

careum

working paper 2

Woher kommen die Besten?

*Globaler Wettbewerb in der Ausbildung –
wer bildet zukunftsfähige Health Professionals aus?*

Eva Maria Panfil,
FHS St.Gallen
Beat Sottas,
Careum, Zürich

2009

Careum
Pestalozzistrasse 3
CH-8032 Zürich
Telefon +41 (0)43 222 50 00
Telefax +41 (0)43 222 50 05
info@careum.ch
www.careum.ch



Impressum

Herausgeberin/Konzept: Careum
Inhalt: Eva Maria Panfil, FHS St.Gallen
Beat Sottas, Careum Zürich
formative works, Bourguillon
Gestaltung: Agentur Frontal AG, Willisau
Produktion: Careum Verlag

«Woher kommen die Besten?»

Globaler Wettbewerb in der Ausbildung – wer bildet zukunftsfähige Health Professionals aus?

Eva-Maria Panfil¹, FHS St. Gallen

Beat Sottas², Careum, Zürich

1

Vorwort	2
1. Kontext	3
1.1 Health Professionals	3
1.2 Herausforderungen unseres Gesundheitssystems	3
1.3 Das Gesundheitssystem und die Menschen darin verändern sich	4
2. Gestern ist nicht morgen: es braucht neue Health Professionals	5
2.1 Patienten- versus Krankheitsorientierung	5
2.2 Interprofessionelles versus monoprofessionelles Denken	6
2.3 Evidenz- versus Eminenzorientierung	6
2.4 Sach- versus Machtorientierung	7
2.5 Kommunikative, lösungsorientierte, integrative Kompetenzen	7
2.6 Transparenz der Performance versus Therapiefreiheit	8
3. Leuchttürme, aber kein Bezug zwischen Gesundheitsreform und Bildungsreform	9
3.1 Woran erkennt man ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem?	9
3.2 Reformen des Gesundheitssystems beeinflussen Ausbildungsreformen kaum	10
3.3 CanMEDS 2005: Physician Competency Framework	10
3.4 Advanced Nurse Practitioner: Ausbildung von Pflegefachpersonen auf Masterniveau	12
4. Die Chancen des Wettbewerbs werden nicht genutzt	14
4.1 Es gibt kein globales Produkt «zukunftsfähige Health Professionals»	14
4.2 Disperse Bildungsmärkte für Health Professionals, aber kein Benchmark	15
4.3. Es gibt keinen globalen Markt für Nachfragende	15
5. Fazit: Anreize schaffen, um nicht alles selber neu zu erfinden	16

¹ Prof. Dr. Eva-Maria Panfil ist Leiterin des Instituts für Angewandte Pflegewissenschaft der Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen. Sie ist Lehrbeauftragte der Universität Wien und der Universität Halle/Wittenberg, Mitherausgeberin der wissenschaftlichen Zeitschrift «Pflege» und Mitglied in verschiedenen Editorial Boards.

² Dr. Beat Sottas ist Stiftungsrat und Mitglied des Leitenden Ausschusses von Careum. Als Berater von nationalen Regulatoren hat er u.a. Projekte zur Gesetzgebung betr. Aus- und Weiterbildung der Medizinalberufe, zur Definition der Abschlusskompetenzen der Gesundheitsberufe der Fachhochschulen und zur Sicherung der Versorgung mit Health Professionals geleitet.

Vorwort

2

An das Personal im Gesundheitswesen werden auf der ganzen Welt hohe Anforderungen gestellt. Gestützt auf Erkenntnisse über das Lernen sind seit den 1970er-Jahren neue Lehrformen entwickelt worden, welche weniger das Wissen als vielmehr die Problemlösefähigkeit und die interprofessionelle Teamarbeit in den Vordergrund stellen. Das sog. Problembasierte Lernen (PBL) hat sich zwischenzeitlich in vielen Ausprägungen als Standard für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen etabliert.

Hoch sind auch die Ausgaben für die Ausbildung von Gesundheitsfachleuten. So wird geschätzt, dass die Schweiz pro Jahr rund eine Milliarde Franken darin investiert – $\frac{3}{4}$ für die Medizin. Allein die Grössenordnung müsste Bildungsökonominnen und Politiker auf den Plan rufen, um eine effiziente und effektive Verwendung dieser (Steuer-)gelder zu fordern.

