

Professionelle Spezialisierung oder interprofessionelle Zusammenarbeit?

Prof. Dr. Peter C. Meyer, Direktor Dept. Gesundheit ZHAW
After Work Lecture (AWOL) Dept. Gesundheit, 23. März 2010



Übersicht

- wiss.-techn. Fortschritt ↔ Spezialisierung
- (De-) Professionalisierung der Ärzteschaft
- Krise der medizin. Grundversorgung
→ Chance für interprofessionelle Zusammenarbeit
- mehr Kompetenzen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe
- interprofess. Kooperation und Kompetenzkonflikte bei einzelnen Berufen
- (Aus-) Bildung

wiss.-techn. Fortschritt ↔ Spezialisierung

wiss.-techn. Fortschritt

Zunahme von

- Produktivität
- Wirtschaftswachstum
- Gesundheit und Lebensqualität
- behinderungsfreie Lebensjahre



Spezialisierung

Zunahme von

- Arbeitsteilung
- Spezialwissen
- komplexer Organisation

wiss.-techn. Fortschritt ↔ Spezialisierung

Professionalisierung

in reglementierten Branchen,
inbes. Gesundheitswesen

wiss.-techn. Fortschritt



Spezialisierung

Komplexität der Gesellschaft

Differenzierung, Offenheit (in Struktur und Kultur)
Globalisierung, Säkularisierung, Individualisierung

Spezialisierung: Nutzen, Probleme, Lösungen

- Nutzen:
 - wirksame, effiziente Behandlung spezifischer Probleme (Störungen)
- Risiken:
 - zu enger Fokus, „Fachidiot“, Gesamtsystem ausgeblendet
 - wenig wirksam bei komplexen Problemen (z.B. Multimorbidität)
- Lösungen:
 - **systemische Sicht, ganzheitlich (vs. Simplifizierung!)**
 - **Kooperation der Spezialisten: interprofessionell, interdisziplinär, trans-...**
 - **umfassende Kooperation/Organisation, im Gesundheitswesen: Managed Care, Gatekeeping, integrierte Versorgung**

Professionalisierung

Arztberuf: Leitprofession des Gesundheitswesens

Monopol, Selbstbestimmung, interne Spezialisierung, Selbstkontrolle

(Arztberuf: hohe Professionalisierung bis Mitte 20. Jh, Leitprofession des Gesundheitswesens):

- Monopol auf bestimmte Tätigkeiten (z.T. Therapie), garantierte Bezahlung (Vertragszwang der Versicherer)
- Kontrolle und Entwicklung von Wissenschaft, **berufs-interne Spezialisierungen**, Aus- und Weiterbildung (Med. Fakultäten, Ärztesgesellschaft FMH, Spezialärzte)
- Kontrolle über weniger professionalisierte Berufe des selben Bereichs (Pflege, **diverse Gesundheitsberufe**), Leitung der eigenen Organisationen (**ärztliche Spitaldirektion**), Kontrolle der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Hoher sozialer Status (Berufsprestige, Bildung, Einkommen) bei anspruchsvoller Leistung für Gesellschaft in hoher Qualität

Lit: Freidson 1970, 1979, 1988; Hafferty & Light 1995

De-Professionalisierung der Ärzte

Reduktion von Monopol, Selbstbestimmung, Selbstkontrolle

(Arztberuf: De-Professionalisierung seit ca. 1980, USA...CH):

- Monopol begrenzt, auch andere Gesundheitsberufe (z.T. Therapie), kontrollierte Bezahlung (Kontrolle Versicherungen, Managed Care)
- Mehr externer Einfluss auf Wissenschaft, Spezialisierungen, Aus- und Weiterbildung (MedBG)
- weniger Kontrolle über andere Berufe (Pflege, diverse Gesundheitsberufe), geteilte Leitung der Organisationen (Spitaldirektion: Verwaltung, Ärzte, Pflege),
- reduzierter sozialer Status (Berufsprestige, Einkommen)
Kritik an ärztlicher Qualität und Leistung
- Professionalisierung von konkurrierenden Berufen:
alle Gesundheitsberufe orientieren sich an Arztprofession!
nichtärztliche Gesundheitsberufe, z.B. Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammen, Psychotherapie durch Psychologen

