studien kritisch für die Praxis zu rezipieren, ist ein Ausbildungsziel auf der ersten Stufe der akademischen Qualifizierung – auf der Bachelorebene [2]. Zudem wird die Bedeutung von Wissenschaft für die berufliche Handlungspraxis vermittelt. Die Befähigung zur eigenständigen Durchführung von Forschung beginnt auf der Masterebene und wird auf der Promotionsebene fortgesetzt. In der Post-Doc-Phase werden weiterführende Forschungserfahrungen gesammelt und verdichtet, bevor dann gegebenenfalls die Übernahme von Leitungsfunktionen (Senior Researcher) oder auch einer Professur erfolgen kann.

Für die akademische Entwicklung der Gesundheitsfachberufe gilt – wie für jede Wissenschaftsdisziplin – der Anspruch, den wissenschaftlichen Nachwuchs für Forschung und Lehre wesentlich über gangbare und transparente Wege im eigenen Fach zu qualifizieren. Dieser Anspruch ist gegenwärtig in keiner Weise erfüllt. Der größte Anteil der heutigen Professoren in den Gesundheitsfachberufen hat seine akademischen Ausbildungsanteile und Abschlüsse in anderen Disziplinen erhalten. Noch gibt es lediglich ein geringes Angebot an einschlägig disziplinär ausgerichteten Masterstudiengängen (vgl. **Tab.1**) sowie an Möglichkeiten für eine anschließende Promotion. Auch ein gangbarer Weg zu selbstständiger wissenschaftlicher Arbeit in Forschung und Lehre in der Postdoc-Phase ist nicht erkennbar. Dabei handelt es sich faktisch um einen entscheidenden Ausbildungsabschnitt in einer wissenschaftlichen Laufbahn, in dem vertiefte Forschungs- und Lehrerfahrungen gesammelt und Forschungsergebnisse publiziert werden.

1. Stand der Entwicklung für die Gesundheitsfachberufe

1.1. Postgraduale Qualifizierungsphase

Insgesamt besteht eine starke Diskrepanz zwischen einer Vielzahl von Bachelorstudiengängen und einer zu geringen Zahl von Masterstudiengängen (vgl. **Tab.1**). Verlässliche Angaben über die Zahl der Studierenden mit einem Bachelorabschluss in den Gesundheitsfachberufen, die in fachbezogenen oder fachnahen Masterstudiengängen ihr Studium fortsetzen, sind nicht zugänglich. Auch Verhältniszahlen darüber, welcher Anteil der Bachelorabsolventen ein Masterstudium aufnimmt und abschließt, sind nicht verfügbar. Offensichtlich ist jedoch das geringe Angebot an Masterstudiengängen zumindest in einigen der Gesundheitsfachberufe ein erster Engpass für die wissenschaftliche

Tab.1 Verteilung der Bachelor- und Masterstudiengänge an deutschen Fachhochschulen und Universitäten (Stand: Juli 2011).

Fächer	Fachhochschulen	Universitäten
Pflege		
Bachelor	20	2
Master	2	5
Physiotherapie		
Bachelor	18	2
Master	2	2
Ergotherapie		
Bachelor	8	0
Master	1	0
Logopädie		
Bachelor	7	7
Master	2	5
Hebammenwesen		
Bachelor	2	1
Master	0	2

Tab.1 Studiengänge in den Gesundheitsfachberufen. Angabe der Studiengänge gemäß des Hochschulkompasses der HRK (Stand Juli 2011) und ergänzender Angaben von Berufsverbänden sowie des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (in Anerkennung von sprachtherapeutischen Studiengängen) und gemäß eigener Recherche von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft des GFR. Eine genaue Bestandsaufnahme gestaltet sich sehr schwierig, da distinkte fachspezifisch ausgerichtete Studiengänge nicht einfach zu identifizieren sind. Oft werden pädagogisch ausgerichtete Studiengänge oder Studiengänge für Leitungs- bzw. Managementaufgaben mit oder im Hinblick auf einzelne oder mehrere Gesundheitsfachberufe in den Unterlagen benannt, deren distinkter Fachbezug aber fraglich bleibt. Gleiches gilt insbesondere für Masterstudiengänge, die in einem Studiengang für mehrere Fächer der Gesundheitsfachberufe ausgeschrieben sind. Berücksichtigt sind hier also insbesondere folgende Studiengänge:

- ▶ Studiengänge, die mindestens ab dem Sommer-Semester 2011 angeboten werden,
- ▶ Studiengänge, die akademische Abschlüsse im Inland anbieten,
- ▶ Studiengänge, die auf fachspezifische Studieninhalte ausgerichtet sind, d. h. keine Studiengänge, die eher als Ergänzung zu einem Fachstudium anzusehen sind und z. B. für Lehr- oder Leitungsfunktionen qualifizieren,
- ▶ Studiengänge, die distinkt auf ein Fach bezogen sind, also nicht Studiengänge, die allgemein gesundheitswissenschaftlich oder fächerübergreifend ausgerichtet sind,
- ▶ soweit ersichtlich sind nur Studiengänge an Standorten berücksichtigt, für die auch fachlich ausgerichtete Stellen für die jeweilige Profession ausgewiesen sind,
- ▶ gleiche Studiengänge, die von einem Anbieter an mehreren Standorten angeboten werden, sind nur einmal berücksichtigt,
- ▶ definitiv auslaufende Studiengänge sowie auslaufende Diplomstudiengänge, die durch Bachelor-Master-Studiengänge ersetzt werden, sind nicht berücksichtigt.

Nachwuchsförderung. Dies lässt sich u.a. durch den Anteil von Bachelorabsolventen belegen, die ihr Masterstudium in einem verwandten Fach fortsetzen. Ein Hemmnis beim Übergang zum Masterstudium ist wohl auch, dass viele Fachhochschulen ausschließlich einen Bachelorabschluss ermöglichen, mithin die Fortsetzung im Masterstudium zumeist einen Hochschulwech-

sel erfordert. Angesichts uneinheitlicher Qualitätsstandards in den Studiengängen, unterschiedlicher Schwerpunktsetzung in der Vermittlung von Methodenkenntnissen sowie weiterer Zugangshürden für das Masterstudium sind diese Bedingungen große Hürden für eine breitere Rekrutierung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

Pflege: Abgesehen von einigen wenigen traditionell universitär angesiedelten Diplomstudiengängen mit vorwiegend medizin- oder pflegepädagogischer Orientierung ist die Zahl der Masterprogramme in der Pflege insgesamt überschaubar geblieben. Das Gros der heute existierenden Angebote ist nach wie vor auf Funktionsbereiche wie Management- und Leitungsfunktionen oder pädagogische Funktionen/Lehrtätigkeiten ausgerichtet. Diese Studiengänge sind je nach Bundesland und Träger der Hochschule entweder konsekutiv oder weiterbildend angelegt. Ergänzend dazu bieten die private Universität Witten-Herdecke und die Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar einschlägig pflegewissenschaftliche Masterprogramme an; die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ergänzt das Angebot mit einem pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Master-Studienprogramme, die internationalen Vorbildern folgend auch für klinische Spezialaufgaben (Advanced Nursing Practice, z.B. Oncology Nursing, Geriatric Nursing, Palliative Care Nursing), für andere Kernbereiche der Pflege (Public Health Nursing/Community Health Nursing) oder explizit für Forschungsfunktionen qualifizieren, sind eher Ausnahme als Regel. Aufbauend auf den zwischenzeitlich entstandenen ausbildungsintegrierten oder primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen sind weitere Masterprogramme in Planung. Ob diese implementiert werden können und ob sie die notwendige klinische und forschungsorientierte Ausrichtung haben werden, lässt sich derzeit jedoch noch nicht erkennen.

Therapieberufe: Es existieren insgesamt nur wenige konsekutive (d.h. auf einem mindestens 180 Creditpoints beinhaltenden Bachelorstudium aufbauende) therapiewissenschaftliche Masterprogramme in Deutschland (RWTH Aachen, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim [HAWK], Hochschule Fresenius Idstein, Universität Bielefeld, Philipps-Universität Marburg (nur noch bis 2016), Ludwig-Maximilians-Universität München; Dresden International University). Dabei ist die Situation in den drei Therapieberufen unterschiedlich: Während in der Logopädie insgesamt sieben Masterstudiengänge angeboten werden (zwei an Fachhochschulen, fünf an Universitäten), sind diese in der Physiotherapie deutlich schwächer vertreten – ein Masterstudiengang an zwei Universitäten und zwei an Fachhochschulen. In der Ergotherapie gibt es lediglich einen Masterstudiengang an der HAWK Hildesheim [1]. Viele Bachelorabsolventen setzen angesichts des geringen Angebots ihre akademische Ausbildung in nicht unmittelbar fachbezogenen Masterstudiengängen fort, wie Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung, Berufspädagogik, Sportwissenschaften, Qualitätssicherung und Gesundheitsmanagement [3]. In der Logopädie/Sprachtherapie sind Bachelor- und Masterstudiengänge innerhalb einer Institution inhaltlich meist eng aufeinander abgestimmt, sodass ein Wechsel von einer Fachhochschule zu einer Universität oder zwischen den Universitäten erschwert ist. Im Sinne eines „Professional Master“ etablieren sich in Kooperation mit ausländischen Hochschulen aktuell auch nicht-konsekutive Masterprogramme (z.B. für die Physiotherapie an der Universität Krems).

Hebammenwesen: Derzeit gibt es einen Weiterbildungs-Masterstudiengang Midwifery an der Medizinischen Hochschule Hannover. Ein konsekutiver Master Gesundheits- und Pflegewissenschaft mit spezifischer Vertiefung „Hebamme“ existiert an der Universität Halle-Wittenberg.

