Johannes Schaller & Björn Eichmann (Hrsg.)

Gesundheit braucht kluge Köpfe

10 Jahre SRH Hochschule für Gesundheit

Tectum

Johannes Schaller
Björn Eichmann

Gesundheit braucht kluge Köpfe

Johannes Schaller
Björn Eichmann

Gesundheit braucht kluge Köpfe

10 Jahre SRH Hochschule für Gesundheit

Tectum Verlag

Johannes Schaller
Björn Eichmann
Gesundheit braucht kluge Köpfe. 10 Jahre SRH Hochschule für Gesundheit
© Tectum – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2017

E-Book: 978-3-8288-6840-3

(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Werk unter der ISBN 978-3-8288-3988-5 im Tectum Verlag erschienen.)

Umschlagabbildung u. Logo: © SRH

Besuchen Sie uns im Internet
www.tectum-verlag.de

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Vorwort

Schaller, Johannes & Eichmann, Björn

Im Jahr 2017 feiert die SRH Hochschule für Gesundheit ihren 10. Geburtstag. Dies ist natürlich ein Anlass, um diese 10 Jahre Revue passieren zu lassen und einen Blick auf die Entwicklung unserer Hochschule zu werfen. Die Geschichte dieser sehr jungen staatlich anerkannten Hochschule in privater Trägerschaft ist dabei in erster Linie geprägt von aktiven Bemühungen, Studiengänge zu entwickeln und zu etablieren, die ihrem Profil und Auftrag als „Gesundheitshochschule" gerecht werden. So wurden in den letzten 10 Jahren innovative, zukunftsgerichtete Studiengänge entwickelt, die sich an den Nachfragen unserer studentischen Kunden orientieren. Davon berichtet dieser Band.

Die Entwicklung unserer Hochschule ist natürlich nicht im luftleeren Raum geschehen, sondern war immer geprägt von den Rahmenbedingungen, die maßgeblich von der deutschen Hochschulpolitik und vor allem von aktuellen Entwicklungen im Gesundheitsbereich vorgegeben wurden. Damit ist die hier geschilderte Entwicklung vielleicht auch ein Spiegel augenblicklicher und künftiger Perspektiven im Bereich der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsfachberufe.

Im Jahr 2006 wurde die SRH Hochschule für Gesundheit Gera als erste und mittlerweile auch einzige private Hochschule Thüringens gegründet und erhielt 2007 die vorläufige staatliche Anerkennung. Zum Wintersemester 2007 nahm die Hochschule mit vier Bachelorstudiengängen und 77 Studierenden den Studienbetrieb auf, 2009 stieg die Zahl der Studierenden bereits auf über 300. Nach der erfolgreichen institutionellen Akkreditierung durch den Wissenschaftsrat 2010 wurde die Hochschule unbefristet staatlich anerkannt, 2012 folgten dann die ersten akkreditierten Masterstudiengänge. Im selben Zeitraum wurde das Angebot um ausbildungsintegrierende Studienmodelle erweitert. Dazu wurden staatlich genehmigte, rechtlich unselbstständige Außenstellen in Bonn, Düsseldorf, Heidelberg, Karlsruhe, Leverkusen und

Stuttgart eingerichtet. Die ausbildungsintegrierenden Studiengänge im Bereich der Physiotherapie und der Logopädie, die an unseren Standorten in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg angeboten werden, wurden in Zusammenarbeit mit der SRH Fachschulen GmbH entwickelt. Diese Kooperation profitiert von den jeweiligen Fachschulen, da diese oft auf jahrzehntelange Erfahrung zurückblicken können und somit eine Zusammenarbeit ermöglichen, auf die wir sehr stolz sind und die in Deutschland einzigartige Studiengänge ermöglicht.

Aufgrund der nachhaltig positiven Entwicklung und des starken Studierendenaufwuchses konnten wir im Jahr 2014 in ein modern ausgestattetes, neues Hochschulgebäude am Hauptstandort Gera mit 4.500 qm Fläche zum Lernen, Lehren und Forschen umziehen. Im Wintersemester 2017/2018 studierten über 1000 Studierende in 15 Studiengängen und fünf Studienmodellen an unserer Hochschule. Damit hat sich die Hochschule in den wenigen Jahren seit ihrer Gründung als eine feste Größe in der Thüringer Hochschullandschaft etabliert.