Lit: Freidson 1988; McKinlay & Marceau 2005; Hafferty & Light 1995; Meyer & Denz 2000

Krise der medizin. Grundversorgung in CH Chance für interprofessionelle Zusammenarbeit

Paradimawechsel: "Vom Ärzteüberschuss zum Ärztemangel"

- 2002: Zulassungsstopp des Bundes, von Kantonen unterstützt
- Mai 2005: Kantone (Plenum GDK): Förderung der Grundversorgung, wegen **prognostizierter** Versorgungskrise auf Land, bei Notfällen
- 2009/2010: Zulassungsstopp für Hausärzte wird schrittweise aufgehoben
- **aber** 2009: erstmals über 30'000 praktizierende Ärzte in Schweiz (+1,7 % gegenüber Vorjahr)! v.a. wegen Immigration von ÄrztInnen (noch) kein Ärztemangel !

Hintergrund: Wandel → höherer Bedarf

- soziodemograph. Alterung
- chronisch-degenerative Krankheiten →

Weshalb Krise der medizin. Grundversorgung ?

- **höherer Bedarf** (Alter, chron. Krankheiten)
- Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung: „**Ambulantisierung**“
- "**Démographie médicale**": **weniger (Haus-) Ärzte**
 - Numerus Clausus in Medizinstudium: keine Zunahme von AbsolventInnen seit Jahrzehnten
 - Spezialisierung der Medizin, biomed. Leitbild
→ Häusarztstätigkeit nicht attraktiv
Medizinstudierende wollen SpezialärztInnen werden
 - viele praktizierende Hausärzte in höherem Alter
 - Feminisierung der Medizin → Teilzeitarbeit 
 - **aber: hohe Immigration** von ÄrztInnen aus Europa!

Ärztmangel entsteht nur, wenn Immigration gebremst!

Zukunft der medizin. Grundversorgung

- **Stärkung der Hausärzte**
Als **Gatekeeper** Schlüsselstellung im Gesundheitswesen:
 - obligatorische 1. Anlaufstelle: Hausarztmodelle, HMOs, Ärzte-Netzwerke
 - Planung der Zusammenarbeit von Institutionen und Professionen (Überweisungen)
- **Vermehrter Einbezug von nicht-ärztlichen Health Professionals**
insbesondere: Gesundheitsberufe der Fachhochschulen, Schweiz
= **neue Health Professionals**: Ergotherapie, Ernährungsberatung, Hebammen, Physiotherapie, Pflege: 5-10% aller Pflegediplome in FH (Deutschschweiz)

auch andere Gesundheitsberufe, u.a. Med. PraxisassistentInnen (MPA)

Mehr Kompetenzen für new Health Professionals

günstige neue Ausgangslage in Schweiz:

- **Verbesserte und differenzierte Ausbildung:**
 - Differenzierte Ausbildung der Pflege:
Fachangestellte Gesundheit - Diplom HF - BSc/MSc Fachhochschule
 - Akademisierung von Gesundheitsberufen in Fachhochschulen
- **Internationalisierung, Vorbilder in anderen Ländern:**
 - Bologna-Reform der Hochschulen (Bachelor, Master etc.)
 - Akademisierung der Health Professionals (oft in Universitäten)
 - Einsatz der neuen Health Professionals in Grundversorgung:
mehr Kompetenzen, Selbständigkeit, Leitungsfunktionen
in England, Skandinavien, Benelux, USA bereits seit Jahren realisiert

Einsatz von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen

Beispiele: innovative Einsätze von hochqualifizierten Pflegefachpersonen

in der ambulanten (Grund-) Versorgung in Belgien, Holland, Schweden, Finnland, GB, USA etc.

meist eingeführt bei Ärztemangel, in USA heute auch bei over-supply

Nurse Practitioner (NP) oder Advanced Nurse Practitioner (ANP):

verantwortlich für Notfall-Triage, telefon. Beratung, Koordination der Behandlung, Case Management, selbständige Behandlung einfacher Krankheiten, Hausbesuche etc.

