

# **Gesundheitsberufe im Wandel**

**Zu den zukünftigen Rollen und Aufgaben  
der Gesundheitsfachleute**

**Beat Sottas**

**ZHAW After Work Lecture 27.3.08**

## Zur Einführung

Der Begriff „Health Professionals“ bewegt; deren Ausbildung an den Fachhochschulen polarisiert. Sie wird aufgrund von Vor- und Werturteilen nicht als gleichwertig, aber andersartig betrachtet.

Das ist höchst bedauerlich und verbaut das Wahrnehmen von gesundheitspolitischen Chancen. Das Versorgungssystem benötigt nämlich zunehmend mehr qualifizierte Berufsleute, und diese müssen eine grosse Vielfalt von Kompetenzen und Profilen haben.

Die Ausgangslage und der Handlungsbedarf sind bekannt, dennoch sollen eingangs einige ungewohnte Facetten beleuchtet werden. In einem tour d'horizon werden danach die aktuellen Ziel- und Einsatzkonflikte auf dem Hintergrund der berufspolitischen Diskurse und Positionierungen analysiert.

Die langjährigen Erfahrungen des Autors im Bereich Medizin-Ausbildung und Grundversorgung geben der Diskussion einen bestimmten Focus. Dass dies auch Vorteile haben kann, ergibt sich aus dem Umstand, dass die neu entstehenden, hoch qualifizierten Berufsleute in einem Territorium aktiv sein werden, welches von der Medizin dominiert ist. Aber: nicht alles in der Gesundheit ist Medizin. Es gilt somit, Transformationszonen zu untersuchen, die aus den notwendigen, ja unvermeidlichen Grenzverschiebungen resultieren. Auch wenn sich schon einiges bewegt hat, gibt es noch viel zu tun.

Beat Sottas

# Themen

---

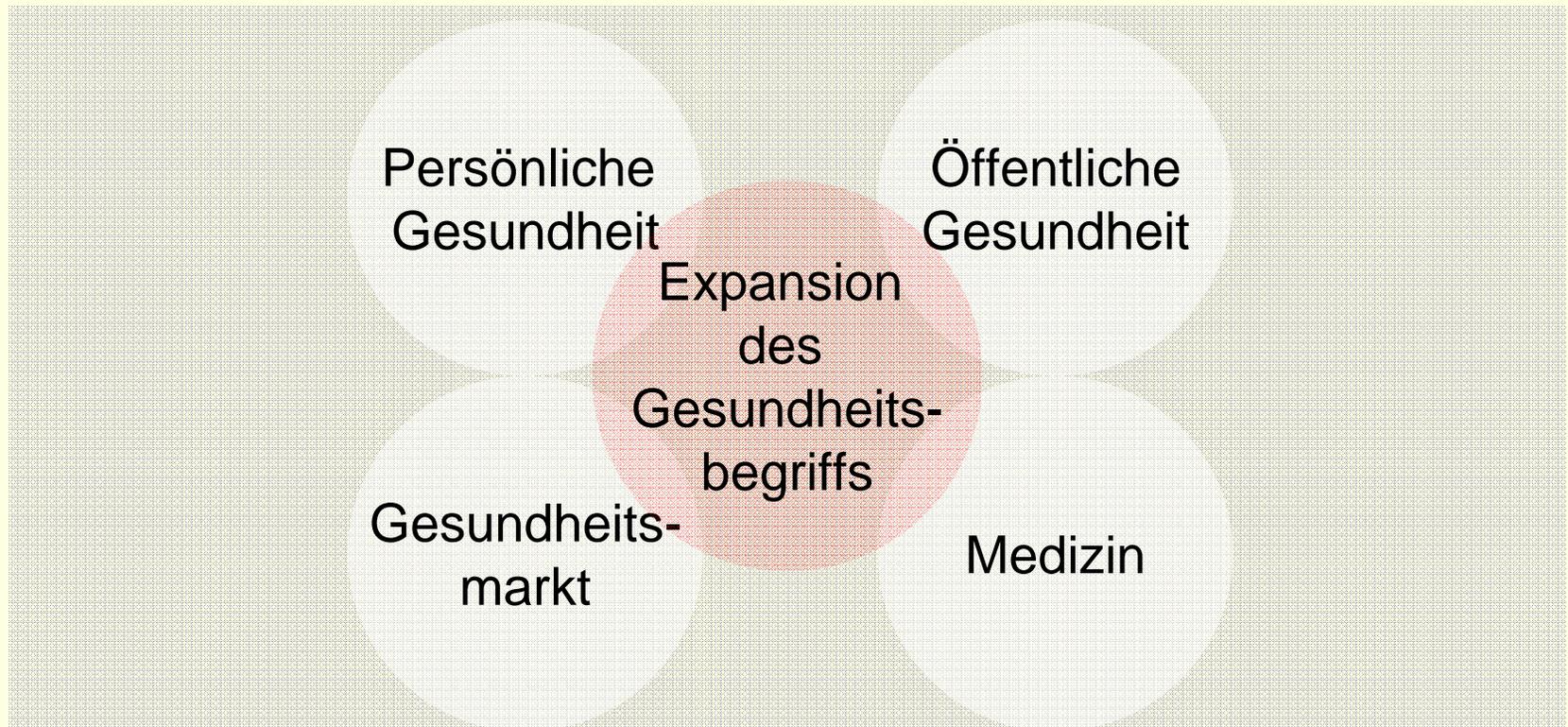
<b>Ausgangslage</b>	nicht nur demographische Herausforderungen
<b>Antworten</b>	Ausbildungsinitiativen, Akademisierung
<b>Ausrichtung</b>	identitätsstiftend oder bedarfsorientiert
<b>Abwehr</b>	Bildungshürden, Territorium, Identität
<b>Anforderungen</b>	interprofessionelle Aufgabenteilung
<b>Ausblick</b>	Aufgaben und Rollen
<b>Auftrag</b>	abstimmen statt abschotten

---

**Ausgangslage:**  
**nicht nur demographische Herausforderungen**

## Ausgangslage: Bildung für welche Domäne der Gesundheit?

Öffentliche Gelder für Berufstätigkeit in öffentlicher Gesundheit?