Gerade weil in den Industrieländern die gesundheitspolitischen Herausforderungen und Lösungsansätze immer ähnlicher werden, wären für die Ausbildung beste Voraussetzungen für einen internationalen Wettbewerb und grenzüberschreitenden Austausch gegeben. Leider gibt es nur einen Wettbewerb um die Arbeitskräfte. Weil Gesundheitssysteme national begrenzt sind, erfindet jedes Land die Ausbildungsgänge neu, denn die Health Professionals werden primär für die Berufsausübung im Binnenmarkt geschult. Die Potenziale und Chancen grenzüberschreitender Kooperationen bleiben damit weitgehend ungenutzt.

Die Stiftung Careum, die sich seit 130 Jahren mit Bildungsfragen im Gesundheitswesen beschäftigt, will mit diesem für den Careum Congress 2009 geschriebenen Working Paper Impulse geben und Wege aufzeigen. Zum einen wird aus den Herausforderungen das Kompetenzprofil zukunftsfähiger Health Professionals abgeleitet, zum anderen wird – in Vertiefung der vier Careum-Thesen zur Ausbildung für das Gesundheitswesen 2032 – für Grenzverschiebungen plädiert: Zukunftsfähige Health Professionals entstehen, wenn das Bildungssystem und das Gesundheitssystem die «exception médicale» beseitigen und die Bildungsstätten sich als Kompetenzzentrum in einem arbeitsteiligen System aufstellen. Diese bauen nur einen Teil der ohnehin in hohem Masse standardisierten Inhalte selber auf und tauschen diese mit anderen exzellenten Partnern zur Vervollständigung des Portfolios.

Dr. Beat Sottas

Stiftungsrat und Mitglied des Leitenden Ausschusses von Careum

1. Kontext

1.1 Health Professionals

3

Der Begriff «Health Professionals» steht als Sammelbegriff für unterschiedliche Berufsgruppen. Dazu gehören

- Ärzte, Pflegefachpersonen, Hebammen, Psychotherapeuten, Psychologen, Apotheker, Veterinäre, Chiropraktoren³
- die unter dem Begriff «Therapieberufe» verstandenen Berufsbezeichnungen der Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Ernährungsberater und Podologen
- und die von der WHO genannten «Ermöglicher», d.h. die Bereiche Gesundheitsökonomie, Management, Services und Public Health.⁴

In diesem Thesenpapier wird auf Ärzte und Pflegefachpersonen fokussiert. Beide Berufsgruppen sind die zentralen Player unter den Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Hinsichtlich der Reformen in der Ausbildung haben sie eigenständige Diskurse und Agenden entwickelt. Die Beschränkung bezieht sich auf diesen Referenzcharakter und den globalen Wettbewerb um diese Health Professionals. Damit soll keine Wertung in dem Sinne verbunden werden, dass die anderen Berufsgruppen eine weniger wichtige Rolle spielen.

1.2 Herausforderungen unseres Gesundheitssystems

In allen Industrieländern sind die Herausforderungen ähnlich

Das schweizerische und auch alle anderen Gesundheitssysteme in der industrialisierten Welt stehen vor ähnlich gelagerten Herausforderungen: demographische Entwicklung, Alterung und längere Lebensdauer, Fortschritte in Diagnostik, Therapie und Technologie, Koordination der Leistungserbringer, Transparenz und Effizienz, Qualität und Kosten, Zugang zum System sowie dessen Finanzierung, Gesundheit als Konsumgut (Busse und Schlette (2004), Folkers et al. (2006), OECD (2006), Rosenbrock und Gerlinger (2009)). Der steigenden Nachfrage nach Leistungen stehen sinkende finanzielle und personelle Ressourcen gegenüber - es fehlt zunehmend an Geld und Health Professionals.

Chronische Krankheitsverläufe werden häufiger als akutmedizinische Erkrankungen

Nebst den systembezogenen Faktoren stellt die Verschiebung der Morbidität eine der wesentlichen Herausforderungen für die Versorgung in den OECD-Ländern dar. Der starke Zuwachs an chronischen Leiden, z.B. Herzinsuffizienz, Krebs, Rheuma, Arthritis, Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Diabetes, Multiple Sklerose, Depressionen, Langzeitbetreuung in der Neuro-Rehabilitation nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma erfordert andere Kompetenzen, Versorgungssysteme und Finanzierungen (s. Abb. 1) (Donaldson 2001, WHO 2002, WHO 2005).

³ Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die parallele Verwendung der männlichen und weiblichen Form verzichtet.

⁴ In der Schweiz sind im Gesundheitswesen rund 25 Berufe reglementiert.