1.2 Promotionsphase

Hinsichtlich der Anzahl an Promotionen in den hier interessierenden Gesundheitsdisziplinen, dem Promotionsalter, dem Geschlecht der Promovierenden sowie der Dauer der Promotionsarbeit liegen keine Angaben vor. Jede Übersicht über den Stand der Entwicklung wird wesentlich erschwert, weil die Promotionen in unterschiedlichen Fächern und zum Teil in unterschiedlichen Fakultäten abgelegt werden und mit unterschiedlichen Bezeichnungen versehen sind.

An einigen Universitäten sind heute pflegewissenschaftliche Promotionen möglich, darunter die Universität Bremen (Dr. phil.), die Private Universität Witten-Herdecke (Dr. rer. medic), die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Dr. rer. cur.), die Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (Dr. rer. cur.) und die Charité – Universitätsmedizin Berlin (Dr. rer. cur.). Darüber hinaus promovieren Pflegewissenschaftler mit entsprechenden Themen aktuell auch in den Gesundheitswissenschaften (z.B. an der Universität Bielefeld, Dr. Public Health).

Im Bereich der Therapiewissenschaft kommen Promotions- bzw. Habilitationsverfahren in Deutschland noch äußerst vereinzelt vor (z.B. Medizinische Fakultät der Universität Halle-Wittenberg – Department Pflege und Gesundheitswissenschaften; Universität Mainz und Universität Dresden; Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie im Rahmen des Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter“; RWTH Aachen, alternativ Dr. rer. medic. oder Dr. phil. nach Diplom-/Master-of-Science-Abschluss in Lehr- und Forschungslogopädie). Absolventen der Therapiestudiengänge promovieren überwiegend in anderen Disziplinen (Sportwissenschaften, Public Health, Germanistik, Linguistik, Philosophie, Pädagogik) z.B. an der Universität Bielefeld, der Universität zu Köln, der Leibniz Universität Hannover, der Universität Potsdam, der Sporthochschule Köln u.v.a.

Auch für die Hebammenwissenschaft existiert derzeit kein universitärer Lehrstuhl. Forschungsinteressierte Hebammen promovieren deshalb u.a. in den wissenschaftlichen Disziplinen Psychologie, Ethnologie, Gesundheitswissenschaften, Pflegewissenschaft/Pflegepädagogik, Erziehungswissenschaften, Sozialwissenschaften etc. Im Juli 2011 sind zwölf abgeschlossene Promotionen sowie ein erfolgreich abgeschlossenes Habilitationsverfahren bekannt.

Die Vielzahl der akademischen Fächer und Fakultäten, in denen Absolventen aus Studiengängen der Gesundheitsfachberufe promovieren, sowie die Vielzahl an unterschiedlichen Dokortiteln verweisen auf grundlegende Probleme: Überwiegend müssen individuelle und in hohem Maße beschwerliche Wege beschritten werden, um promovieren zu können. In den Promotionsordnungen fehlt es zumeist an Zulassungsmöglichkeiten für disziplinfremde Quereinsteiger aus den Gesundheitsfachberufen. Probleme können sich z.B. bei der Suche nach einem geeigneten disziplinexternen Betreuer für die Promotionsarbeit ergeben. Nicht selten müssen Promotionen so angelegt werden, dass sie

eher den wissenschaftlichen Perspektiven der Betreuer als denen der Promovierenden folgen. Auch die Suche nach universitären Gutachtern, die bei Individualpromotionen für die Beantragung von Promotionsstipendien benötigt werden, gestaltet sich mitunter schwierig. Eine strukturierte Promotionsförderung erfolgt selten, nicht zuletzt aufgrund der geringen Zahl an Promovierenden. Studierenden mit Masterabschlüssen stehen prinzipiell Begabtenförderprogramme für die Einzelförderung offen. Allerdings gibt es in einigen Stipendienprogrammen Altersbegrenzungen (z.B. 30 Jahre bei der Studienstiftung), die den heute noch vielfach berufsfachlichen und anschließenden akademischen Ausbildungsverläufen nicht gerecht werden. Insbesondere Frauen – die Mehrzahl der Studierenden in den Gesundheitsfachberufen – stoßen hier durch längere Ausbildungszeiten aufgrund von Familiengründung bzw. Kinderbetreuung auf relevante Hürden. Weiterhin wurden erste Modelle und Förderansätze für Graduiertenkollegs im Bereich der Gesundheitsfachberufe implementiert. In den drei von der Robert Bosch Stiftung geförderten Kollegs promovieren Pflegewissenschaftler zusammen mit Vertretern anderer Disziplinen zu den Themen „Multimorbidität im Alter“ und „Demenz“. Das BMBF hat „Kooperative Promotionskollegs“ ausgeschrieben, von denen eines auch in den Gesundheitsfachberufen angesiedelt ist. Die Hans Böckler Stiftung fördert derzeit ein zweites Graduiertenkolleg zum Thema „Nutzerorientierte Gesundheitssicherung“.

1.3 Postdoc-Phase

Die Postdoc-Phase ist ein wesentlicher Zeitraum für die weitere Aneignung von Forschungserfahrungen und für die Publikation eigener Forschungsergebnisse. Ohne sie ist eine wissenschaftliche Karriere und damit eine Professur kaum möglich. In die Postdoc-Phase ist auch die Habilitation aufzunehmen, soweit diese in den jeweiligen Fächern noch als Standard für eine Professur erwartet wird. Die Bedeutung der Postdoc-Phase in der akademischen Karriere impliziert u.a., dass der Anspruch, den wissenschaftlichen Nachwuchs für eine Disziplin auch innerhalb dieser zu rekrutieren, ganz wesentlich über die Entwicklung der Forschung im Fachgebiet erhoben werden muss. Für die Hochschullehrerkarriere an Fachhochschulen sind neben Erfahrungen in den Bereichen Forschung und Lehre insbesondere Erfahrungen in der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis von hoher Relevanz. Die wissenschaftliche Nachwuchsförderung einschließlich eines hohen Niveaus in der Forschung wird somit eher an den Universitäten erfolgen. Dies gilt umso mehr, als die Bedingungen und Möglichkeiten für eigenständige Forschungsaktivitäten der Postdoc-Phase eher an den Universitäten als an den Fachhochschulen gegeben sind. Zum einen fehlt an Fachhochschulen weitgehend der akademische Mittelbau, zum anderen bieten sich an Universitäten mehr Möglichkeiten, Drittmittel einzuwerben mit denen Postdocs selbstständige Forschung betreiben können. Vor allem Disziplinen, die im Wettbewerb um Drittmittel wenig Erfahrung haben, können von Kooperationen mit etablierten Fächern an den Universitäten profitieren.

Darüber hinaus stehen auch den Postdocs aus den Gesundheitsfachberufen Förderprogramme (insbesondere der Deutschen Forschungsgemeinschaft) für diese Karrierephase zur Verfügung. Dies erscheint insbesondere dann erfolgreich, wenn diese Forschung auch in ein geeignetes Forschungsumfeld eingebunden werden kann. Noch aber mangelt es an spezifischen Förder-

programmen, wie z.B. das BMBF-Frauenförderprogramm zur Qualifizierung für eine Fachhochschulprofessur (Hochschul- und Wissenschaftsprogramm II).

2. Unterstützung der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung

Die Aufgabe der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung in den Gesundheitsfachberufen steht vor drei zentralen Hürden:

1. Es besteht ein Mangel an einschlägigen Masterstudiengängen.
2. Masterabsolventen von Fachhochschulen sind vor Beginn einer Promotion vor besondere Herausforderungen gestellt.
3. Fachhochschulen bieten vergleichsweise eingeschränkte Möglichkeiten für die Qualifizierungsphase des wissenschaftlichen Nachwuchses nach der Promotion (Postdoc-Phase).

Aktuell erarbeitet der Wissenschaftsrat Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Hierin sind weitere Informationen zum Stand der Qualifizierungswege für die Gesamtheit der akademischen Gesundheitsfachberufe und umfassende Vorschläge zu deren gemeinsamer Weiterentwicklung zu erwarten. Die folgenden Verbesserungsvorschläge aus der Sicht der GFR-Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe könnten dazu beitragen, die wissenschaftliche Nachwuchsförderung in den Gesundheitsfachdisziplinen voranzutreiben und sollten in diesem Beratungsprozess berücksichtigt werden.

Masterstudiengänge: Insbesondere in Disziplinen, für die es keine oder nur wenige einschlägig fachwissenschaftliche Masterstudiengänge gibt, sollten diese neu eingerichtet werden. Dabei sind die Fachhochschulen, aber vor allem die Universitäten und hier auch medizinische Fakultäten angesprochen, ihre Pforten für den wissenschaftlichen Nachwuchs im Bereich der Gesundheitsfachberufe zu öffnen und entsprechende Qualifizierungsangebote aufzulegen. An Universitäten angebundene Masterstudiengänge würden für die dort Studierenden auch die Aufnahme einer ggf. angestrebten Promotion erleichtern.

Promotion: Fakultäten und Fachbereiche mit einer inhaltlichen Nähe zu den Gesundheitsfachberufen sollten ihre Promotionsordnungen so überarbeiten, dass sie auch externen und disziplinfremden Absolventen die Aufnahme eines Promotionsverfahrens ermöglicht. Voraussetzung wäre, dass sich gemeinsame inhaltliche Bezüge erkennen lassen. Kooperationsvereinbarungen zwischen Fachhochschulen und Universitäten, die Fachhochschulprofessoren gleichberechtigt an der Betreuung und Bewertung der Dissertation beteiligen, werden als unterstützend angesehen. Je mehr Hürden den Masterabsolventen aus den Gesundheitsfachberufen an den Universitäten in den Weg gelegt werden, desto lauter dürften die Forderungen nach einem Promotionsrecht für Fachhochschulen werden.