Die SRH Hochschule für Gesundheit ist Teil eines großen Netzwerkes – der SRH Gruppe. Im Jahr 1966 als Stiftung Rehabilitation Heidelberg (SRH) gegründet, ist die SRH ein führender Anbieter von Bildungs- und Gesundheitsdienstleistungen mit insgesamt über 13.000 Mitarbeitern, der mit 45 Tochterunternehmen an mehr als 60 Standorten deutschlandweit private Hochschulen, Bildungszentren, Schulen und Krankenhäuser betreibt. Die SRH Hochschule für Gesundheit ist dabei als „Gesundheitshochschule im Gesundheitskonzern" eine von mittlerweile 10 SRH Hochschulen mit insgesamt über 13.000 Studierenden.

Die Struktur des hier vorliegenden Bandes orientiert sich an den Studiengängen, die in den letzten Jahren unsere Hochschule stark geprägt haben. Jeder dieser Studiengänge zeigt dabei seine Besonderheit, sein Profil und die jeweiligen Herausforderungen, mit denen er zu kämpfen hat. Nach der Darstellung des jeweiligen Studiengangs folgen Einblicke in Forschungsprojekte, Kooperationen, aber auch kritische Bewertungen. Im Rahmen dieser überblicksartigen Darstellungen ist es uns wichtig, auch unsere Studierenden als Vertreter des Studiengangs zu Wort kommen zu lassen. Aus diesem Grund werden bei der

Präsentation des jeweiligen Studienganges jeweils hervorragende studentische Abschlussarbeiten oder Projekte vorgestellt.

Aufgrund dieser Struktur wird sicherlich deutlich, dass an diesem Band eine Vielzahl von Autorinnen und Autoren mitgewirkt hat. Ihnen allen herzlichen Dank für diese tolle Teamarbeit!

Gera, Karlsruhe, Stuttgart, Heidelberg, Bonn, Leverkusen und Düsseldorf im Jahr 2017

Johannes Schaller & Björn Eichmann

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1:	Gesundheit der Zukunft – Zukunft der Gesundheit	1
Kapitel 2:	Die Studiengänge der Physiotherapie (Bachelor of Science)	9
Kapitel 3:	Die Studiengänge der Ergotherapie (Bachelor of Science)	35
Kapitel 4:	Der Studiengang Logopädie (Bachelor of Science)	43
Kapitel 5:	Der Studiengang Neurorehabilitation (Master of Science)	61
Kapitel 6:	Der Studiengang Gesundheitspsychologie (Bachelor of Science)	77
Kapitel 7:	Der Studiengang Psychische Gesundheit und Psychotherapie (Master of Science)	89
Kapitel 8:	Der Studiengang Medizinpädagogik (Bachelor of Arts)	101
Kapitel 9:	Der Studiengang Medizinpädagogik (Master of Arts)	115
Kapitel 10:	Der Studiengang Bildung und Förderung in der Kindheit (Bachelor of Arts)	125
Kapitel 11:	Der Studiengang Gesundheits- und Sozialmanagement (Master of Arts)	137
Kapitel 12:	Weitere akademische Perspektiven für die Gesundheitsfachberufe	143
Kapitel 13:	Success stories	169

Kapitel 1: Gesundheit der Zukunft – Zukunft der Gesundheit

Schaller, Johannes

> Gesundheit und froher Mut, das ist des Menschen höchstes Gut.
> (Deutsches Sprichwort)

1.1 Gesundheit im Fokus

Unser Gesundheitssystem ist immer für eine Schlagzeile gut. Es vergeht kaum ein Tag, an dem nicht zu diesem Thema berichtet wird (SPIEGELONLINE, 2017; Süddeutsche Zeitung, 2017). Dabei geht es um sämtliche mit Gesundheitsversorgung assoziierten Bereiche, etwa um Ärztemangel, steigende Kosten, die Anhebung von Krankenkassenbeiträgen, die Auflösung von Geburtenstationen in ländlichen Gebieten, um Big Data, die elektronische Gesundheitskarte, um Einspareffekte, die Betreuung sterbender Menschen, die Aufgaben von Notaufnahmen in den Krankenhäusern, aber auch um neue Behandlungsansätze, Forschungsprojekte etc… – die Liste ließe sich wohl fast endlos fortsetzen (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2017).