ANP oft spezialisiert, z.B. in Psychiatrie, Geriatrie, Pädiatrie; bei Diabetes, Herzinsuffizienz etc.

Beispiele aus Schweiz:

- in **Sozialpsychiatrie ZH** seit 30 Jahren: ambulante Behandlung und Hausbesuche bei chron. psychisch Kranken, "Arzt im Hintergrund"
- **Spitex**: selbständige Arbeit von Pflegefachleuten, dabei oft Kompetenzkonflikte mit HausärztInnen.

MITTWOCH | 28. MÄRZ 2007 | **BlickAktuell** | 11

20 Prozent weniger für Nachteinsatz
Hausärzte
Wir bluten aus!
+ 10000 2/3
- **BLICK vom 26. März**

Werden Hausärzte bald abgeschafft?

Professor hat neues Modell

VON HEIDI KUHLE
ZÜRICH. Die Hausarzt-Misere in der Schweiz. Gehen wir statt zum Herrn Doktor bald zur Frau Schwester?

Die Hausärzte haben ein akutes Nachwuchsproblem. Denn sie sind chronisch überarbeitet und schlecht bezahlt. Da kommt dieses neue Modell gerade richtig. Künftig müssen junge Leute gar kein Medizinstudium mehr machen, um Arzt zu werden.

An fünf Fachhochschulen können sie neuerdings als **Maturawahlbezogene Pflege** studieren. Das neue Programm ist Peter Meyer, Professor an der Zürcher Hochschule Winterthur (ZHAW), er schlägt vor, Hausärzte durch studierte Pfleger zu ersetzen.

So könne die medizinische Grundversorgung in der Schweiz gesichert werden, schreibt er in einem Artikel in der NZZ. So schlage man zwei Fliegen mit einer Klappe, sagt der Professor. **Die studierten Pfleger und Schwestern seien nicht nur einfacher zu bekommen – man spare auch noch Geld mit ihnen.** Meyer: «Fachhochschulabsolventen werden zweifellos weniger verdienen als Ärzte.»

Und seine Winterthurer Dozentenkollegin Heidi Longenrich ergänzt: Die neuen Pflegefachkräfte kann man **von allem auf dem** Ideen. Mehr noch, Hansuelli Späth ist überzeugt: «Im Bundesamt für Gesundheit spielt man mit dem Gedanken, Hausärzte zu ersetzen.» In Sitzungen liäßen BAG-Vertreter Alternativen zur klassischen Hausarztmedizin vorgeschlagen. Werden die Hausärzte abgeschafft?

BAG-Mann Beat Sottas widerspricht vehement. Im Bundesamt für Gesundheit gibt es keine Pläne, die Hausärzte durch Krankenschwestern zu ersetzen, sagt er. «Das ist gesetzlich zurzeit nicht möglich.»

Trotzdem sind auch andere Gesundheitsexperten überzeugt, dass der Bund die Hausärzte mit ihren Problemen allein lassen – und stattdessen andere Pflegekonzepte fordere. So ist bekannt, dass der

Schon nächstes Jahr sollen 4000 Pflege-Studenten mit je 8000 Franken im Jahr unterstützt werden.

Das steht in unserem Ge-

letzt beim Notfallbatzen, der am 1. April um 20 Prozent gekürzt wird (BLICK berichtete).