Die besondere Hürde zur Promotion für Fachhochschulabsolventen sollte außerdem – wie durch den Wissenschaftsrat vorgeschlagen [3] – durch feste Kooperationsvereinbarungen zwischen Fachhochschulen und Universitäten gesenkt werden. Dabei wären insbesondere Promotionskollegs mit verwandten Fächern ein Vorteil. Zum einen ist die strukturierte Promotionsförderung der isolierten Arbeit an der Promotion insgesamt überlegen und zum anderen kann in der Zusammenarbeit verschiedener Bezugsdisziplinen eine Basis für eine spätere interdisziplinäre Forschungszu-

sammenarbeit gelegt werden. Vor allem für kleinere Disziplinen können sich daraus im Wettbewerb um Forschungsmittel Vorteile ergeben. Wünschenswert wären insbesondere auch Kooperationsvereinbarungen zwischen Fachhochschulen mit gesundheitsfachberuflichen Studiengängen und medizinischen Fakultäten, um eine gemeinsame Ausbildungs- und Wissenschaftskultur aller Gesundheitsprofessionen zu fördern. Dies würde letztlich auch einer verbesserten Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung zugute kommen.

Postdoc-Phase: Auch für die Qualifikationsentwicklung in der Postdoc-Phase bieten sich stabile Kooperationsbeziehungen zwischen Fachhochschulen und Universitäten an. Davon profitieren nicht nur die Fachhochschulen, sondern auch die Universitäten, denen sich damit ein breiteres Themenspektrum für die Forschung öffnet, ein größeres Spektrum qualifizierter Nachwuchswissenschaftler anbietet und ein erweiterter Zugang zu Praxis- bzw. Rekrutierungsfeldern erschließen kann.

Damit Fachhochschulen in der Forschung auch in solchen Disziplinen erfolgreich sein können, die keinen Zugang zu Industrieforschungsaufträgen haben, ist eine ergänzende Mittelausstattung für einen zumindest bescheidenen Mittelbau erforderlich. Die erfolgreiche Einwerbung von Drittmitteln setzt ein gewisses Quantum zusätzlicher Personalausstattung für die Planung und Durchführung von Forschung sowie zur Bewahrung und Sicherung des dabei erworbenen Erfahrungswissens voraus. Die zumeist nur wenigen für ein Fach zur Verfügung stehenden Professoren sind – nicht zuletzt aufgrund der hohen Lehrbelastung – dazu alleine kaum in der Lage.

Folglich gilt es, Hürden für alle drei Qualifizierungsphasen abzubauen: im Angebot von Masterstudiengängen, in gangbaren und transparenten Wegen für die Promotion und in verbesserten Bedingungen für die Postdoc-Phase. Verbesserungen der Bedingungen für den wissenschaftlichen Nachwuchs sind Ecksteine beim Auf- und Ausbau der Forschung auch in den Gesundheitsfachberufen [2]. Deshalb sollten Unterstützungsmaßnahmen und Fördermaßnahmen der Hochschulträger und hier namentlich der Länder sowie der Forschungsförderorganisationen, die auf eine Stärkung der Forschung in den Gesundheitsfachberufen gerichtet sind, stets auch berücksichtigen, dass ein nachhaltiger Forschungsaufbau im Wesentlichen nur über eine gute und ausreichend breite, strukturierte Nachwuchsförderung zu gewährleisten ist.

Literatur

- 1 Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe HVG e.V. Empowerment für eine Promotion in den Gesundheitsfachberufen. Ergebnisdokumentation des Workshops am 13.10.2011 Im Internet: www.hv-gesundheitsfachberufe.de
- 2 Höppner H. Perspektiven einer effektiven Physiotherapieforschung. *Physioscience* 2010; 6: 121–126
- 3 Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Rolle der Fachhochschulen im Hochschulsystem Köln. 2010

VI. Zusammenarbeit mit Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens

Forschung durch die Gesundheitsfachberufe und zu ihren Gegenstandsbereichen bedarf vielfältiger Anknüpfungspunkte, die sich nicht auf das Wissenschaftssystem beschränken, sondern weit darüber hinausreichen. Institutionen und Akteure des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens können sich an Forschungsk Kooperationen beteiligen und Forschung durch die Gesundheitsfachberufe institutionell unterstützen. Sie können Zugänge zum Feld oder zu Leistungsnutzern wie Patienten oder Klienten und deren sozialem Umfeld eröffnen. Darüber hinaus sind sie in Fragen des Wissenstransfers und der nachhaltigen Nutzung und Anwendung von Forschungserkenntnissen von Interesse sowie für die Generierung neuer und relevanter Forschungsfragen aus der Praxis und für die Praxis bedeutsam.

1. Zusammenarbeit mit Versicherungsträgern

Die Zusammenarbeit mit Versicherungsträgern im Gesundheits-, Pflege- und Rehabilitationssektor verdient in diesem Zusammenhang zweifelsohne besondere Aufmerksamkeit. Zwar sind ihnen bei der Vergabe von Forschungsaufträgen sowie der finanziellen Unterstützung von Forschung aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen hierzulande enge Grenzen gesetzt; gemeinsame Initiativen der Bundesministerien für Bildung und Forschung, für Gesundheit sowie für Arbeit und Soziales, der Deutschen Rentenversicherung, der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. haben jedoch das Möglichkeitsspektrum in einer kooperativ angelegten Forschungsförderung eindrücklich bewiesen. In Anbetracht des weiteren notwendigen Ausbaus von Versorgungsforschung hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem jüngsten Gutachten gefordert, den Krankenkassen künftig über eine Gesetzesänderung die Förderung dieser Art der Forschung mit einem festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben zu ermöglichen [3, 7]. Ähnliche Forderungen scheinen somit auch mit Blick auf klinisch ausgerichtete Forschungsaktivitäten und andere Versicherungszweige, namentlich die Pflegeversicherung, angezeigt, zumal die Versicherungsträger und die von ihnen vertretenen Versicherten von einer Erweiterung der pflege- oder auch therapiewissenschaftlichen Erkenntnisse und deren Implementierung im Versorgungsalltag unmittelbar profitieren könnten – etwa durch eine Verminderung der Pflegebedürftigkeit und des Ausmaßes funktionaler Einschränkungen oder eine weniger aufwändige und damit kostengünstigere pflegerische oder therapeutische Versorgung.

Kranken- und Pflegekassen können sowohl Auftraggeber von Forschung, Kooperationspartner bei deren Durchführung sowie (un)mittelbare Nutzer von Forschungserkenntnissen sein. Möglichkeiten zur Forschungskoope ration bestehen aber auch mit anderen Partnern aus dem Kreis der Versicherungsträger: Die Deutsche Rentenversicherung könnte Fragestellungen der medi-

zischen und beruflichen Rehabilitation sowie sozialmedizinische Fragen der Erwerbsminderung zu weiten Teilen auch von den Gesundheitsfachberufen – insbesondere von den Therapiewissenschaften – bearbeiten lassen. Die Berufsgenossenschaften kommen als Kooperationspartner in Betracht, wenn die Forschungsaktivitäten primär auf die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren ausgerichtet sind. Dem Gestaltungsprinzip „mit allen geeigneten Mitteln“ folgend [5] könnten auch in diesem Bereich die Potenziale der Gesundheitsfachberufe stärker als bislang genutzt werden, um diese Ziele zu erreichen.

Versicherungsträger im Gesundheits-, Pflege- und Rehabilitationssektor können darüber hinaus vorhandene Daten für Forschungszwecke zur Verfügung stellen und somit insbesondere die Aktivitäten im Bereich der Versorgungsforschung unterstützen [6], wie dies partiell in der Datenbank „Rehadat“ schon realisiert ist. Schließlich können sie sich daran beteiligen, relevante Forschungsthemen für die Gesundheitsfachberufe aufzuwerfen oder einschlägige Forschungsfragen zu generieren, an denen ein besonderes öffentliches Interesse besteht. Im Gegenzug können die Versicherungsträger von den durch die Gesundheitsfachberufe erarbeiteten wissenschaftlichen Erkenntnissen (un)mittelbar profitieren, z.B. wenn es darum geht, spezifische Interventionen der Pflegenden, Therapeuten oder Hebammen/Entbindungspfleger in die Leistungskataloge der Versicherungsträger zu integrieren oder über deren (weitere) Finanzierung zu entscheiden. Es besteht Einvernehmen dahingehend, dass nur Neuerungen mit einem nachweisbaren Nutzen für die Patienten und ihr soziales Umfeld zeitnah im Gesundheitswesen eingeführt und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechend in ihre Leistungskataloge integriert werden können. Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist, Innovationsprozesse forschungsgestützt zu erkennen, zu bewerten und zu begleiten – auch und gerade in den Handlungsfeldern der Gesundheitsfachberufe. Um eine gleichermaßen wirksame und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können, hätten die Versicherungsträger zukünftig die Aufgabe, die Evidenzbasierung der Interventionen der Gesundheitsfachberufe langfristig zu unterstützen und auch Mitverantwortung dafür zu übernehmen, dass die hierfür erforderlichen wissenschaftlichen Erkenntnisse erarbeitet werden. Diesem Ziel sollte durch eine kooperativ und dauerhaft angelegte Form der Zusammenarbeit mit den Versicherungsträgern entsprochen werden – sei es in Form von gemeinsamen Gremien, Ausschüssen oder auch themenspezifischen Arbeitsgruppen.