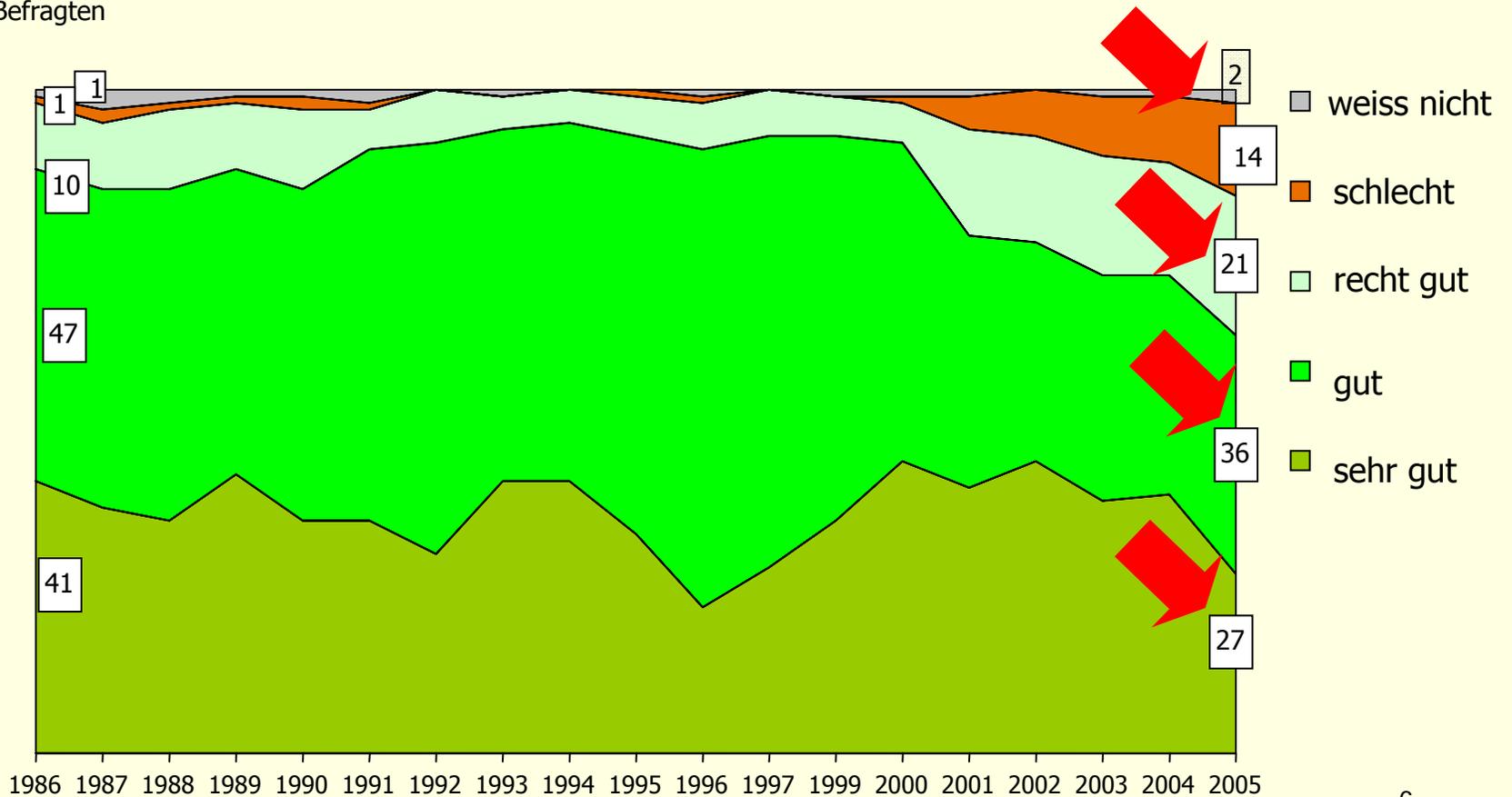
nach Kickbusch/Maag

# Ausgangslage: mehr Versorgung – schlechtere Befindlichkeit



« Wie fühlen Sie sich aktuell in Bezug auf ihre Gesundheit? »

% der Befragten



## Ausgangslage: Berufskommunikation?

«Auf einmal bist du irgendwo parkiert und kommst nicht weiter»  
Fünf Basler Studierende erzählen von ihren Vorbehalten gegenüber dem Hausarztberuf