Peter Meyer (r.) von der Zürcher Hochschule Winterthur schlägt vor, Hausärzte durch studierte Krankenpfleger zu ersetzen. Links: der oberste Hausarzt der Schweiz, Hansuelli Späth.

unverfälschte Aussagen: P.C. Meyer: Der Nutzen der Akademisierung von Gesundheitsberufen, NZZ 19.3.2007

Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Nurse Practitioners

Kontrollierte, randomisierte Studien aus GB und USA vergleichen ÄrztInnen mit Nurse Practitioners (NP) bei ambulanter Behandlung einfacher Krankheiten (Sharples 2002, Kinnersley 2000, Horrocks 2002, Venning 2000, Lattimer 1998, Lenz 2004)

Resultate:

- kein Unterschied in den Behandlungsergebnissen (Outcome)
- Bei den Nurse Practitioners (NP) (im Vergleich zu ÄrztInnen)
 - sind Konsultationen etwas länger, mehr Konsultationen pro Behandlung
 - ist Patientenzufriedenheit etwas höher
 - ist Angebot teils substitutiv, teils additiv zu ärztlichen Leistungen
- Reduktion der Arbeitsbelastung von ÄrztInnen durch NP möglich bei gutem Management, d.h. guter interprofess. Zusammenarbeit
- in GB keine Kostenreduktion durch NP (tiefere Lohnkosten, aber auch tiefere Produktivität)
in USA Kostenreduktion durch NP in Managed Care Organisationen (Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit)

Interprofessionelle Kooperation und Kompetenzkonflikte

Interprofessionelle Zusammenarbeit =

Zusammenarbeit von Fachpersonen verschiedener Berufe zur Lösung eines Problems, z.B. zur Behandlung eines kranken Menschen

zwei Dimensionen der interprof. Zusammenarbeit:

1. **funktionale Arbeitsteilung:** wer macht was?
2. **Macht-Dimension:** wer entscheidet?
mit **Kompetenzkonflikten** und Rivalität verbunden, falls kein Konsens über Status und Kompetenzen der beteiligten Berufe
(De-) Professionalisierungsprozesse → Kompetenzkonflikte
„contested boundaries“, „countervailing powers“

es folgen 5 Beispiele

Interprofess. Kooperation und Kompetenzkonflikte: einzelne Berufe (1/5)

Ärzterschaft

Entwicklung der letzten 30 Jahre

- zunehmende interne Differenzierung, Spezialisierung, heterogener, interne Rivalität zwischen Grundversorgern und Spezialisten, sichtbar z.B. bei TarMed-Tarifordnung
- Fokus auf interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Ärzten
- weiterhin Leitdisziplin, aber reduzierte Dominanz im Gesundheitswesen. Rivalität mit Gesundheitsökonomern (Versicherungen), Politikern und Regierungen betr. Kontrolle über Versorgung
- in letzter Zeit: zunehmende Offenheit der Hausärzte gegenüber den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, insbes. in HMOs und anderen Gruppenpraxen (vor 10 Jahren: schroffe Ablehnung!)

Interprofess. Kooperation und Kompetenzkonflikte (2/5)

Pflege

Entwicklung der letzten 100 Jahre:

weg von

- karitativ-dienender Stellung
- ärztlicher Dominanz in Ausbildung, Kommunikation, Definition der Tätigkeiten
- der abhängigen Stellung in Spital, Langzeitpflege und Spitex

hin zu

- Professionalisierung der Pflege, Selbstverständnis als Leitprofession der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe

interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten:

„**abgegrenzte Komplementarität**“

contested boundaries: Machtkampf um Zuständigkeit

Interprofess. Kooperation und Kompetenzkonflikte (3/5)

Physiotherapie

interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten:

hohe funktionale Komplementarität bei hoher Autonomie und schlechter Bezahlung der selbständigen PhysiotherapeutInnen

- diagnostisch/analytisch: gleiche Terminologie, ähnliche Methoden
- therapeutisch: komplementär
- üblich: nach ärztlicher Diagnose
→ Überweisung an (meist selbständig praktizierende) PhysiotherapeutInnen,
direkte Rechnungsstellung bei Grundversicherung, aber in CH tiefe Kostensätze: hohe Autonomie, aber wenig lukrativ
- Anreiz für nicht-kassenpflichtige Therapien (Zusatzversicherung, Selbstzahler): höhere Tarife! (dabei geringe interprofess. Zusammenarbeit)