2. Zusammenarbeit mit Stiftungen, Partnern aus der Wirtschaft und freien Trägern

Forschung durch die Gesundheitsfachberufe kann auf unterschiedliche Weise unterstützt werden, etwa in Form von Pro-

motionsstipendien, durch die Erteilung von Forschungsaufträgen sowie die (Mit-)Finanzierung von Forschung durch andere Träger. Hierfür sind neben den Versicherungsträgern auch andere Partner zu gewinnen, darunter Wirtschaftseinrichtungen, Stiftungen oder auch Verbände unterschiedlicher Art und Ausrichtung bis hin zu Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen. Wichtig scheint, diesen Partnern die Notwendigkeit und den Nutzen eines Engagements in diesem Bereich stärker als bislang zu vermitteln und ihnen zugleich zu ermöglichen, auch ihre eigenen Anliegen in den Forschungsaktivitäten der Gesundheitsfachberufe wiederzuerkennen. Entsprechende Meinungsbildungsprozesse anzustoßen und bei den unterschiedlichen Anspruchsgruppen im Gesundheitssystem das Interesse an den Forschungsaktivitäten der Gesundheitsfachberufe zu wecken, ist überfällig. Darüber hinaus bedarf es innovativer Modelle einer nachhaltigen Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachberufen und den genannten Partnern. Ein Modell hierfür könnten beispielsweise Stabstellen für klinische Forschung durch die Gesundheitsfachberufe in Krankenhäusern oder anderen für die Gesundheitsfachberufe relevanten Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sein. Derartige Stabstellen zur kooperativen Praxisentwicklung und angewandten Forschung sind international durchaus nicht unüblich [2]. Zum einen tragen sie durch ihre Aktivitäten dazu bei, die Forschungsaktivitäten in den Gesundheitsfachberufen innerhalb wie außerhalb der Einrichtungen sichtbar zu machen, zum anderen dienen sie der Kapazitätsbildung im Bereich der Forschung durch eine institutionalisierte Form der Kooperation zwischen Förder- und Praxiseinrichtungen [1].

3. Zusammenarbeit mit Praxiseinrichtungen, Verbänden und Bildungsträgern

Die Gesundheitsfachberufe sind für ihre Forschungsaktivitäten auf die Herausbildung themenspezifischer überregionaler oder themenunabhängiger regionaler Allianzen mit unterschiedlichsten Organisationen und Einrichtungen angewiesen. Hierzu zählen neben den forschungsorientierten Universitätskliniken auch zahlreiche andere Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im stationären und ambulanten Sektor, die für die Gesundheitsfachberufe aufgrund der dort versorgten Klientel und des breiter angelegten Leistungsspektrums oftmals von besonderem Interesse sind. Hierbei ist auch an sektorenübergreifende Kooperationen zu denken.

An der Logopädie lässt sich die große Spannbreite dieser Allianzen exemplarisch aufzeigen. Einzubinden wären einerseits Gesundheitseinrichtungen der Regel- und Spezialversorgung wie logopädische Praxen, Zentren für die Behandlung von Menschen mit Innenohrprothesen (Cochlea-Implant-Zentren) oder Redeflussstörungen, neurologische Akut-, Frührehabilitations- und Rehabilitationskliniken oder auch Pflegeheime sowie ambulante Pflegedienste. Andererseits wären aber auch Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, Kindergärten, Grundschulen und andere Bildungseinrichtungen für den Aufbau von Forschungsallianzen von Bedeutung sowie universitäre und außeruniversitäre Forschungszentren – etwa in grundlagenorientierten Fragestellungen wie der Sprachverarbeitungs-forschung mittels bildgebender Verfahren. Ähnlich breit müssten die Forschungsallianzen auch in den anderen Gesundheitsfachberufen angelegt sein, etwa in der Pflege. Hier werden neben den klassischen Einrichtungen

der pflegerischen Akut- und Langzeitversorgung beispielsweise auch Patientenberatungsstellen (Pflegestützpunkte), Netzwerke von begleitenden Angehörigen sowie kommunale Einrichtungen der Altenhilfe zu berücksichtigen sein.

Die Einbindung von Kommunen oder des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie von Sozialverbänden oder Selbsthilfe- und Betroffenenverbänden dürfte sich für den Aufbau von Forschungsallianzen in jedem Fall als Bereicherung erweisen. International haben sich in diesem Sinne sogenannte Practice-Based Research Networks (PBRNs) zwischen Hochschulen oder – sofern vorhanden – außerhochschulischen Forschungseinrichtungen einerseits und den zuvor genannten Partnern andererseits als ein wichtiger Ankerpunkt für die Forschungsaktivitäten in den Gesundheitsfachberufen bewährt. Derartige praxisorientierte Forschungsnetzwerke sollten daher auch hierzulande stärker als bislang aufgebaut und genutzt werden. Sie dienen nicht allein dazu, den Zugang zum Feld oder zu relevanten Patientengruppen zu ebnet und damit die Durchführung der für die Gesundheitsfachberufe relevanten patientenorientierten Forschung zu ermöglichen. Sie können auch dazu beitragen, die insbesondere mit klinisch orientierten Forschungsaktivitäten oftmals verbundenen Belastungen für die Beteiligten zu minimieren oder zumindest zu kontrollieren. Schließlich erlauben praxisorientierte Forschungsnetzwerke, die vor Ort tätigen verantwortlichen Akteure und Entscheidungsträger sowie die Angehörigen der unterschiedlichen Gesundheitsfachberufe frühzeitig in die Forschungsaktivitäten einzubinden, aus ihrer Sicht relevante Forschungsfragen und –anliegen zu generieren und aufzugreifen sowie sie von Beginn an am Erkenntnisfortschritt teilhaben zu lassen und damit den späteren Transfer der durch die Forschung gewonnenen Erkenntnisse in die Praxis zu erleichtern.

Diesem Gedanken der nachhaltigen Nutzung und Anwendung von Forschungserkenntnissen in der Praxis und durch die Praxis wird beim Aufbau von Forschung durch die Gesundheitsfachberufe besondere Aufmerksamkeit zu widmen sein. Gefragt sind Partner, die für den Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis eine wichtige Mittlerfunktion wahrnehmen können. Hierzu werden neben den bereits erwähnten „Stakeholdern“ insbesondere auch Berufs- und Interessensverbände sowie (auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelte) Bildungsträger zu zählen sein. Diese sollten nach Möglichkeit ebenfalls in die praxisorientierten Forschungsnetzwerke integriert und somit von Anfang an strukturell und verantwortlich eingebunden werden. Auf diese Weise ließe sich nicht zuletzt die immer wieder geforderte Verknüpfung von Forschung und Lehre realisieren.

Forschung zu den Gegenstandsbereichen der Gesundheitsfachberufe zielt nicht zuletzt darauf ab, potenziell sinnvolle innovative Verfahren der Gesundheits- und Krankenversorgung frühzeitig zu entdecken, diese auf ihre unmittelbare Wirksamkeit und ihre langfristigen Auswirkungen hin zu überprüfen und auf diese Weise relevante Fragestellungen aus der Praxis und für die Praxis zu beantworten. Zwar müssen Forschungsfragen auch aus wissenschaftlicher Perspektive heraus entwickelt und im Sinne einer Forschungsprogrammatisierung langfristig und systematisch verfolgt werden, um die Theorie- und Wissenschaftsentwicklung der angesprochenen Disziplinen vorantreiben zu können. Die Forschung im Bereich der Gesundheitsfachberufe wird sich aber letztlich im Versorgungsalltag bewähren und einen

Beitrag zur Lösung relevanter Gesundheits- und Versorgungsprobleme in der Praxis leisten müssen, um ihrem gesellschaftlichen Auftrag gerecht werden zu können. Hierfür bedarf es einer großen Nähe der Forscher zu den Praxisfeldern, die sowohl strukturell als auch personell abgesichert werden muss. Kooperationsverträge zwischen Forschungseinrichtungen und Leistungsanbietern, die Etablierung akademischer Lehrinrichtungen für die Gesundheitsfachberufe oder zumindest die Einrichtung von regelmäßigen Foren zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch zwischen Forschenden und Praktikern sind hierfür von besonderer Bedeutung. Nicht zuletzt wird darüber nachzudenken sein, auch mit Partnern aus der Wirtschaft stabile Formen der Zusammenarbeit zu etablieren und zugleich das Unternehmertum in den Gesundheitsfachberufen zu fördern, um auf diese Weise wirtschaftliche Vorteile nutzen und neue Produkte oder Dienstleistungen für expandierende Zukunftsmärkte entwickeln zu können (vgl. exemplarisch [4]). Auch dies – so zeigen internationale Erfahrungen – könnte dazu beitragen, der Forschung durch die Gesundheitsfachberufe die notwendige öffentliche Anerkennung und Aufmerksamkeit zu verschaffen, die sie zur Erfüllung ihres gesellschaftlichen Auftrags benötigt.

Literatur

- 1 Brewer BB, Brewer MA, Schultz AA. A Collaborative Approach to Building the Capacity for Research and Evidence-Based Practice in Community Hospitals. *Nurs Clin North Am* 2009; 44: 11–25
- 2 Darbyshire P, Downes M, Collins C et al. Moving from institutional dependence to entrepreneurialism. Creating and funding a collaborative research and practice development position. *J Clin Nurs* 2005; 14: 926–934
- 3 Glaeske G, Rebscher H, Willich SN. Versorgungsforschung: Auf gesetzlicher Grundlage systematisch ausbauen. *Dtsch Ärztebl* 2010; 107: A1295–1297
- 4 McCann JJ, Hills EB, Zauszniewski JA et al. Creative Partnerships for Funding Nursing Research. *West J Nurs Res* 2010; 33: 79–105
- 5 Meffert K, Rentrop M. Charakteristika und Eckpunkte der BG-Forschung. *Die BG* 2005; 5: 237–241
- 6 Scriba PC. Versorgungsforschung – Ärztliche Kompetenz. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130: 1577–1578
- 7 SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009; Bundestags-Drucksache 16/13770: 514–515

VII. Forschungsförderung für Gesundheitsfachberufe

1. Bisherige Forschungsförderung

Für die Gesundheitsfachberufe hat es bisher in Deutschland nur wenige Förderschwerpunkte gegeben, die gezielt auf einzelne Fächer oder auf deren Gegenstandsfelder ausgerichtet waren. Jenseits der Fördermöglichkeiten, die fach-, schwerpunkt- oder gegenstandsbezogen ausgerichtet sind, bestehen aber Programme, die grundsätzlich allen wissenschaftlichen Fächern zur Beantragung von Forschungsmitteln zugänglich sind, wie z.B. die DFG-Förderung mit den Möglichkeiten der Einzel- und Verbundförderung oder das European Research Council mit dessen Starting Interdependent Researcher Grant.