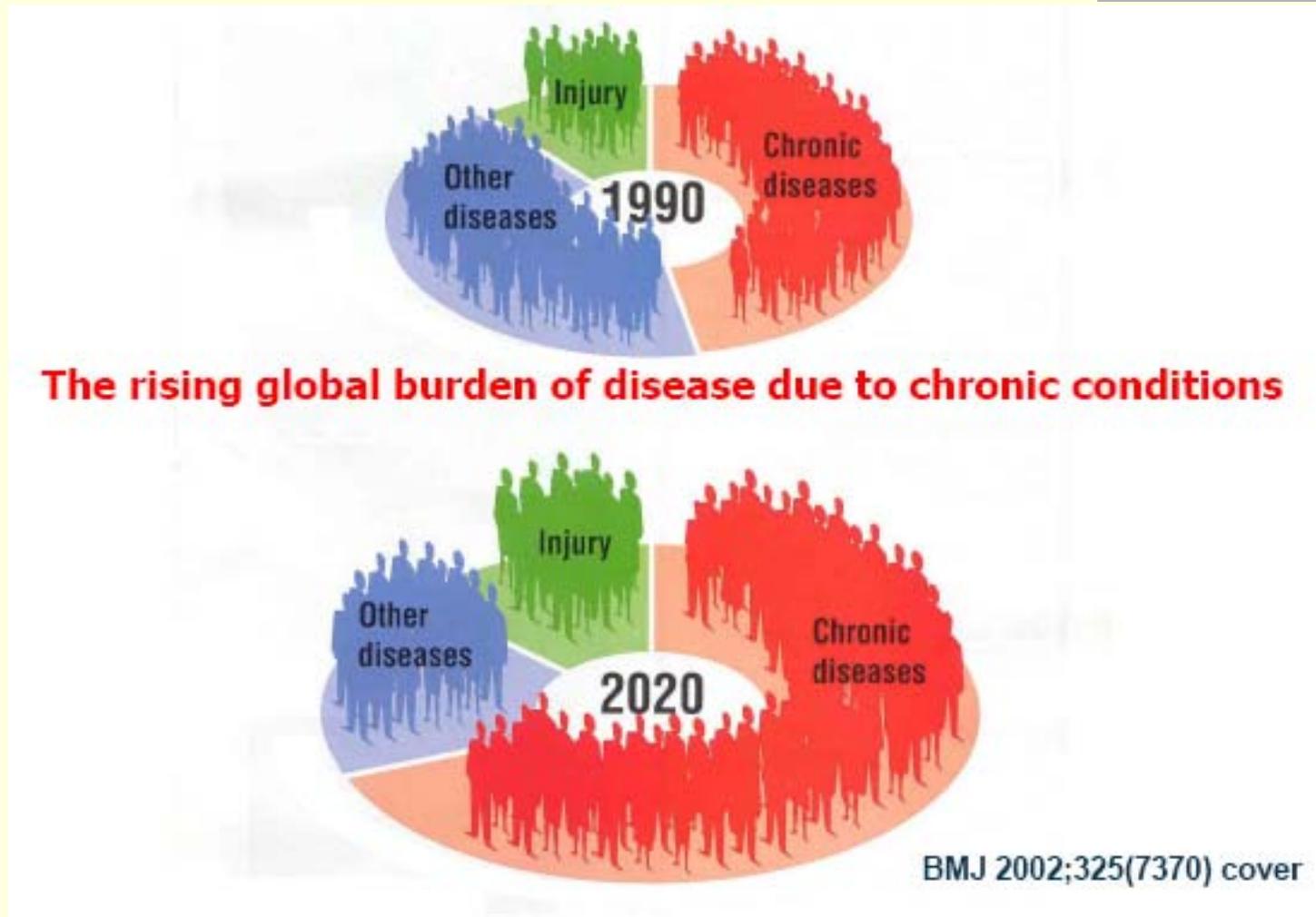
## Ausgangslage: Bittere Pillen



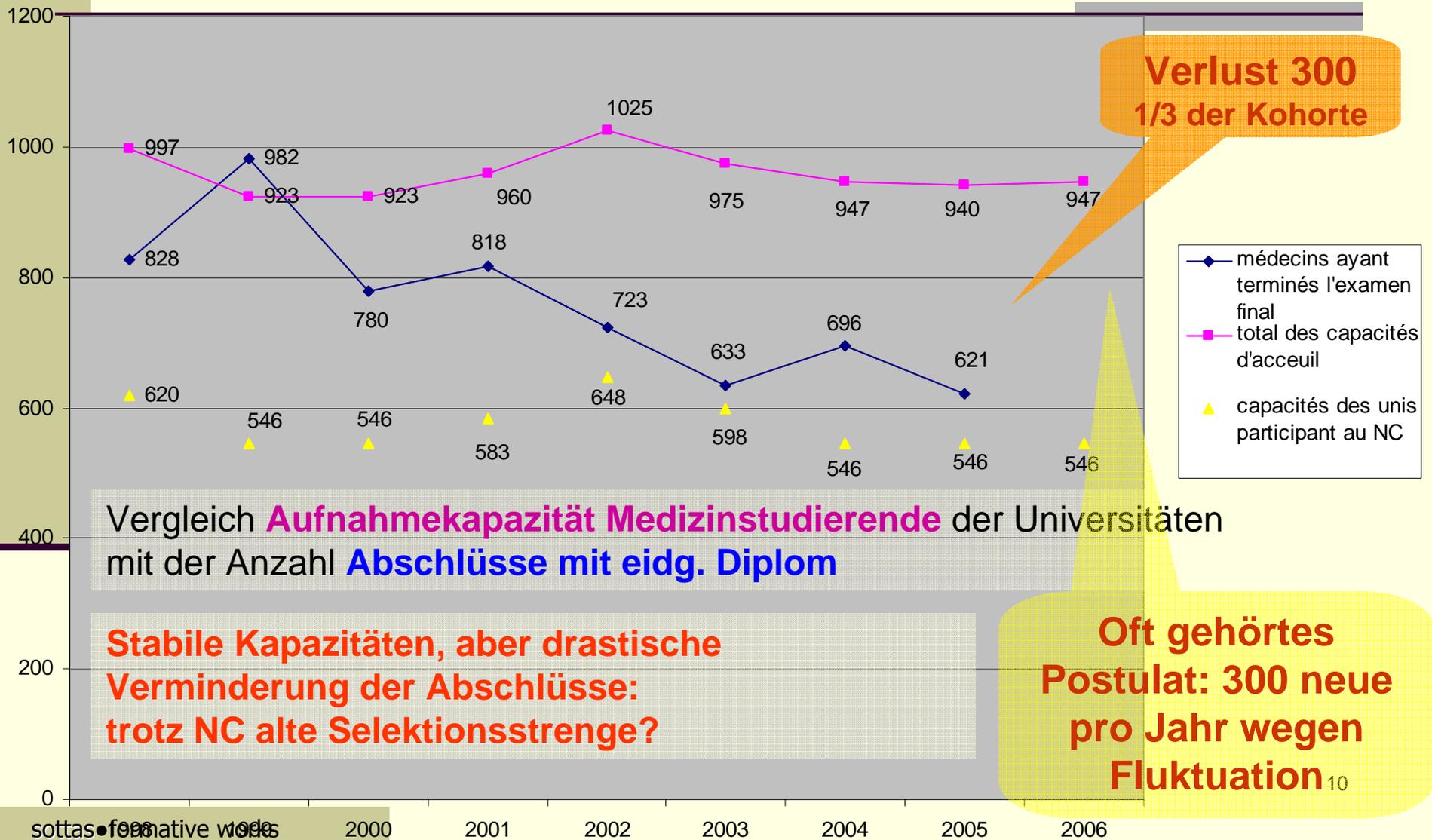
Kostendruck  
→ Intervention der  
Betriebswirtschaft:

neue Versorgungsmodelle  
DRGs, Managed Care

## Ausgangslage: Bedarfsverschiebung



# Ausgangslage: Drop out im Medizinstudium



**Verlust 300  
1/3 der Kohorte**

Vergleich **Aufnahmekapazität Medizinstudierende** der Universitäten mit der Anzahl **Abschlüsse mit eidg. Diplom**

**Stabile Kapazitäten, aber drastische Verminderung der Abschlüsse: trotz NC alte Selektionsstrenge?**

**Oft gehörtes Postulat: 300 neue pro Jahr wegen Fluktuation**<sup>10</sup>

## Ausgangslage: mehr als nur demographische Herausforderungen...

- Überalterung der Gesellschaft
  - Chronifizierung, Langzeitpflege
  - aber auch: neue Diagnostik, Pathologisierung
- es braucht viel mehr Health Professionals
- Megatrend Gesundheit, Wachstumsmarkt par excellence
  - steigende Versorgungsdichte
  - Neue Versorgungsmodelle, Technisierung
  - „future patient“: steigende Qualitätsansprüche
- beunruhigende Entwicklung betr. Verfügbarkeit von Health Professionals
- Grundversorgermangel, Unterversorgung
  - Pflegenotstand
  - Mangel an health professionals in Spitälern
  - Rückgang der Selbstpflege, der Angehörigenpflege
- **Wen wir heute nicht adäquat ausbilden, wird der Gesellschaft nicht für die künftigen Versorgungsaufgaben zur Verfügung stehen**

---

**Antworten:**

**Ausbildungsinitiativen, Akademisierung**

## Antworten: Aussagen Bundesrat Couchepin

---

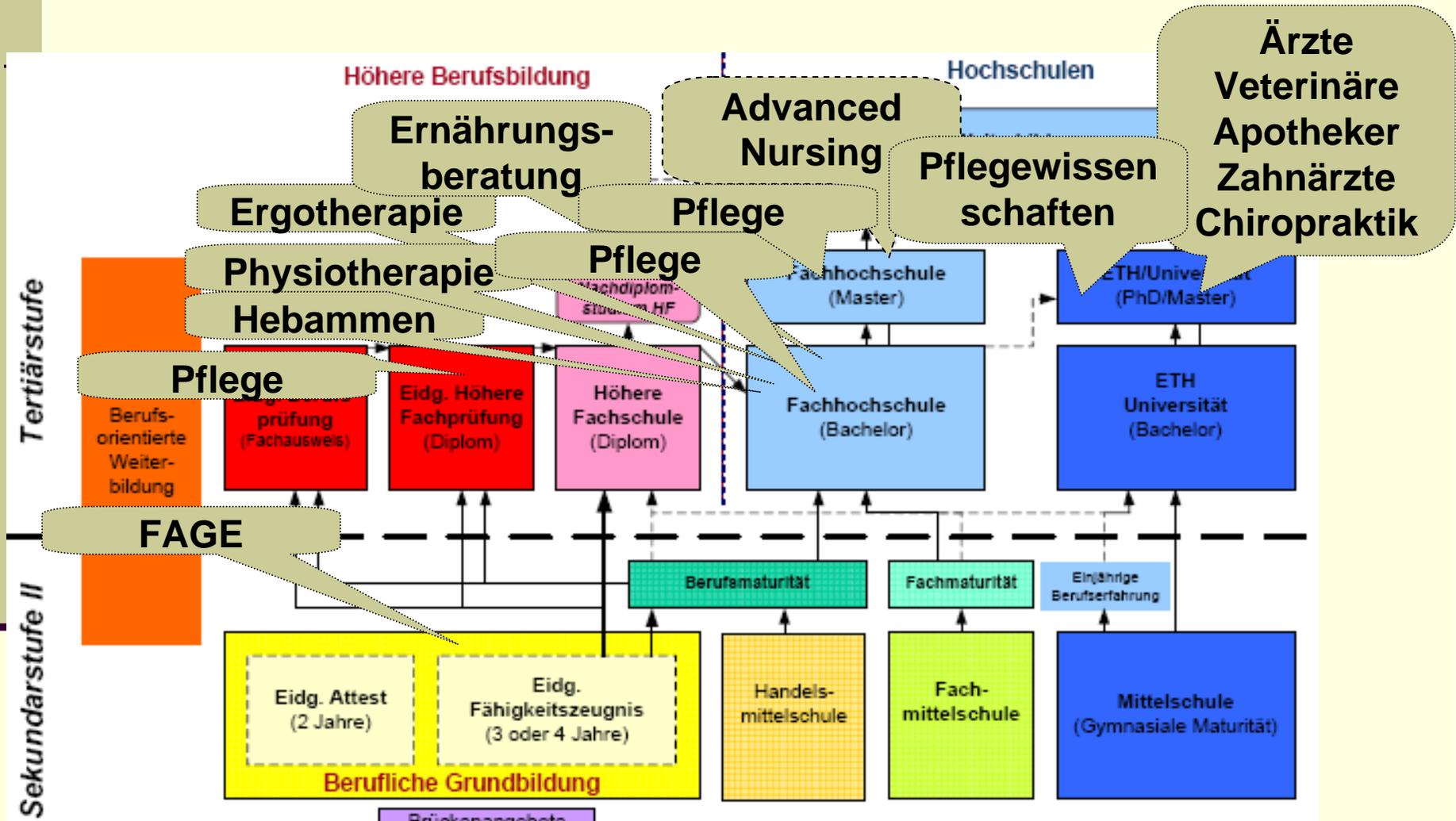
- Nur Ärzte dürfen Diagnosen stellen. Ich frage mich: Wieso sollen denn nicht auch Apotheker oder Krankenschwestern die erste Anlaufstelle für Patienten sein?
- Man muss die Möglichkeiten diskutieren: ob Apotheker bei Bagatellfällen Rezepte ausstellen dürfen oder Krankenschwestern die Arbeit von Hausärzten übernehmen
- Das wäre eine Chance für die Hausärzte. Sie könnten sich auf die grösseren und interessanteren Fälle konzentrieren. Das würde ihren Beruf aufwerten. Und sie könnten einem kleinen Team von Krankenschwestern vorstehen, das die medizinische Erstversorgung in einzelnen Gemeinden übernimmt