Die Bedeutung dieses Themas und seiner Rezeption in den Medien ist nicht weiter verwunderlich, geht es dabei doch um die Gesundheit, „unser höchstes Gut“ bzw. eines der wichtigsten Güter, wie es aus einer von "Spiegel online" 2015 veröffentlichten Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) hervorgeht (Marquart, 2015). Nach den „wichtigsten drei Wünschen“ befragt, waren die Antworten der Interviewten recht übereinstimmend: Mehr als die Hälfte der Befragten (56%) wünschte sich Gesundheit, davon dachten die meisten an das eigene Wohlbefinden aber auch an das der Familie.

Jenseits des persönlichen Wohlbefindens hat Gesundheit eine große volkswirtschaftliche Bedeutung, die bei vielen gesundheitspoliti-

schen Diskussionen unterschätzt bzw. völlig vernachlässigt wird: Je gesünder die Bürger eines Landes, desto größer ist die individuelle Produktivität und auch das kollektive Wirtschaftswachstum (s. Überblick bei Marx & Rahmel, 2009). Damit zeigt sich, dass das Thema Gesundheit nicht nur für das Individuum sondern auch für unsere Gesellschaft höchste Relevanz besitzt.

Inwiefern wiederum die Qualität und Effizienz der deutschen Gesundheitsversorgung dem internationalen Vergleich Stand halten kann, wird sehr heterogen und manchmal sogar durchaus hitzig diskutiert (vgl. Manouguian et al., 2010; Robert-Koch-Institut, 2015). Fakt ist, dass das Gesundheitssystem in Deutschland immense Summen verschlingt. Das Statistische Bundesamt (2017) hat bekannt gegeben, dass sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahr 2015 auf 344,2 Milliarden Euro oder 4213 Euro je Einwohner beliefen, d.h. jeder neunte Euro wurde für das Gesundheitssystem ausgegeben. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Gesundheitsausgaben damit um 15,0 Milliarden Euro oder 4,5% und auch für die folgenden Jahre prognostiziert das Statistische Bundesamt einen weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben.

Jenseits der aktuellen Zahlen und Entwicklungen stellt sich natürlich die Frage nach der längerfristigen Dimension: Wie muss ein Gesundheitssystem der Zukunft gestaltet sein? Welchen Herausforderungen muss es sich stellen? Welchen Anforderungen muss es genügen? Wie müssen künftig Versorgungssysteme strukturiert sein? Welche Auswirkungen hat das auf bestehende Konzepte? Welche neuen Angebote müssen geschaffen werden?

Diese Fragestellungen lenken den Blick dann auch zu Aspekten der Personalausstattung und -qualifikationen und bringen Implikationen für den Bildungsbereich mit sich – oder anders formuliert: Welche Anforderungen werden in Zukunft an die „Profis“ im Gesundheitsbereich gestellt? Und welche Qualitäten und Qualifikationen sind dafür unabdingbar?

1.2 Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung der Zukunft

Die Herausforderungen an das Gesundheitswesen der Zukunft sind enorm (vgl. WHO, 2014). Exemplarisch seien dabei folgende Punkte benannt (vgl. Kurth, 2001 vgl. Sieger & Rustemeier-Holtwick, 2017):

Die Geburtenzahlen in Deutschland stagnieren. Dagegen steigen die Lebenserwartung, das Durchschnittsalter und der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2000). Ältere wiederum nehmen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch als Jüngere und auch die Zahl pflegebedürftiger, multimorbider Menschen nimmt damit zu (Statistisches Bundesamt, 2010; Nowossadek, 2012). Der medizinische Fortschritt erschließt neue Möglichkeiten in Prävention, Diagnostik und Rehabilitation (vgl. Krüger-Brand, 2014, S. 2208). Gleichzeitig weckt diese Entwicklung aber auch Ängste und Befürchtungen, wie z.B. „gefühllosen Pflegerobotern" (vgl. Von Stösser, 2011) ausgeliefert zu sein oder aber unzureichendem Datenschutz und -sicherheit (vgl. Barmer, 2010).

Auch die Interaktion zwischen Leistungserbringern und Patienten unterliegt einem Wandel: Patienten sind oft sehr gut informiert, agieren eigenverantwortlich und mit einer gesteigerten – oftmals auch kritischen – Erwartungs- und Anspruchshaltung (vgl. Dieterich, 2007) gegenüber Versorgungsleistungen und erwarten auch kompetente Antworten und „Lotsenhilfe" in einem mittlerweile hochkomplexen, komplizierten und ausdifferenzierten Gesundheitssystem. (vgl. Sachverständigenrat, 2007).