Ein erster Förderschwerpunkt, der im Prinzip die Gegenstandsfelder zumindest der therapeutischen Gesundheitsfachberufe einbezogen hat, war der gemeinsam vom BMBF und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) getragene Schwerpunkt „Rehabilitationsforschung“. Von 1998 bis 2005 wurden in zwei Förderphasen acht Verbünde mit zusammen über 170 Vorhaben für insgesamt 43 Mio. Euro gefördert. Die Forschungsvorhaben wurden weitgehend von Universitätsinstituten und Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Der Bezug dieser Fördermaßnahme zu den Gegenstandsfeldern der therapeutischen Gesundheitsfachberufe wird an einer Reihe von Forschungsbereichen der Verbünde sichtbar. So beinhalteten z.B. folgende Reha-Forschungsverbünde Projektbereiche zu spezifischen Fragestellungen:

- ▶ Reha-Forschungsverbund Bayern, Projektbereich „Evaluation von Therapieprogrammen“
- ▶ Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen, Themenschwerpunkt „Rehabilitative Anpassung an Heil- und Hilfsmittel/Prothesen“
- ▶ Reha-Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen, Themenbereich „Intervention und Evaluation“
- ▶ Norddeutscher Verbund, Schwerpunkt „Untersuchung und Sicherung der Effektivität herkömmlicher und neuartiger rehabilitativer Interventionen“

Auch hinsichtlich der Krankheiten, die im Rehabilitationsprozess in Forschungsprojekten der Reha-Verbünde untersucht wurden (z.B. Schlaganfall, chronische Rückenschmerzen, Herzinfarkt oder Morbus Bechterew), ergeben sich Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsfachberufe.

Im Jahr 2001 erfolgte eine Bekanntmachung des BMBF zum Thema „Angewandte Pflegeforschung“. Die Fördermaßnahme erstreckte sich über zwei Förderphasen mit insgesamt 26 Vorhaben von 2004 bis 2010 und einem Förderumfang von 19 Mio. Euro. In diesem Schwerpunkt haben sich zunächst vier Verbünde konstituiert, die in der zweiten Förderphase auf drei reduziert wurden (▶ Tab.2).

An den Verbänden waren sowohl Universitäten als auch Fachhochschulen beteiligt, die Sprecher kamen aber von den universitären pflegewissenschaftlichen Instituten, auch die Koordination der Verbände erfolgte durch die wenigen universitären Zentren.

Weiterhin hat das BMBF eine Reihe von Förderschwerpunkten mit versorgungsnahen Themenstellungen ausgeschrieben, die für Forschungsfragen aus den Gesundheitsfachberufen besonders geeignet erscheinen (▶ Tab.3). Diese Schwerpunkte wurden in begrenztem Umfang von Antragstellern aus den Gesundheitsfachberufen genutzt. Im neuen Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesregierung werden der Versorgungsforschung sowie der Präventions- und Ernährungsforschung ein hoher Stellenwert eingeräumt [1]. Damit sind zukünftig Förderschwerpunkte zu erwarten, die auf versorgungsnahen Fragestellungen wie z.B. die Evidenzbasierung medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Handlungskonzepte zielen und auch von Forscherinnen und Forschern aus den Gesundheitsfachberufen genutzt werden können. Auch zur Erforschung von Volkskrankheiten, einem weiteren Aktionsfeld des Gesundheitsforschungsprogramms, können Gesundheitsfachberufe wichtige Beiträge leisten (vgl. auch Beispiele aus Kapitel II). Deshalb sollten die Gesundheitsfachberufe bei der Planung und Begutachtung von Fördermaßnahmen berücksichtigt werden.

Das BMBF bietet zunehmend Forschungsförderprogramme, die speziell auf Fachhochschulen ausgerichtet sind. Aktuell sind hier die grundsätzlich auch für die Gesundheitsfachberufe zugänglichen Programme zu nennen:

- ▶ „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter (SILQUA-FH)“: Eine dritte Förderrunde ist ausgeschrieben; bewilligte Projekte werden ab 2011 gefördert. In der ersten und zweiten Förderrunde konnten Projekte mit Bezügen zu den Gesundheitsfachberufen gefördert werden. In der dritten Förderrunde

Tab.2 Übersicht der Verbünde zum Schwerpunkt „Angewandte Pflegeforschung“.

Verbund	Thema
Pflegeforschungsverbund Nord	„Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungselemente“
Pflegeforschungsverbund NRW	„Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit“; in diesen Verbund wurden in der zweiten Förderphase Vorhaben zur Hebammenforschung der Stiftung Fachhochschule Osnabrück einbezogen
Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd	„Evidence basierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen“

Tab.3 Förderschwerpunkte des BMBF.

Förderschwerpunkt „Gesundheit im Alter“ mit einer ersten Förderphase (2007–2010)
Förderschwerpunkt „Präventionsforschung“, 3. Förderrunde (2007–2010)
Forschungsverbände zu „Muskuloskelettalen Erkrankungen“ (2009–2013)
Förderschwerpunkt „Studien in der Versorgungsforschung“ (2010–2014)
Förderschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung im Bereich Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ (2008–2011), gemeinsam getragen von: BMBF, Deutsche Rentenversicherung Bund, Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung und Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

de bieten die angebotenen thematischen Bereiche vielfältige Anknüpfungspunkte zu Themen in den Gesundheitsfachberufen.

- ▶ „Profil – Neue Technologien (ProfilINT)“: Mit dieser Fördermaßnahme bietet das BMBF Fachhochschulen eine ergänzende Förderung zur Stärkung des Forschungsprofils und zur Verbesserung der Kooperationschancen unter der Voraussetzung an, dass die Fachhochschule in einem Verbundprojekt eines BMBF-Fachprogramms in namentlich aufgeführten Schwerpunkten mit einem Forschungsantrag erfolgreich war. Aus dem Bereich der Gesundheitsforschung sind bisher aber nur einige Schwerpunkte einbezogen, die auch nur in den wenigsten Fällen Anknüpfungsmöglichkeiten für die Gesundheitsfachberufe eröffnen könnten.
- ▶ „Vorbereitende Maßnahmen zur Beteiligung der Fachhochschulen am spezifischen Programm „Kooperation“ des 7. Forschungsrahmenprogramms der EU“: Hier fördert das BMBF die Vorbereitung und Antragstellung von EU-Projekten mit Kooperationspartnern im europäischen Ausland für Anträge im 7. EU-Forschungsrahmenprogramm.
- ▶ „Forschungskooperationen von Fachhochschulen und Universitäten“: Mit dieser 2011 begonnenen Fördermaßnahme des BMBF sollen Synergien in der Forschungszusammenarbeit zwischen Fachhochschulen und Universitäten unterstützt werden. Zugleich sollen damit auch explizit neue Möglichkeiten zur Promotion von herausragenden Fachhochschulabsolventen eröffnet werden.
- ▶ Zum Themenbereich „Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der beruflichen Bildung“ fördert das BMBF zudem eine Studie zur Bestandsaufnahme und Evaluation der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE).

Versorgungsbezogene Forschungs- und Entwicklungsprojekte, die auch Gegenstandsfelder der Gesundheitsfachberufe berühren, werden vom BMG gefördert. Exemplarisch sei hier auf die beiden folgenden Programme hingewiesen: das „Leuchtturmprojekt Demenz“ (2008–2009), das auf eine bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung von Demenzerkrankten ausgerichtet war, und die „Zukunftswerkstatt Demenz“, die Erfolgsfaktoren regionaler Demenznetzwerke identifiziert und erfolgreiche Strukturen dauerhaft implementieren will (ab 2011 ff.). Im laufenden Förderprogramm „Zukunftswerkstatt Demenz“ werden Erkenntnisse aus dem Leuchtturmprojekt genutzt und weiterentwickelt, um sie in der interdisziplinären Routineversorgung umzusetzen.

Im BMG werden aber auch Studien gefördert, die sich mit der Situation oder den Entwicklungsperspektiven von Gesundheitsfachberufen befassen. Aktuell hat das BMG hier einen Auftrag zu einer Studie „Herausforderung Pflege – Personalentwicklung in der Pflege“ vergeben, in der innerbetriebliche und übergreifen-

de Strategien zur Gewinnung und Sicherung des Pflegepersonals vor dem Hintergrund des demografischen Wandels untersucht werden.

Das Fach Pflege wurde in der Entwicklung zur Akademisierung wesentlich durch die Robert Bosch Stiftung angeregt und unterstützt. Auch wenn die Robert Bosch Stiftung selbst keine reine Forschungsförderung gewährt, hat sie doch mit maßgeblichen Unterstützungsleistungen im Auf- und Ausbau von Studiengängen und mit Stipendien für den wissenschaftlichen Nachwuchs Grundlagen auch für eine beginnende Forschungsentwicklung gelegt.