Interprofess. Kooperation und Kompetenzkonflikte (4/5)

Psychologische Psychotherapie

interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten (Psychiatern):

geringe funktionale Komplementarität, „contested boundaries“, in CH ungelöste Rivalität und Streit über Zuständigkeit

- Psychologie: Leitdisziplin der individualisierten Gesellschaft, hohes Prestige im aktuellen Zeitgeist, „Psychologisierung der Gesellschaft“
→ PsychologInnen selbstbewusste „Welterklärer“
- aber: geringe Professionalisierung im Gesundheitswesen: Kränkung Dominanz der Medizin bzw. Psychiatrie betr. Diagnose und Therapie psychischer Störungen = Krankheiten
- Bezahlung über Grundversicherung nur möglich nach ärztlicher Diagnose
→ Delegation der Therapie an unselbständig praktizierende PsychotherapeutInnen, Arzt stellt Rechnung bei Grundversicherung
- Psychologieberufe-Gesetz mit Titelschutz und Regelung der Psychotherapie: seit über 10 Jahren in Vorbereitung...

Interprofess. Kooperation und Kompetenzkonflikte (5/5)

Medizinische Praxis-AssistentInnen MPA

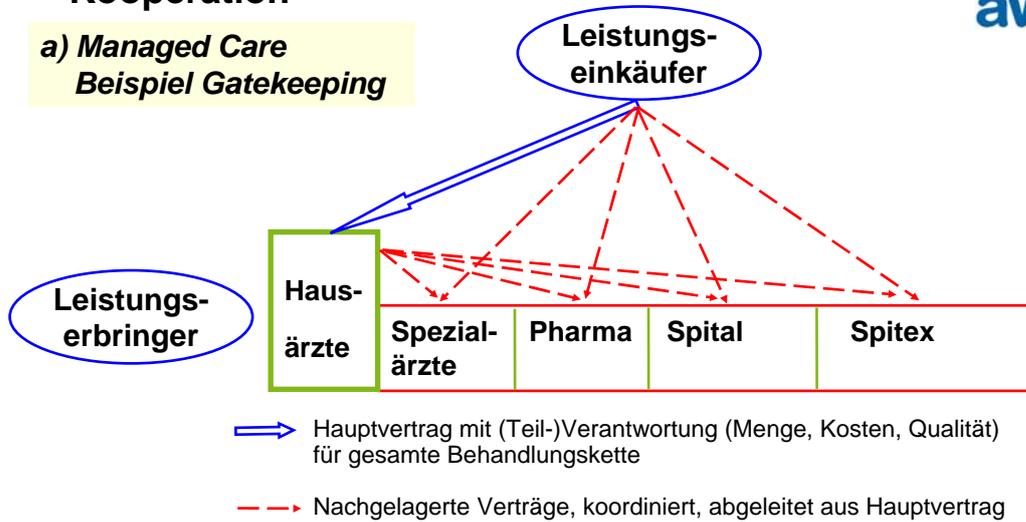
interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten:

hohe abhängige funktionale Komplementarität, keine Kompetenzkonflikte

- Entwicklung der letzten 40 Jahre:
von der Arztgehilfin zur partiell selbständigen Assistentin
- Hausärzte delegieren vermehrt bestimmte Aufgaben an MPAs
→ Aufwertung ohne Kompetenzkonflikte,
keine Professionalisierung i.e.S.,
- „silent revolution“ vs. Getöse bei contested boundaries und Machtkämpfen bei anderen Berufen

Systeme der interprofessionellen Kooperation

a) Managed Care Beispiel Gatekeeping



⇒ Hauptvertrag mit (Teil-)Verantwortung (Menge, Kosten, Qualität) für gesamte Behandlungskette