## Antworten: **Ausbildungsinitiativen**

---



# Antworten: Bildungssystematik (Gesundheitsberufe)



## Antworten: „Akademisierung“

---

- Begrifflich veralteter Anspruch, aber bildungssystematisch richtig: wissenschaftsgeleitete Berufsbilder und Funktionen sind der Tertiärstufe zuzuordnen
- Ergebnis der fortschreitenden Spezialisierung und Professionalisierung: es wird immer schwieriger, das gesamte Erfahrungsfeld zu überblicken und die Evidenz bzw. die 'best practice' aus der Sicht einer einzigen Profession zu bewerten
- Ermöglicht Analyse- und Entscheidfähigkeit in komplexen Prozessen und an kritischen (Schnitt-)stellen des Versorgungssystems
- Gestattet Öffnung: Nicht primär auf Medikalisierung und Kuration fokussieren
- Die gesellschaftliche und fachliche Pluralität findet ihren Niederschlag in Bildungspolitiken des Gesundheitswesens

## Antworten: **Bildungspolitische Steuerung**

---

- Ziel Bund und Kantone:  
wegen Arbeitsmarktfähigkeit des Bachelorabschlusses  
nur eine beschränkte Anzahl von qualitativ hochstehenden,  
auf den Arbeitsmarkt abgestimmten  
und von den Studierenden nachgefragten Masterstudiengänge FH anbieten
- Steuerung Bund und Kantone:  
Vereinbarung über den Aufbau von Masterstudiengängen an  
Fachhochschulen vom 24. August 2007
- Steuerung gemäss Bedarf:  
den Bedürfnissen der Arbeitswelt ist besondere Beachtung zu schenken
- Steuerung nach Bildungsetappen:  
weiter gehende Berufsqualifizierung und Weiterbildung werden abgegrenzt

# Antworten: **Aufwendungen** für den **Bildungseffort**



## Medizin

- Ausbildung 120'000 CHF pro Student / Jahr
- Weiterbildung 60'000 CHF pro Assistent / Jahr

Ein Facharzt mit eidg. Weiterbildungstitel kostet 1,2 Mio CHF

- gesamtschweizerisch kostet die Aus- und Weiterbildung pro Jahr 750 Mio CHF (Budget des Kantons Jura)

## FH-Ausbildungen (5 Studiengänge)

- Ausbildung 23'000 CHF pro Student / Jahr
- gesamtschweizerisch kostet die Ausbildung der 1374 Studierenden pro Jahr 32 Mio CHF (oder ca. 44 Mio inkl. Praktika)

---

**Ausrichtung:**

**identitätsstiftend oder bedarfsgesteuert**

## Ausrichtung: **identitätsstiftend oder bedarfsgesteuert**

### Bildungsreformen

- Veränderte Basiskompetenzen sowie neue Lehr- und Lernformen (PBL), damit das Gesundheitssystem mit der krisenhaften Umgestaltung der Gesellschaft und den Public Health-Anforderungen Schritt halten kann
- Bildungsmarkt reagierte mit Professionalisierung und „Akademisierung“ -> neue Unübersichtlichkeit von Aus- und Weiterbildungsangeboten
- Selbstfindung/Selbstverwirklichung vs. Professionalisierung:  
Stereotype verfestigt  
«Medizin macht Pathophysiologie – Pflege kümmert sich um das Psychosoziale» bzw. «Medizin heilt – Pflege lindert»
- Trennung war gewollt, aber sie erweist sich für die Pflege als Sackgasse und ist heute eine gesundheitspolitische Hürde
- **Identität und Territorium waren/sind wichtiger als Beitrag zum Gesamtsystem!**