Nach der Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ (1992) wurde ein Stipendienprogramm „Qualifizierung von Lehr- und Führungskräften in der Pflege“ aufgelegt, das nach 10-jähriger Laufzeit knapp 60 Promotions- und Habilitationsabschlüsse und etwa zwanzig an ausländischen Universitäten absolvierte Masterabschlüsse unterstützen konnte. Zwischen 1998 und 2005 wurde das Programm „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“ gefördert, mit dem in ca. 50 Projekten eine Verzahnung von Theorie und Praxis in der Pflege initiiert wurde. Im Jahr 2001 wurde der Förderschwerpunkt „Akademische Struktur in der Pflege“ eingerichtet. Bisher sind 130 Projekte gefördert worden. Unter anderem wurden die Mittel eingesetzt für eine pflegewissenschaftliche Buchreihe, sowie für das Programm „Beiträge zur Geschichte der Pflege“ und für interdisziplinär und international ausgerichtete Graduiertenkollegs zu den Themen „Multimorbidität im Alter“ und „Demenz“. Aktuelle Aktivitäten zielen darauf, pflegewissenschaftliche Studiengänge an Universitäten in medizinischen Fakultäten zu etablieren. Im Jahr 2009 erschien dazu das Memorandum „Für eine Verankerung der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung an Medizinischen Fakultäten und Universitäten“ [2]. Seit Anfang 2010 fördert die Stiftung die Erstellung einer Agenda Pflegeforschung. Des Weiteren werden Auslandsstipendien im Rahmen des Harkness-Fellowship-Programms und des internationalen Hospitationsprogramms „Pflege und Gesundheit“ vergeben. Insgesamt hat die Robert Bosch Stiftung in ihrem Schwerpunkt „Akademische Struktur in der Pflege“ bisher ca. 10 Mio. Euro eingesetzt. Sie hat mit ihren Veranstaltungen und Veröffentlichungen zudem wesentlich zu einer Aufwertung der Pflege im öffentlichen Bewusstsein beigetragen.

Einschlägige Fachgesellschaften oder Berufsverbände, die manchmal lediglich ihren Mitgliedern kleinere (Ergänzungs-) Beiträge für Forschungsvorhaben und Forschungspreise gewähren, bieten ebenfalls zumeist eng begrenzte Fördermöglichkeiten (☞ Tab.4).

Die Deutsche Rentenversicherung bietet neben ihrer gemeinsam mit dem BMBF finanzierten und thematisch festgelegten Schwerpunktförderung auch noch weitere Forschungsförderung von wichtigen Einzelthemen, die z.B. der Optimierung von Re-

Tab.4 Übersicht der einschlägigen Fachgesellschaften oder Berufsverbände und ihrer Fördermöglichkeiten.

Fachgesellschaft/Berufsverband	Fördermöglichkeiten
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	jährlich 15000 € für die Projektförderung und einen Forschungspreis von 5000 €
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)	jährlich 8000 € für Sachmittelförderung
Rheuma-Liga	Promotionsstipendien und die (Mit-)Finanzierung von Forschungsprojekten bis max. 50000 € (dabei wird bei den zu förmernden Themen ausdrücklich die Wirksamkeit von Therapien z.B. der Physiotherapie und Ergotherapie benannt)
Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke (DGM)	jährlich 200000 € zu Forschungsförderung (überwiegend grundlagennaher Projekte)
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DALZG)	150000 € Forschungsfördermittel im laufenden Jahr insbesondere für nicht-medikamentöse Therapien
ZVK-Stiftung – Stiftung zur Förderung von Forschung und Evaluation in der Physiotherapie	Fördermittel von 25000 € in einer aktuellen Ausschreibung

habilitationsangeboten dienen. Dazu zählt u.a. die „Evaluation verschiedener Interventionen innerhalb der Rehabilitation (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Pharmakologie).“

Jenseits der Forschungsförderung nach Schwerpunkten oder nach Fachbezügen fördert in Deutschland vor allem die DFG als Selbstverwaltungorganisation der Wissenschaft themenoffen, wettbewerblich und rein wissenschaftsgeleitet Forschungsprojekte. Das geschieht nach dem „Bottom-up-Prinzip“, d.h. die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler stellen die Themen und die DFG die Förderinstrumente und –mittel. Dabei erstreckt sich die Förderung seitens der DFG auf alle Zweige der Wissenschaft, und dies reicht in der Gesundheitsforschung von der biomedizinischen Grundlagenforschung über die patientenorientierte Forschung bis hin zur Versorgungsforschung. Anträge werden nach den Kriterien der wissenschaftlichen Qualität und Originalität bewertet. Eine jenseits wissenschaftlicher Bezüge rein interessengeleitete Forschung fördert die DFG nicht.

Anträge aus Gegenstandsfeldern der Gesundheitsfachberufe können bei der DFG in allen bestehenden Förderverfahren gestellt werden, sei es für Einzelprojekte im Normalverfahren (z.B. Sachbeihilfen, Finanzierung „Eigene Stelle“, Forschungsstipendium, Emmy Noether-Programm) oder in den koordinierten Verfahren (z.B. Forschergruppe, Graduiertenkolleg). Auskunft zu geförderten Projekten – auch aus Themenspektren der Gesundheitsfachberufe – gibt die DFG-Datenbank GEPRIS. Ein wichtiges Ziel der DFG ist es, junge Wissenschaftler zu fördern. Hierfür gibt es u.a. Nachwuchsakademien z.B. im Bereich Klinische Studien oder Versorgungsforschung, die stets auf reges Interesse stoßen.

2. Modellbausteine einer künftigen Forschungsförderung

Die nachfolgend skizzierten Modellbausteine der Forschungsförderung dienen wesentlich einer Anschubförderung mit dem Ziel, Strukturen zu finden, Kooperationen aufzubauen und Kenntnisse zu sammeln. Diese sollen den Gesundheitsfachberufen Gelegenheit geben, die Grundmittel effektiv zu nutzen und ein verbessertes Rüstzeug zu erlangen, um Drittmittel effektiv einwerben zu können. Zunächst müssen Mindestvoraussetzungen geschaffen bzw. erfüllt werden, um im Wettbewerb und in Zusammenarbeit mit anderen Fächern die eigene Forschung sichern zu können. Dafür stehen die öffentlichen Forschungsförderer (DFG, BMBF, Bundesländer, EU und für besondere ressortbezogene Fragen auch das BMG) mit differenzierten Förderangeboten zur Verfü-

gung, die auch für die Gesundheitsfachberufe Fördermöglichkeiten bieten. Darüber hinaus können aber auch Fördermittel von Stiftungen, Fachgesellschaften und ggf. auch von Kostenträgern für eine leistungsfähige Forschung eingeworben werden.

Strukturierte Doktorandenförderung Im Hinblick auf die Sicherung des wissenschaftlichen Nachwuchses werden in Kooperation zwischen Fachhochschulen und Universitäten geeignete Forschungsprojekte aufgelegt, die Absolventen der Universität wie der Fachhochschule Möglichkeiten zur Promotion bieten. Die Betreuung der Doktoranden erfolgt in Abstimmung zwischen Fachhochschule und Universität. Aktuell hat das BMBF in dieser Ausrichtung ein Förderprogramm „Forschungskoope-ration von Fachhochschulen und Universitäten“ begonnen, das auch Möglichkeiten zur Promotion von Fachhochschulabsolventen vorsieht. Es ist zu hoffen, dass dieses Programm fortgesetzt und auf eine breitere Basis gestellt werden kann, weil damit dem Wunsch nach einer strukturierten Nachwuchsförderung Rechnung getragen werden kann.

Voraussetzung für durchgängige Qualifizierungswege zur Promotion ist je Fach ein ausreichendes Angebot an Masterstudien-gängen, die erst den Zugang zu einer Promotion erlauben. Diese Voraussetzung ist heute noch nicht ausreichend gegeben.

Eine Fördermaßnahme könnte sich auf die Förderung von Forschungsprojekten richten, in deren Rahmen mehrere Promotionsvorhaben einzubeziehen sind. Gegebenenfalls können für die Projektbetreuung anteilige Personalkosten für Betreuer gefördert werden, um sowohl für die Universitäten als auch für die Fachhochschulen zusätzliche Anreize zu setzen. Derartige Kooperationen zwischen Fachhochschulen und Universitäten sollten längerfristig angelegt sein und auch jenseits einer Förderphase Bestand haben. Dies müsste z.B. durch Vereinbarungen zur Erarbeitung und zum Anbieten gemeinsamer Ausbildungsmodulen zwischen Universität und Fachhochschule befestigt und belegt werden [3].

Forschungsverbände Mehrere Fachhochschulen (ca. zwei bis drei) und eine Universität bilden einen regionalen Forschungsverbund mit einem thematischen Fokus. Ein solcher Verbund hat ein Leitungsgremium, in dem alle beteiligten Hochschulen gleichberechtigt vertreten sind. Das Leitungsgremium entscheidet über die Entwicklung des Forschungsverbundes und ist für die Qualitätssicherung zur Antragstellung und während der Durchführung von Forschungsprojekten, die im Verbund gefördert werden, verantwortlich. An jedem der beteiligten Forschungsprojekte sollen in der Regel mehr als eine Hochschule beteiligt sein. Jeder Verbund ver-

einbart mit seinen beteiligten Hochschulen ein Programm zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses (ggf. Einwerben eines Graduiertenkollegs). Einzelne Wissenschaftler von nicht am Verbund beteiligten Fachhochschulen können mit thematisch einschlägigen Projekten dem Verbund assoziiert werden. Die Forschungsverbünde sollten – bei ausgewiesener Qualität – über zwei bis drei Projektphasen gefördert werden. Die Forschungsverbünde sollen so angelegt sein, dass sie dauerhaft Bestand haben können. Die beteiligten Hochschulen müssen dokumentieren, wie dies erreicht werden kann. Auch hier wäre eine Kooperation von gemeinsamen Ausbildungsmodulen und von kooperativen Promotionsprogrammen der beteiligten Hochschulen ein Element zur Fundierung der Nachhaltigkeit.

Auslandsstipendien Auf der Basis bestehender Forschungsverbünde, strukturierter Nachwuchsförderung oder Graduiertenkollegs sind Auslandsstipendien für Forschungsprojekte ein nützliches und ergänzendes Instrument zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, das zugleich dazu beiträgt, das vorhandene wissenschaftliche Know-how aus dem Ausland besser für Deutschland zu erschließen. Die Stipendien sollten eine Rückkehrphase einschließen.