1.3 Gesundheitsberufe der Zukunft – zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Wie weiter oben schon angeführt, führen diese Entwicklungen auch zu neuen Anforderungen an die im Gesundheitsbereich Tätigen, es hat Auswirkungen auf Berufsprofile, auf Aus-, Fort- und Weiterbildungen; dabei entstehen auch „neue" Berufe, die den sich wandelnden Anforderungen Rechnung tragen. Entsprechend konstatierte vor wenigen Jahren der Wissenschaftsrat (2012, S. 8): „Erforderlich ist eine insgesamt stärker kooperativ organisierte Gesundheitsversorgung, in der

insbesondere die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe nicht nur zunehmend komplexere Aufgaben erfüllen, sondern in einem gewissen Umfang auch bestimmte, vormals von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommene Aufgaben übernehmen. Die Veränderung der Arbeitsteilung wirkt sich wiederum auf die zukünftigen Qualifikationserfordernisse und Qualifizierungswege in den Berufen der Gesundheitsversorgung aus." Vor diesem Hintergrund forderte das Beratungsgremium 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs in den Gesundheitsfachberufen akademisch zu qualifizieren; eine bloße Weiterentwicklung der für die Gesundheitsfachberufe üblichen Ausbildung an berufsbildenden Schulen reiche nicht aus, sondern die Ausbildung solle künftig an Hochschulen verortet werden. Mit dieser Forderung nach der Akademisierung der Gesundheitsberufe greift der Wissenschaftsrat auch Entwicklungen auf, die in vielen europäischen Nachbarstaaten schon lange ihren Lauf genommen haben (vgl. BMBF, 2014).

1.4 Die SRH Hochschule für Gesundheit – Perspektiveneröffner und Chancengeber

Die SRH Hochschule für Gesundheit hat sich wie andere Hochschulen, die für den Gesundheitsbereich qualifizieren, unter anderem den Zielen des Wissenschaftsrates verschrieben. Basierend auf einem umfassenden bio-psycho-sozialen (vgl. Engel 1977, 1980) Verständnis von Gesundheit, in dem neben den körperlichen Zuständen auch psychische Komponenten und soziale Prozesse unter „Gesundheit" verstanden werden, gehören nach unserem Selbstverständnis neben den „klassischen" Gesundheitsfachberufen (auf die sich die Stellungnahme des Wissenschaftsrates in erster Linie bezieht) auch pädagogische und psychologische Berufe dazu.

Um aber eine qualitativ hochwertige Ausbildung von Spezialisten für den Gesundheitsbereich gewährleisten zu können, gilt es eine Reihe von spezifischen Anforderungen zu bewältigen, die hier in aller Kürze und ohne Anspruch auf Vollständigkeit genannt sein sollen:

– Für all diese Berufe ist eine theoretisch fundierte und gleichzeitig praxisgerechte Ausbildung vonnöten. Dies ist der Maßstab, an dem sich die Konzeption der Curricula, die Qualität der Lehre und damit die fachliche und pädagogische Qualifikation der Hochschul-