## Ausrichtung: **Diplome als Bildungshürden**

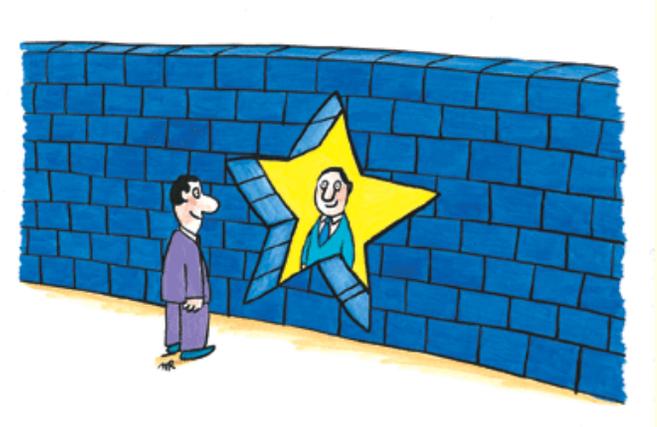


- Reform der Gesundheitsberufe-Bildung erfolgte in der Schweiz selektiv (universitäre Medizin, standespolitische Interessen der Patientenbindung aber auch starke Pflege-Bildungsstrukturen)
- Gesetzlich festgelegte Rollenabgrenzungen zementieren berufspolitische Position insb. gegenüber Apotheker, Hebammen, Physio, Spitex etc.
- Bildungshürden führen zu interessengebundenen Abschottungen statt zu Prozessoptimierungen gemäss KVG
- Die Gesetzgebung schafft / erhöht Bildungshürden und fördert die Entstehung parzellierter Berufsfelder
- **Paradox: Eidg. Diplome nützen den Einzelinteressen mehr als dem Ganzen - der Bund schafft abgeschottete Teilmärkte**  
**Abstimmung der Kompetenzprofile und Bildungsqualifikationen wird behindert; die knapper werdende Arbeitskräfte können nicht effizient eingesetzt werden**
- Die im MedBG postulierte Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen wird erschwert, ja behindert

**Abwehr:**

**Bildungshürde, Territorium, Identität**

## Abwehr: Konkurrenzschutz und Inländerdiskriminierung



### Beispiel Medizin

- Die Schweiz hatte (hat) vielfach bedeutend höhere Anforderungen als die EU  
Argument: Qualitätssicherung (auch besser sein wollen!)
- Konkurrenz-Schutz (-> Zulassungsstopp 2002 auf Druck der Ärzte)
- EU-General Practitioner = 3 Jahre  
Schweizer Allgemeinärzte positionieren sich als spezialisierter Facharzt:  
5-8 Jahre Weiterbildungsdauer - ist aber abschreckend für junge Mediziner
- Inländerdiskriminierung (-> in der Schweiz muss viel mehr geleistet werden, um gleichwertige Bildungsqualifikation zu erhalten, welche EU-Bürgern durch Bilaterale Verträge automatisch zugesprochen wird)
- EU-Bürger erhalten leichter Zugang zum Schweizer Arbeitsmarkt  
(ca. 500 Mediziner mit Weiterbildungstitel „praktischer Arzt“  
diese haben aber gleiche Rechte wie die Schweizer Fachärzte...)

## Abwehr: Berufspolitik, Korporatismus



## Abwehr: Grundversorgungs-Territorium

---

- Argument der Hausärzte gegen andere Health Professionals:  
Die arbeitsteilig organisierte Patientenbehandlung **widerspricht** dem **Prinzip des Familienarztes**, der über die langfristige z.T. generationenübergreifende Betreuung seine Patient/innen und ihr soziales Umfeld kennt
- Die hochausgebildeten nichtärztlichen Berufsleute **entwickeln** ihre **Autonomie** auf einem Feld, das zuvor **die Ärzteschaft besetzte**
- Durch zusätzlich involvierte Berufe kann der **Aufwand** an und die **Ansprüche für die Koordination ansteigen**.  
Weniger Gesamtschau.

## Abwehr: Grundversorger - Grundversorgung

---

- *«The result shows a strong professional solidarity amongst GPs and seems to be based on concern about the profession rather than patient care.»*
- **Allgemeinärzt/innen geraten** sowohl durch Spezialärzt/innen als auch durch nichtärztliche Berufsleute **unter Druck** und **fürchten** einen **Positionsverlust**.
- Forderung der Hausärzte:
  - **keine «Zerstückelung»** herbeiführen
  - Hausarzt soll «Knotenpunkt» bleiben
  - Ein vermehrter Einbezug nichtärztlicher Berufsleute müsste in **Kooperation** mit den **ärztlichen Berufsleuten** umgesetzt werden

## Abwehr: Bremse durch neue Versorgungsmodelle

---

- Zwar Neuorganisation der Prozesse und Zuständigkeiten inkl. Abtreten von Exklusivrechten betr. Diagnose und Verschreibung
- Zwar Überwinden der gewachsenen / etablierten Kompetenz-Abgrenzungen  
(Vielfalt der internationalen Praxis zeigt, dass es sich dabei um Konstrukte als Resultat bestimmter Diskurse handelt...)
- Pièce de résistance: Reform der Abrechnungsberechtigung zu Lasten der Sozialversicherungen  
(Gesetzgebung wird der gesellschaftlichen Veränderung folgen)