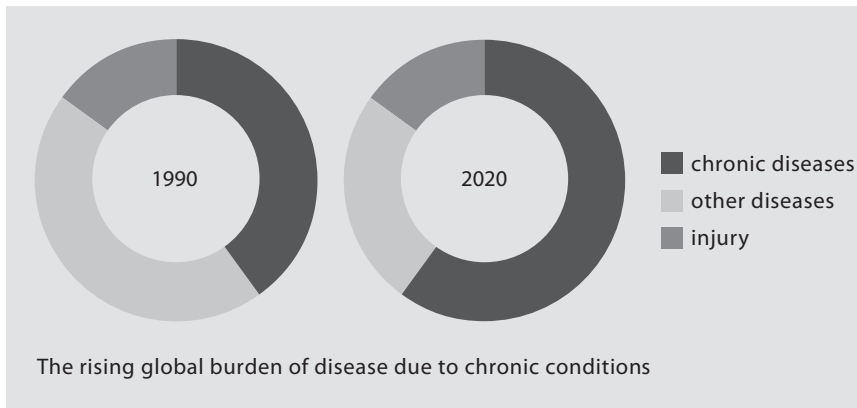


Abb. 1: Die Zunahme der chronischen Erkrankungen lässt den akutmedizinischen Anteil schrumpfen. Die Health Professionals müssen für diese massive Verschiebung ausgebildet und fit gemacht werden. (WHO 2002, 2005).

1.3 Das Gesundheitssystem und die Menschen darin verändern sich

Der veränderte Gesundheitszustand der Bevölkerung verlangt Veränderungen im Versorgungssystem. Für Prävention, Therapie und Betreuung müssen sowohl andere Finanzierungssysteme als auch andere Versorgungsstrukturen und Therapieformen gefunden werden. Spitäler, historisch für die Diagnose und Therapie von akuten Krankheiten eingerichtet sowie traditioneller Ausbildungsort für Ärzte und Pflegefachpersonen, verlieren angesichts der Zunahme der chronischen Krankheiten an Stellenwert. Es muss hinterfragt werden, in wie weit die dort vorherrschenden Konzepte (insb. die Ausrichtung auf die Akutmedizin aber auch der Kostendruck), die Hierarchie, die Aufbau- und Ablauforganisation, die interessierende Behandlungsspanne und die Abgeltungsmodelle den subjektiven Bedürfnissen und dem objektiven Bedarf dieser Patientenkategorie gerecht werden.

Hinzu kommen Veränderungen im Wissen und im Wissensmanagement von Professionals, Patienten und Bürgern. Die Forderung nach einer evidenzbasierten Praxis steht einer eminenzorientierten Praxis (siehe 2.3) gegenüber. Gleichzeitig ermöglichen moderne Medien den Zugriff für Patienten auf medizinisches, pflegerisches und System-Wissen. Damit verändert sich die Rolle der Patienten langsam von der eines «bevormundeten, gehorchenden Patienten» zu der eines «mündigen Patienten» und «smart consumer», der nicht selten über mehr Expertenwissen als die Health Professionals selber verfügt.

Das therapeutische Interesse muss sich von der Akutversorgung auf die Langzeitbetreuung verschieben

Veränderte Verhältnisse erfordern die Verschiebung von Systemgrenzen

Die Spitalzentriertheit ist nicht optimal

Der therapeutische Individualismus wird mündigen Patienten und Smart Consumers nicht gerecht

2. Gestern ist nicht morgen: es braucht neue Health Professionals

Zukunftsfähige Health Professionals brauchen andere, erweiterte Kompetenzen

These 1: Zukunftsfähigkeit beinhaltet für Ärzte und Pflegefachpersonen, heute in der Ausbildung Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben, die für die Bewältigung der in einigen Jahren häufigsten und kritischsten Gesundheits- und Systemzustände notwendig sind

Gesundheitsberufe haben eine Sonderstellung

Warum gibt es ein Gesundheitssystem? Warum gibt es verschiedene Berufsgruppen, die sich den unterschiedlichen Gesundheitsproblemen widmen? Nicht weil es Krankheiten gibt. Sondern weil es Aufgabe eines Sozialstaates ist, sich um seine Bürger zu «kümmern»: Weil es «Menschen mit Krankheiten und Pflegebedürftigkeit» gibt. Die Berufe im Gesundheitssektor haben entsprechend eine Sonderstellung, denn der Umgang mit und das Überwinden von Krankheit und Leiden ist für das Fortbestehen der Gesellschaft essenziell. Gesundheit ist ein hohes Gut, das eines besonderen Schutzes bedarf. Zur Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele (namentlich Erhalt der Produktivität der Bevölkerung, Nicht-Schädigung und Patientensicherheit, Täuschungsschutz, Sicherung von Wirksamkeit und Qualität) kontrolliert der Staat Ausbildung, Berufsbefähigung und Berufsausübung.