mitarbeiter messen lassen müssen, die dafür idealerweise langjährige praktische Erfahrung und auch die entsprechende akademische Expertise mitbringen.
- Jenseits der Forderung des Wissenschaftsrats, Bachelorstudiengänge einzurichten, muss es darum gehen, diese vormals schulischen Fächer auch zu wissenschaftlichen Disziplinen zu entwickeln, „mit allem, was dazugehört, mit der gesamten akademischen Laufbahn, aber vor allem auch mit der Implementierung genuiner Forschung" (Gerst & Hibbeler, 2012, S. 2461).
- Die Akademisierung der Gesundheitsberufe benötigt mehr als die klassischen Vollzeitstudiengänge. Die Studienmodelle müssen innovativ sein und flexibel auf die verschiedenen familiären, beruflichen und privaten Lebenssituationen der Studierenden eingehen, d.h. neben den klassischen Vollzeitmodellen werden sowohl ausbildungs- als auch berufsbegleitende Studienformen benötigt.
- Neben den Studienformaten müssen auch die -inhalte auf die doch sehr heterogene Zielgruppe und deren eventueller Vorerfahrungen zugeschnitten sein: junge Abiturienten, Fachschüler, Studierende mit abgeschlossener Berufsausbildung, Berufserfahrung und Familie.
- Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich geschieht in Deutschland nach wie vor in weiten Teilen durch Fachschulen und Weiterbildungsinstitute. Die Hochschulangebote befinden sich an der Schnittstelle zu diesen Institutionen. Auch hier sind innovative Angebote vonnöten, um eine Akademisierung überhaupt zu ermöglichen.
- Die Ausübung und Ausbildung im Bereich der Gesundheitsberufe ist durch nationale Gesetze und Berufsordnungen geregelt, die auch einem steten Wandel unterliegen, die dazu führen, dass auch Studienprogramme immer wieder aktualisiert werden müssen. Hier seien beispielhaft die Verlängerung der Modellklausel im Ergotherapeuten-, Hebammen-, Logopäden- sowie im Masseur- und Physiotherapeutengesetz bis 2021 (vgl. Gröhe & Fischbach, 2016) oder die Gesetzesinitiative zur generalistischen Ausbildung in der Pflege genannt (vgl. Die Bundesregierung, 2016).

Die SRH Hochschule für Gesundheit kann nach 10 Jahren trotz dieser Anforderungen ein sehr positives Resümee ziehen. Die Daten aus der

internen Absolventenbefragung zeigen, dass für über 90 Prozent der Bachelorstudierenden der berufliche Werdegang nahtlos dem ersten akademischen Abschluss folgte. Etwa jeder zweite befindet sich bereits bei Abschluss des Studiums in einer Anstellung in Teilzeit, jeder dritte schließt unmittelbar ein weiteres Studium - in der Regel ein Masterstudium - an. Eher selten (ca. 1%) geht der Weg nach dem Abschluss in die Selbständigkeit oder wird im Ausland fortgesetzt.

Dennoch bleibt festzustellen, dass diese Karrierepfade sich sehr unterscheiden, stark von individuellen Komponenten geprägt und unter Systemgesichtspunkten wohl auch erst zu entwickeln sind. Analysiert man diese Pfade etwas genauer, so kann man sich der Position von Ewers (2008, S. 24) nur anschließen: „Noch ergeben die neuen Qualifizierungsangebote in Deutschland kein schlüssiges Bild: Es fehlt an einem Gesamtkonzept sowie einer sinnvollen Abstimmung zwischen den Bildungssektoren und den unterschiedlichen Gesundheitsberufen. […] Manche Aktivitäten beschränken sich auf einzelne Disziplinen oder verfolgen Partikularinteressen, andere verstricken sich in berufspädagogischen und curricularen Detailfragen. Innovationen, die an Besitzstände und Machtstrukturen einzelner Gesundheitsberufe rühren, provozieren lautstarken Widerstand. Oftmals wird die Experimentierfreude durch ökonomische Gegenargumente schon im Keim erstickt – etwa wenn die mit höheren Bildungsabschlüssen einhergehenden Einkommenserwartungen breiter Gruppen von Gesundheitsberufen und die Konsequenzen dessen für die Finanzierung der Gesundheitssysteme insgesamt problematisiert werden. In der Summe – so ist zu resümieren – wird die Breite und Tiefe des hier aufgegriffenen Themas und dessen Relevanz für die öffentliche Gesundheit in Deutschland unterschätzt."

So wird es in Zukunft für die Gesundheitshochschulen wohl auch darum gehen, die Relevanz der Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und die damit einhergehenden Implikationen für die öffentliche Gesundheit noch stärker als bisher darzustellen und in Zusammenarbeit mit anderen Agenten des Gesundheitssystems die in Ansätzen vorhandenen Karrierewege „breiter" und neu zu beschreitende zu schaffen und somit auch die Gesundheit der Zukunft mitzugestalten. Eine Hochschule, wie die SRH Hochschule für Gesundheit, wird damit

auch immer einen Beitrag leisten für die Zukunft – für die Zukunft der Gesundheit.

Literatur

BARMER GEK (Hrsg). (2010). *Nutzen und Akzeptanz von elektronischen Gesundheitsakten. Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben. Kurzfassung*. Köln: Eigenverlag.