Mitwirkung an europäischen Studiengängen Zusätzlich zu Auslandsstipendien ist die Beteiligung deutscher Hochschulen an europäischen Studiengängen zu unterstützen. Damit kann der Wissenstransfer zwischen europäischen Ländern verbessert werden.

Aufbau eines Mittelbaus für Forschung Die Hochschulträger sollten für forschungsstarke Fachhochschulen bzw. für forschungsstarke Fachbereiche einen Mittelbau vorsehen, mit dem eine ausreichende Forschungskontinuität zur Vorbereitung und Durchführung von Drittmittelprojekten sowie zur Überbrückung der unvermeidlichen Diskontinuitäten in der Drittmittelförderung gewährleistet werden können [3].

Europäische Datenbank für Instrumenten-Sets zur Messung von Aktivitäten und Partizipation Komplexe Interventionen zielen typischerweise auf die Verbesserung von Aktivitäten und Partizipation ab. Erste internationale Validierungsstudien prüfen Instrumente, die Krankheitsfolgen nicht mehr nur auf der Ebene körperlich-geistiger Schädigungen wie z.B. Lähmung, Schmerz oder Gedächtnisverlust messen, sondern die die Wirkung der Erkrankung auf Aktivitäten und Partizipation der Betroffenen erfassen. Über den Aufbau einer „Europäischen Datenbank für Instrumenten-Sets zur Messung von Aktivitäten und Partizipation“ könnte ein koordinierter Einsatz solcher Messinstrumente erreicht werden, die diese für Patienten und Gesellschaft hochrelevanten Endpunkte im Studiendesign vorsehen und in den Datenerhebungen erfassen. Damit kann die Qualität von Studien verbessert, die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen erhöht und das Problem der Heterogenität bei Metaanalysen reduziert werden.

Mögliche Fördermaßnahmen für die Gesundheitsfachberufe sollten im Hinblick auf ihre Effekte evaluiert werden. Das zu evaluierende übergeordnete Förderziel ist die quantifizierbare Generierung evidenz-basierter Innovationen der Gesundheitsfachberufe für eine verbesserte Patientenversorgung und für die Gesunderhaltung der Bevölkerung.

Meilensteinplan für die Forschungsentwicklung und Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachberufen Der Prozess zur weiteren Entfaltung der Forschung in den Gesundheitsfachberufen setzt einen kontinuierlichen Diskurs in den einzelnen Disziplinen voraus, in dem man sich über Schritte und Ausrichtung der Forschungsentwicklung verständigt (Meilensteinplan). Dabei sind u.a. Forschungsprioritäten, methodische und ethische Standards, inhaltliche Schwerpunktbildungen an Hochschulen sowie zeitliche und strategische Zielsetzungen zu diskutieren. Im Hinblick auf die Eigenständigkeit der Disziplinen, aber auch angesichts der unterschiedlichen Entwicklungsstadien in den Fächern, müssen diese Diskussionen primär disziplinbezogen geführt werden. Dennoch sollte auch die über die GFR-Initiative beförderte Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe fortgesetzt und ausgebaut werden. Für eine verstärkte Zusammenarbeit im Prozess der Forschungsentwicklung spricht nicht nur die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit bei zunehmenden Aufgaben in der gesundheitlichen Versorgung, die auch gemeinsame oder überschneidende Forschungsfelder implizieren, sondern auch gemeinsame methodische und forschungsethische Herausforderungen. Diese werden zusammen besser und wirkungsvoller zu bewältigen sein. Auch eine einheitliche forschungsstrategische Ausrichtung und ein gemeinsames Auftreten der akademischen Gesundheitsfachberufe können sicher wirkungsvoller sein als ein Agieren auf der Ebene der Einzeldisziplinen. Letztlich können die Disziplinen auch angesichts unterschiedlicher Entwicklungsstadien und unterschiedlicher schon bestehender Vernetzungen mit Bezugsdisziplinen wesentlich voneinander lernen, sofern ein Austausch und Diskurs auch gemeinsam möglich ist. Angesichts der personellen und finanziellen Beschränkungen, denen die Gesundheitsfachberufe an den Fachhochschulen ausgesetzt sind, wäre eine Förderung zur Fortsetzung des Diskurses zwischen den Gesundheitsfachberufen wünschenswert.

Literatur

- 1 Bundesministerium für Bildung und Forschung. Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung. Bonn, Berlin, 2010
- 2 Memorandum: Für eine Verankerung der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinik in Deutschland (Hrsg.). Bremen, Forum Pflegewissenschaft 2009
- 3 Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Rolle der Fachhochschulen im Hochschulsystem. Köln, 2010

Danksagung

Besonderer Dank gilt Herrn Jost von dem Knesebeck (Gesundheitsforschungsrat, GFR) für seine wertvollen Beiträge zur Strukturierung des Konzepts.

Den Mitgliedern der Wissenschaftsgemeinschaften der einzelnen Disziplinen, die den Konzeptentwurf im Rahmen des Workshops „Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsforschung in Deutschland“ am 14.10.2011 diskutiert haben, gilt unsere Anerkennung für ihre konstruktiven Anregungen. Erwin Scherfer, Christoff Zalpou und Christian Grüneberg, die eine Zusammenfassung der in Kapitel II.3 eingeflossenen Beiträge der Workshop-AG Physiotherapie erstellt haben, sei namentlich gedankt.

Schließlich gilt unser Dank den Gästen der Arbeitsgruppe, die sich als Vertreter ihrer Organisationen an der Diskussion im Zuge der Konzepterstellung beteiligt haben:

Dana Loudovici (Forschungsberatungsstelle Manuelle Medizin der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin [DGMM] e.V. am Universitätsklinikum Jena, Institut für Physiotherapie)

Christiane Krämer (Deutsche Forschungsgemeinschaft, DFG)

Stefan Lohwasser, André Lottmann (Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates, WR)

Ulrich Hörlein (Bundesländer)

Almut Satrapa-Schill (Robert Bosch Stiftung)

Anne Lücke, Marianne Kordel, Martina Brock (Geschäftsstelle des GFR)

Autorenerklärung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in diesem Artikel eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Glossar

ANP =	Advanced Nursing Practice
BMBF =	Bundesministeriums für Bildung und Forschung
COPD =	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DALzG =	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
DBfK =	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DFG =	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGM =	Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke
DGMM =	Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin
DGP =	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DLR =	Deutsches Zentrums für Luft- und Raumfahrt
DRGs =	diagnosebezogene Fallgruppen
GesInE =	Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich
GEPRIS =	Geförderte Projekte Informationssystem
GFR =	Gesundheitsforschungsrat
HAWK =	Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
HNO =	HNO-Heilkunde
HRG =	Hochschulrahmengesetz
HRK =	Hochschulrektorenkonferenz
ICF =	Classification of Functioning, Disability and Health
pAVK =	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PBRNs =	Practice-Based Research Networks
ProfilINT =	Profil – Neue Technologien
RCT =	randomisiert-kontrollierte Studien
RWTH =	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule
SILQUA-	
FH =	Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter
SVR =	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
VDR =	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
WHO =	Weltgesundheitsorganisation
WR =	Wissenschaftsrat
ZVK =	Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten

29. Sitzung des Gesundheitsforschungsrates am 8. Dezember 2011

Empfehlung

Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland

Der Gesundheitsforschungsrat dankt der Arbeitsgruppe für ihr Konzeptpapier „Forschung in den Gesundheitsfachberufen – Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland“.

Im Konzeptpapier wird der Forschungsbedarf, der sich auf die Bewältigung übergreifender gesundheitlicher Herausforderungen richtet, überzeugend dargestellt und für die einzelnen Gesundheitsfachberufe exemplarisch vorgestellt. Das Papier bietet Anregungen und Vorschläge, wie die Wissenschaftsentwicklung der einzelnen Disziplinen insbesondere in Ausrichtung auf eine verbesserte Gesundheitsversorgung befördert werden kann. Das Konzeptpapier beschreibt auch die bestehenden, noch unzureichenden Bedingungen für eine Forschungsentwicklung in den Gesundheitsfachberufen an den Hochschulen. Hier fehlt es insbesondere noch an ausreichenden Angeboten an Masterstudiengängen in den meisten Disziplinen, an Strukturen und Personal für den Aufbau und den Erhalt einer leistungsfähigen Forschung sowie an stabilen Pfaden für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung in Form von Promotions- und Postdoc-Phasen.

Der Gesundheitsforschungsrat begrüßt den Auf- und Ausbau von Forschung in den Gesundheitsfachberufen

- ▶ als einen notwendigen Schritt zur wissenschaftlichen Fundierung und Weiterentwicklung der Handlungspraxis in den ausgewählten Therapie- und Pflegeberufen
- ▶ sowie zur Angleichung an internationale Standards, die in den meisten Industrieländern gelten, in denen schon eine weit fortgeschrittene Etablierung der Gesundheitsfachberufe als wissenschaftliche Fächer besteht.