---

**Anforderungen:**  
**interprofessionelle Aufgabenteilung**

# Anforderungen: Wofür professionalisieren?

**2/3 der Versorgungsleistungen betreffen**

**psychosoziale Belastungen**

**Folgen Lifestyle**

**chronifizierende Erkrankungen**

**Anforderungen**

**fachspezifische Kompetenzen** Wissen/Können/Evidenz

**interprofessionelle Zusammenarbeit**

**kommunikative Fähigkeiten und Empathie**

**ethisches Handeln + ausgeprägtes Kostenbewusstsein**

**Verständnis von Ungleichheiten bzw. Verteilgerechtigkeit**

**Grundversorgung und sozial eingebettete Medizin**

**Kostenregulierung - Mengenregulierung**

**Sinn für das Mass des Zweckmässigen und Notwendigen**

# Anforderungen: Ausbilden für welches Setting?

1% erfordert  
Spitalaufenthalt

10% der Fälle benötigen  
die Kenntnisse eines  
spezialisierten Facharztes

90% der Leute verlassen sich  
auf die Kräfte der Selbstheilung,  
greifen zu Hausmitteln

ca. 20% beanspruchen dabei  
Leistungen von  
« Grundversorgern »

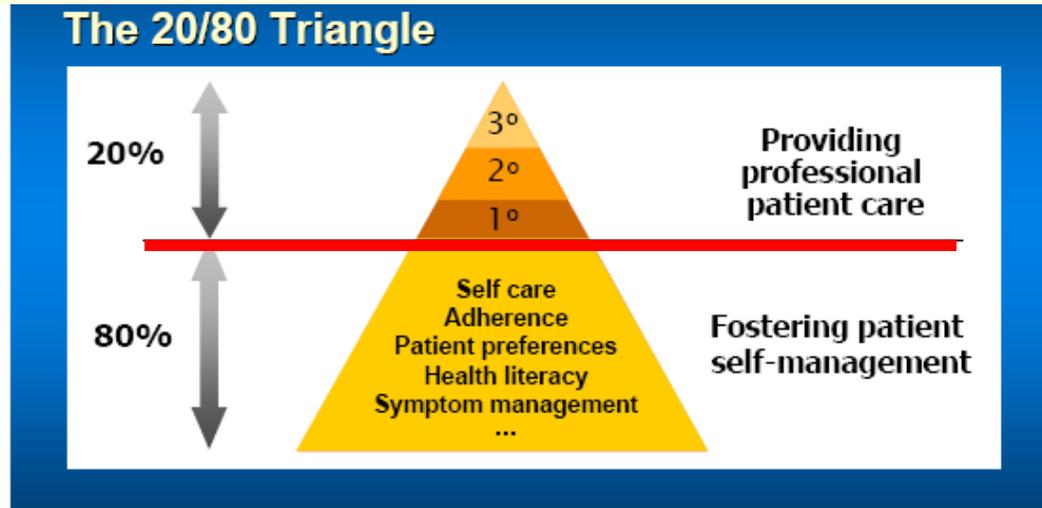
Nach Whight 2001

davon erfordert  $\frac{1}{10}$  der  
Fälle die Infrastruktur eines  
universitären Zentrums

**Aber: Versorgungssystem und  
Bildung entsprechen nicht dieser  
Verteilung:**

- kurationslastig, ärztezentriert
- Bildung erfolgt in (Akut-)Strukturen
- es gibt immer mehr spezialisierte  
Fachärzte (+11% in 4 Jahren)
- zu wenig Differenzierung bei  
nicht-ärztlichen health professionals

# Anforderungen: Professionalisierungs-Strategie



Kompetenzdichte  
im nicht-akut-Bereich  
erhöhen

## ■ Professionalisierungsnotwendigkeit

Nicht nur „oben“,  
sondern auch „unten“

Professionalisierung bei allen  
Rollen und Profilen

Vielzahl differenzierter  
Bildungsangebote gerade auch FAGE

Professionalisierung  
eines breiten Spektrums  
von  
Versorgungsleistungen



**Ausblick:**  
**Aufgaben und Rollen**

## Ausblick: Erwartungen betr. (berufs-)politischer Steuerung

---

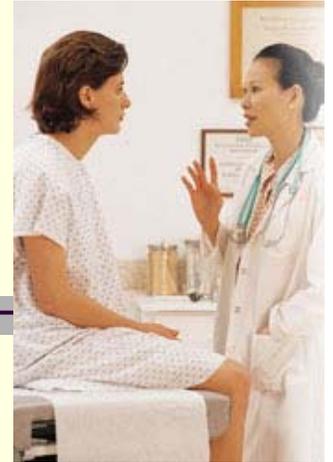
- **Weichenstellungen** in Richtung eines **vermehrten Einbezugs der nichtärztlichen Berufsgruppen** werden vor allem **vom Staat erwartet** (Anpassungen der Tarifierung, Gesetze etc.)
- Jedoch wird **keine Konfrontation mit den Hausarzt/innen gesucht**, sondern eine **Kollaboration** in Richtung **Ergänzung/Entlastung**

## Ausblick: Chancen des Einbezugs

---

- **Verteilungs- und Zugangsprobleme**
  - Versorgung schwach besiedelter, unterversorgter Regionen
  - verbesserte Ansprechbarkeit, niederschwellig
  - Leistungen und Angebote für Kategorien mit besonderen Bedürfnissen
- **Unterstützung in der Grundversorgung**
  - Reduktion der Arbeitslast, Gate Keeper, Triage
  - Erhöhung der Berufszufriedenheit aller Betroffenen
- **Potential für Kostenreduktion und bessere Wirtschaftlichkeit**
  - Ausbildungskosten sind beim nichtärztlichen Personal deutlich geringer als beim ärztlichen Personal
  - Lohnkosten sind ebenfalls tiefer
- **Entlastung**
  - Last der Versorgung auf verschiedene Leistungserbringer verteilen
  - Kompetenz genügend verdichten = erhöhte Versorgungsqualität und Patientensicherheit