- - - - - Nachgelagerte Verträge, koordiniert, abgeleitet aus Hauptvertrag

Koordinationsverantwortung beim Hausarzt

Systeme der interprofessionellen Kooperation:

b) Kompetenzzentrum in Spital

Das Tumorboard *Tumorzentrum im KSW*

PD Dr. med. Miklos Pless, Chefarzt
Medizinische Onkologie,
Leiter des Tumorzentrums

Diagnostik/Interventionen:

PD Dr. med. Christoph A. Binkert, Chefarzt
und Direktor Institut für Radiologie

Dr. med. Renata Flury-Frei, Chefarztin
und Direktorin Institut für Pathologie

7 med. Disziplinen

Chirurgische Onkologie:

Prof. Dr. med. Marco Decurtins, Chefarzt
und Direktor Departement Chirurgie

Dr. med. Thomas H. Hess, Chefarzt und Direktor
Departement Geburtshilfe und Gynäkologie

PD Dr. med. Hubert John, Chefarzt
Klinik für Urologie

Bestrahlung:

Dr. med. Urs R. Meier, Chefarzt
und Direktor Klinik für Radio-Onkologie

Thesen zur Interprofessionalität im Gesundheitswesen

1. Politik und Gesellschaft erwarten eine optimale interprofessionelle Zusammenarbeit
→ mehr Effizienz, mehr Kundenfreundlichkeit, weniger Kosten
2. Sachlich-funktional nicht begründete Privilegien und Monopolstellungen einzelner Berufe werden zunehmend in Frage gestellt.
3. Die medizinische Versorgung kann verbessert werden durch interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzten und kompetenten, selbständigen, nicht-ärztlichen Health Professionals.
4. Patientenkarrieren werden optimiert durch integrierte Versorgung:
Gatekeeper-Modelle, Case- und Disease-Management etc.
5. Ökonomisierung, DRG-Fallpauschalen → Rationalisierung in Spitälern
→ Ambulantisierung :
 - neue, zusätzliche Funktionen der ambulanten Versorgung
 - neue Kompetenzenregelungen
 - neue Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit

(Aus-)Bildung der Gesundheitsberufe

Im Kt. Zürich bis 2005: 25 Schulen für einzelne Berufe:
keine interprofessionelle Ausrichtung

seit 2006: **nur noch 3 Zentren im Kt. ZH:**

- Careum und ZAG für FaGe und HF-Gesundheitsberufe
- Dept. Gesundheit ZHAW für FH-Gesundheitsberufe
- in diesen Zentren z.T. gemeinsamer Unterricht für verschiedene Berufe
- ABER: kein interprofess. Lernen bei Modulen wie z.B. Englisch oder Gesundheitsökonomie!

interprofessionelles Lernen: Studierende verschiedener Berufe bearbeiten gemeinsam ein Thema/Problem und bringen dabei ihre spezifischen Kompetenzen ein; in ZHAW-G z.B. bei Modulen zu

- Coping mit Stress
- Problem-Based Learning (PBL) im Modul Rehabilitation

... zusammen mit Medizin-Studierenden

häufigste interprofess. Zusammenarbeit in Praxis: mit Ärzten..

... wird an FH **noch nicht** gelernt! wäre wichtig!

Ideen für Aus- oder Weiterbildung zusammen mit Mediziner:

- gemeinsames PBL bei Themen/Aufgaben, die auch in Praxis gemeinsam bewältigt werden, z.B.
 - Schmerz (Diagnose, Behandlung)
 - Rehabilitation nach Operation/Unfall
 - Geburtshilfe
- Junior Balint Gruppen zu Erfahrungen im Spitalpraktikum

Partner: Med. Fakultät (Studiendekan), USZ, KSW

**Interprofessionalität ist ein strategisches Ziel des Dept.G:
Wir werden selbstbewusst, innovativ und optimistisch die
interprofessionelle Zusammenarbeit für die Zukunft fördern
und gestalten !**