Die Entwicklung zu wissenschaftlichen Disziplinen mit einer leistungsfähigen und gesundheitsrelevanten Forschung können nur die Gesundheitsfachberufe in Deutschland selbst leisten. Sie müssen aber auf diesem Weg vielfältig unterstützt werden:

- ▶ Die Träger der Fachhochschulen und deren Hochschulleitungen sind aufgerufen, strukturelle und finanzielle Mindestvoraussetzungen zu schaffen, um eine essenzielle Beteiligung von Fachhochschulen an der Forschung in Gegenstandsfeldern der Gesundheitsfachberufe auf den Weg zu bringen.
- ▶ Die Universitäten und hier insbesondere die Medizinischen Fakultäten sind aufgerufen, mehr universitäre Standorte für Masterstudiengänge, für Promotionsmöglichkeiten und für eine kontinuierlich leistungsfähige Forschung in den Gesundheitsfachberufen zu schaffen. Das ist sowohl eine wichtige Voraussetzung, um stabile Pfade für die wissenschaftliche Nachwuchsförderung zu schaffen, als auch eine notwendige Bedingung, um in der Forschung den Zusammenhang zu den im universitären Bereich vertretenen Bezugsdisziplinen zu gewährleisten. Gerade viele medizinische Fächer sind wichtige Bezugsdisziplinen für die Gesundheitsfachberufe.
- ▶ Die Forschungsförderer sind unverzichtbare Wegbegleiter für die wissenschaftliche Entwicklung der Fächer. Hier sind Initiativen zur Strukturbildung und zur Etablierung von Kooperationen zwischen Hochschulen und namentlich zwischen Fachhochschulen

und Universitäten in Forschung und Ausbildung – wie sie in Ansätzen schon bestehen – wünschenswert. Die Forschungsförderung sollte auf die Unterstützung des wissenschaftlichen Nachwuchses besonderes Augenmerk legen.

- ▶ Die Sozialversicherungsträger sollten in ihrer Verantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung die entstehenden Forschungsmöglichkeiten in den Gesundheitsfachberufen erkennen, sich im Sinne ihres Versorgungsauftrags an Erörterungen zur Ausrichtung der Forschung in den Gesundheitsfachberufen beteiligen und gezielt auch Forschungsbeiträge zu praxisorientierten Themen der Versorgung anregen und fördern.
- ▶ Der Prozess zur weiteren Entfaltung der Forschung in den Gesundheitsfachberufen setzt eine Verständigung über die strategische und zeitliche Zielsetzung, inhaltliche Prioritäten, methodische und ethische Standards und mögliche Vorgehensschritte voraus. Aufgrund vieler inhaltlicher Überlappungen und gemeinsamer struktureller Herausforderungen begrüßt der GFR eine gemeinsame Herangehensweise der Gesundheitsfachberufe. Die Fortführung des Diskurses zwischen den Gesundheitsfachberufen wird als notwendig angesehen.

<http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/empfehlungen.php>

Impressum

Deutsche Medizinische Wochenschrift
137. Jahrgang

Schriftleitung

H. E. Blum, Freiburg
E. Erdmann, Köln
G. Ertl, Würzburg
W. Hiddemann, München
H. Lehnert, Lübeck
J. Mössner, Leipzig
J. F. Riemann, Ludwigshafen
A. Ziegler, Lübeck

Chefredaktion

M. Middeke, München

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart oder
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711-8931-0, Fax: 0711-8931-298
http://www.thieme.de
http://www.thieme.de/dmw
http://www.thieme-connect.de/ejournals

Copyright

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Allgemeine Informationen

Die DMW (ISSN 0012-0472) erscheint wöchentlich (Doppelhefte im Januar, Juli, August, Dezember).

Informationen für unsere Leser

Wir bitten unsere Abonnenten, Adressänderungen dem Abonentenservice mitzuteilen, um eine reibungslose Zustellung der Zeitschrift zu gewährleisten. Marken, geschäftliche Bezeichnungen oder Handelsnamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Handelsnamen handelt.

Wichtiger Hinweis

Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Heft eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass

jährliche Bezugspreise*	Abo	Versandkosten			Gesamtkosten		
		Inland	Europa	Weltweit	Inland	Europa	Weltweit
Normalpreis	249,00	59,90	158,90	192,40	308,90	407,90	441,40
Vorzugspreis für Studenten	93,00	59,90	158,90	192,40	152,90	251,90	285,40
Weiterbildungspreis	161,85	59,90	158,90	192,40	221,75	320,75	354,25
Vorzugspreis für Mitglieder der DGIM	107,50	59,90	158,90	192,40	167,40	266,40	299,90
Vorzugspreis für Mitglieder der GDNÄ	161,85	59,90	158,90	192,40	221,75	320,75	354,25

* in € (D); unverbindlich empfohlene Preise. Preisänderungen vorbehalten. Preis für ein Einzelheft 8,50 € zzgl. Versandkosten ab Verlagsort. Das Abonnement wird zum Jahreswechsel im voraus berechnet und zur Zahlung fällig. Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht eine Abbestellung zum 30. September vorliegt.

diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung der Zeitschrift entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Informationen für unsere Autoren

Manuskripteinreichung unter:
http://www.thieme.de/dmw

Manuskriptrichtlinien und andere Informationen für Autoren entnehmen Sie bitte den Autorenhinweisen unter http://www.thieme.de/dmw/autoren.html

Grundsätzlich werden nur solche Manuskripte angenommen, die vorher weder im Inland noch im Ausland (in vollem Umfang, in ähnlicher Form oder in jedweder anderen Medienform) veröffentlicht worden sind. Die Manuskripte dürfen auch nicht gleichzeitig anderen Publikationsorganen zur Publikation angeboten werden. Mit der Annahme des Manuskripts zur Veröffentlichung überträgt der Verfasser dem Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§64 UrHG) das ausschließliche, räumliche und zeitlich unbeschränkte Recht für alle Auflagen/Updates zur auch auszugsweisen Verwertung in gedruckter Form sowie in elektronischen Medien (Datenbanken, Online-Netzsysteme, Internet CD-Rom, DVD, PDA etc.) auch in geänderter Form oder in Form einer auszuweisen Verknüpfung mit anderen Werken einschließlich der Übersetzung in andere Sprachen sowie durch Übertragung von Nutzungsrechten auf Dritte.

Soweit Abbildungen aus anderen Veröffentlichungen entnommen sind, räumt der Verfasser dem Verlag lediglich das nicht ausschließliche Nutzungsrecht im Umfang des vorstehenden Absatzes ein. Der Verfasser ist für die vollständige Quellenangabe sowie die Einholung der schriftlichen Einwilligung des anderen Verlages zu den vorstehenden Rechtsräumen verantwortlich und weist diese dem Verlag nach. Dem korrespondierenden Autor stehen 20 Sonderdrucke seiner Arbeit kostenfrei zur Verfügung.

Online

Die wissenschaftlichen Arbeiten stehen online in Thieme-connect zur Verfügung (www.thieme-connect.de/ejournals). Der Zugang ist für persönliche Abonnenten im Preis enthalten. Über kostenpflichtige Zugangsmöglichkeiten und Lizenzen für Institutionen (Bibliotheken, Kliniken, Firmen etc.) informiert Sie gerne Carmen Krenz, E-Mail: sales@thieme-connect.de Diese Zeitschrift bietet Autoren die Möglichkeit, ihre Artikel gegen Gebühr in Thieme-connect für die allgemeine Nutzung frei zugänglich zu machen. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an E-Mail: dmw@thieme.de

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IVW), Berlin.

For users in the USA

Authorization of photocopy items for internal or personal use, or the internal or personal use of specific clients, is granted by Georg Thieme Verlag Stuttgart New York for libraries and other users registered with the Copyright Clearance Center (CCC) Transactional Reporting Service; www.copyright.com For reprint information in the USA, please contact: International Reprint Corporation, 287 East 'H' St., Benicia, CA 94510, USA; phone: +1-707-746-8740, fax +1-707-746-1643; e-mail: irc@intreprints.com © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York 2012



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V.



Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e. V.

Ihre Ansprechpartner		Telefon	Fax	E-Mail
Chefredakteur	Prof. Dr. med. Martin Middeke	0711/8931-232	235	Martin.Middeke@thieme.de
Stellv. Chefredakteur	Dr. med. Volker Hirschel	0711/8931-233	235	Volker.Hirschel@thieme.de
Originalien, Kasuistiken, Übersichten, Kommentare, Ethik, Serien, Hinterfragt – nachgehakt, Mitteilungen der DGIM, Mitteilungen der GDNÄ, Supplemente				
Redaktion	Schwerpunktthemen, DGIM-Gesellschaftsausgaben	Dr. med. Ute Mader	255	235 Ute.Mader@thieme.de
	CME, Aktuelle Diagnostik & Therapie, Arzneimittel & Pharmakotherapie, So wird's gemacht, Prinzip & Perspektive, Prävention & Versorgungsforschung	Daniela Umbreit	236	235 Daniela.Umbreit@thieme.de
	Aktuelles – kurz berichtet, Referiert – kommentiert, Podcast, Forum der Industrie	Simone Müller	631	235 Simone.Mueller@thieme.de
	Mediquiz, Aus der Cochrane Library – für die Praxis, Podcast, Forum der Industrie	Anna Mus	358	235 Anna.Mus@thieme.de
	Personalien/Lebensbilder, Veranstaltungen, DMW interaktiv, E-Journals	Andrea Hartmann	539	235 Andrea.Hartmann@thieme.de
	Redaktionsassistent, Fragen zur Manuskripteinreichung inkl. „Editorial Manager“, Fragen zum Gutachtenverfahren	Jörg Düster	538	235 Joerg.Duester@thieme.de
	Team-Assistenz	Felicitas Mosthaf	537	235 Felicitas.Mosthaf@thieme.de
	Herstellung/Graphik	Roland Graf	234	235 Roland.Graf@thieme.de
	Sekretariat, Lizenzen, Autoren-Sonderdrucke	Stephanie Steil	242	235 Stephanie.Steil@thieme.de
	Abonnements/Bestellungen	Kundenservice DMW	321	422 aboservice@thieme.de
Anzeigenteil, Industrie-Sonderdrucke				
	Thieme.media, Pharmedia Anzeigen und Verlagsservice GmbH Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart oder Postfach 30 08 80, 70448 Stuttgart	Manfred Marggraf	464	470 Manfred.Marggraf@pharmedia.de
Printed in Germany		Grafisches Centrum Cuno GmbH + Co. KG, 39240 Calbe		

Zur Veröffentlichung online. Nicht zum Nachdruck!

Zur Veröffentlichung online. Nicht zum Nachdruck!