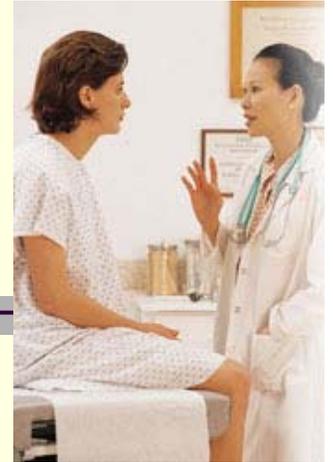
## Ausblick: Rollen und Aufgaben



- **Neue Professionen**  
family physicians, general internists, general pediatricians,  
nurse practitioners, physician assistants, certified nurse-midwives  
clinical nurse specialists, nurse consultants, advanced practice nurses
- **Ziel:** selbständig und in eigener Verantwortung diagnostische  
und therapeutische Entscheidungen treffen

Akzeptanz dieser Fachleute  
erfordert auch Verständnis  
der Rolle und  
Berufsbezeichnung

## Ausblick: Rollen und Aufgaben



- Ziel: selbständig und in eigener Verantwortung diagnostische und therapeutische Entscheidungen treffen
- **klassische Einsatzgebiete** hoch qualifizierter Health Professionals: Triage/Erstkonsultation, Gesundheitsprävention, Heime, Spitex Betreuung besonderer Anspruchsgruppen, z.B. Chronischkranker
- Weitere **patientenbezogene Funktionen, insb. in interprofessionellen Teams**: Funktionen in Managed Care, Co-Praktiker/in in der Grundversorgung Funktionen im Case Management oder Disease Management, Palliative Care, Notfalldienst, aktive Begleitung Betagter etc. medizinische Call-Centers oder Walk-in-Clinics, Telemedizin
- Weitere **systembezogene oder technologiebezogene Funktionen**

## Ausblick: **substitutiv oder additiv?**

---

- Health Professionals der Tertiärstufe sind nicht Ersatz der Medizinalpersonen, aber eine **wichtige Ergänzung**
- **Es braucht neue Berufsprofile, weil**
  - **die gesundheitspolitischen Herausforderungen zunehmen**
  - **die funktionale und technologische Komplexität steigt**
- solche Health Professionals sind im Spitalumfeld bereits etabliert
- Vermehrter Einsatz von Pflegefachleuten oder Apothekern im **Präventionsbereich** wird diskutiert
- **Arbeitsteilung** würde auch in den **Hausarztpraxen funktionieren**
- **Einsatz** vor allem bei **Managed-Care-Modellen** und bei Finanzierung über **Capitation-Systeme**

**Auftrag:**  
**abstimmen statt abschotten**

# Auftrag: Transformation > Gesundheitsmarkt 2020 Ausbilden für welchen Bedarf?

**Ausbilden für den  
Krankheitsmarkt oder den  
Gesundheitsmarkt?**

**„Gesundheitsmärkte“**

**Focus:** Prävention, Lifestyle(s), Feel better  
**Healthy & Wealthy Clients**

**Driving Force:** Deregulation

**Motive:** keep young & active, pleasure, beauty

**Sollen alle AZUBIS für  
Bildung bezahlen?**

**„Krankheitsmarkt“ 3-5% Wachstum / Jahr**

**Focus:** Heilung von Krankheiten

**Kranke, Leidende, Patienten**

**Driving Force:** Solidarität, Reglementierung  
Vertragszwang

**Motive:** Zugang für alle, Sicherheit, Qualität

**Gesundheits-  
Märkte**

**Krankheits-  
Markt**

Vergangenheit

heute  
Zukunft

Zukunft

Quelle: GDI

## Auftrag: **funktional handeln – Abschottungen beseitigen**

- Vermehrter Einbezug von nichtärztlichen Berufsleuten  
= **Notwendigkeit** effizienter und wirtschaftlicher Prozessorganisation im **stationären** Bereich
- Vermehrter **Einbezug** von nichtärztlichen Berufsleuten  
= **Reformbestrebung** in der **ambulanten** Grundversorgung  
- und zwar nicht nur in der Schweiz, sondern in vielen Ländern
- **Kulturwechsel** - nicht einfach und nicht schmerzlos, es geht um Macht und Identitäten
- **Transformationszonen** betreffend die Zuständigkeiten  
  
– für die **Gesundheit der Patienten und des Systems** ist nur ein **abgestimmtes Miteinander** zukunftsfähig;  
**nicht die professionelle Parzellierung**

## Auftrag



Sinn für

**Die Zukunft liegt  
im abgestimmten Miteinander  
nicht in der professionellen  
Zerstückelung**

**Notwendig ist Konsens zwischen  
Bildungsanbietern,  
Bildungsregulatoren  
und dem Arbeitsmarkt**

**Auch Bildungsanbieter haben  
noch Hausaufgaben!**

**Auftrag**

## Zielkonformität des Bildungssystems?



Wissen/Können/Evidenz  
arbeit  
d Empathie  
gtes Kostenbewusstsein

## Gesundheitspolitische Auslegeordnung Masterplan

Sinn für

---

## Kontakt und weiterführende Information:

Dr. Beat Sottas

**formative works**

Wirkungsorientierte Prozesse in Aus- und  
Weiterbildung von Health Professionals

Rue Max-von-Sachsen 36

1722 Bourguillon

+41 79 285 91 77

[sottas@formative-works.ch](mailto:sottas@formative-works.ch)