Berlin: Eigenverlag. Zugriff am 25.04.2017 unter http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014): *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 in der Reihe Berufsbildungsforschung.* Zugriff am 21.04.2017 unter https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsforschung_Band_15.pdf

Bundeszentrale für politische Bildung. Gesundheitspolitik. Zugriff am 21.04.2017 unter http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/

Die Bunderegierung (2016): *Reform der Pflegeberufe. Kostenfreie Ausbildung für die Pflege*. Zugriff am 25.04.2017 unter https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/01/2016-01-13-reform-pflegeberufe.html

Dieterich. A. (2007). Arzt-Patient-Beziehung im Wandel: Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll. *Deutsches Ärzteblatt, 104 (37),* 2489-2491.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196 (4286), 129-136.

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry, 137 (5),* 535-544.

Ewers, M. (2008): Die Zukunft der Gesundheitsberufe. Nachwuchsförderung und Qualifizierung auf dem Prüfstand, *Dr. med. Mabuse, 173*, 22 -24.

Gerst, T. & Hibbeler, B. (2012). Auf dem Weg in die Akademisierung. *Deutsches Ärzteblatt, 109 (49),* 2458-2461.

Gröhe, H. & Fischbach, I. (2016): "*Bessere Versorgung und Beratung von Pflegebedürftigen vor Ort". Bundestag verabschiedet das Dritte Pflegestärkungsgesetz*. Zugriff am 25.04.2017 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2016/4-quartal/psg-iii-verabschiedung-bt.html

Krüger-Brand, Heike E. (2014). Technisierung der Medizin: „Die Technik ist uns auf den Leib gerückt". *Deutsches Ärzteblatt, 111 (50*), 2208-2212.

Kurth, B.-M. (2001). Demographischer Wandel und Anforderungen an das Gesundheitswesen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44 (8)*, 813–822.

Manouguian, M.-S., Stöver, J., Verheyen, F. & Vöpel, H. (2010). *Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich,* HWWI Policy Paper 55, Hamburg: Eigenverlag.

Marquardt, M. (2015). *Umfrage zu Zukunftswünschen. Wovon die Deutschen träumen*. Zugriff am 19.04.2017 unter http://www.spiegel.de/wirtschaft/service/umfrage-gfk-wuensche-der-deutschen-von-guter-fee-a-1022735.html

Marx, P. & Rahmel, A. (2009): Gesundheit als Investitionsgut. Bedeutung einer gesünderen Bevölkerung für Gesellschaft und Ökonomie. In B. Vogel, Konrad Adenauer-Stiftung e.V. & V. Schumpelick (Hrsg.), *Volkskrankheiten. Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft* (S. 378-393). Herder Verlag: Freiburg.

Novossadeck, E. (2012). Demografische Alterung und stationäre Versorgung chronischer Krankheiten. *Deutsches Ärzteblatt, 109 (9),* 151-157.

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.*

Sachverständigenrat (2007). *Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.* Baden-Baden: Nomos Verlag.

Sieger, M. & Rustemeier-Holtwick, A. (2017). *Gesundheit der Zukunft – Zukunft der Gesundheit. Forschungs- und Entwicklungsprojekt. Unveröffentlichter Abschlussbericht.* Gera: ohne Verlag.

SPIEGELONLINE: Gesundheitspolitik. Alle Artikel und Hintergründe. Zugriff am 19.04.2017 unter http://www.spiegel.de/thema/gesundheitspolitik/

Statistisches Bundesamt (2000). *Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis 2050. Ergebnisse der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.* Eigenverlag: Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010): *Gesundheit. Fachserie 12. Reihe 7.2: Krankheitskosten 2002–2008.* Eigenverlag: Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017). *Pressemitteilung vom 21. Februar 2017 –61/17*. Zugriff am 20.04.2017 unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/02/PD17_061_23611pdf.pdf?__blob=publicationFile

Süddeutsche Zeitung. Gesundheitspolitik. Zugriff am 20.04.2017 unter http://www.sueddeutsche.de/thema/Gesundheitspolitik

Von Stösser, A. (2011). Roboter als Lösung für den Pflegenotstand? Ethische Fragen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit,* 3, 1-9.

Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Zugriff am 15.12.2015 unter http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf

World Health Organization/ Regionalbüro für Europa (2014). *Gesundheit 2020 – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden.* Zugriff am 25.04.2017 unter www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020