Zum Schutz der Bürger kontrolliert der Staat Ausbildung, Kompetenzen und Berufsausübung

Die zentralen Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zukunftsfähiger Health Professionals beinhalten angesichts der beschriebenen Herausforderungen Aspekte wie Patienten- versus Krankheitsorientierung, Evidenz- versus Eminenzorientierung, interprofessionelles versus monoprofessionelles Denken, Sach- versus Machtorientierung, kommunikative, lösungsorientierte, integrative Kompetenzen und auch ein transparentes, performanceorientiertes Therapieverständnis.

2.1 Patienten- versus Krankheitsorientierung

Adherence statt Compliance: mit autonomen Patienten den gemeinsamen Diagnostik- und Therapiepfad aushandeln statt «verordnen»

Aus der Perspektive von Patienten und Patientinnen bedeutet «chronische Krankheit» eine Krankheit zu haben, die «sie nicht mehr verlässt». Damit verbunden sind lebenslange Veränderungen und Anpassungen des Lebensstils und des Selbstbildes. Der Begriff Compliance entspricht nicht mehr einem modernen Therapieverständnis. Es geht eben nicht mehr um «Therapietreue», sondern um eine gemeinsame Aushandlung zwischen Health Professionals und Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen über mögliche Therapien und deren Umsetzung. Dieses Verständnis wird unter dem Begriff «Adherence» zusammengefasst. Dies bedeutet für Health Professionals, sich von der Rolle eines organbezogenen Spezialisten abzuwenden und statt mit dem «Lungenkrebs» sich um «Menschen mit Lungenkrebs» zu befassen. Von den Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten von Menschen mit chronischen Krankheiten wird der Krankheitsverlauf abhängen, nicht primär von dem naturwissenschaftlichen Funktionsverständnis oder den krankheitsbezogenen diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen der Health Professionals. Damit verbunden sind auch das

Wissen und der Umgang mit multikulturellen Herausforderungen, Dynamiken in Familiensystemen und der Freiheit des Patienten und seiner Angehörigen, autonome Entscheide treffen zu können.

2.2 Interprofessionelles versus monoprofessionelles Denken

Die naturwissenschaftliche Medizin basiert auf einem Interventions-Paradigma. Ein wissender Therapeut führt paternalistisch einen kranken, gehorchenden Patienten zur Heilung oder verschafft Linderung. Es gilt der therapeutische Individualismus (see one, treat one gemäss Flexner 1910), in dem grundsätzlich jede Situation als einmalig und einzigartig erscheint. Deshalb werden Therapie- und Methodenfreiheit geltend gemacht.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Gesundheit fördert zudem die Arbeitsteilung und Spezialisierung. Dies sind im ärztlichen Bereich die Spezialisierungen auf Krankheiten, Organe oder diagnostische Prozesse (z.B. Kardiologie, Diabetologie, Radiologie, Pathologie). Für Pflegefachpersonen existieren zwei Bereiche: die «Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie» (z.B. Messen des Blutdrucks, Vorbereitungs- und Assistenzfunktionen, postoperative Überwachung, Gabe von Medikamenten) und die «Förderung des Selbstmanagements der Patienten und deren Begleitung und Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung».

Nun sind aber Wirkungen und Patientennutzen das Ergebnis eines Prozesses, bei dem Heilung und Linderung von Leiden nicht mehr von der Intervention einer einzigen Person abhängen. Die Definition und das Erreichen definierter Ziele präventiver, diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer oder palliativer Massnahmen – die outcomes – sind ein Teamergebnis. Dies erfordert ein optimales und wirksames Zusammenspiel mehrerer Kategorien von Professionals und Personen mit unterschiedlichen Kompetenzen. Interprofessionelles Arbeiten ist die Konsequenz fundamentaler Veränderungen. Dies setzt jedoch das Kennen und die Akzeptanz des eigenständigen Aufgabenbereiches der jeweiligen Berufsgruppen voraus.

2.3 Evidenz- versus Eminenzorientierung

Der Ruf nach einer evidenzorientierten Gesundheitsversorgung ist unüberhörbar. Leider wird der Begriff meist nur auf die zur Verfügung stehende wissenschaftliche Wissensbasis reduziert. Evidenzbasierte Versorgung ist mehr: sie umfasst den Einbezug von

- auf Forschung basierender Evidenz
- der klinischen Expertise
- den Patientenpräferenzen und
- den ökonomischen Bedingungen

in Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung individueller Menschen.

Der therapeutische Individualismus ist passé

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist das Ergebnis eines fundamentalen Wandels:

Heilung ist ein Teamergebnis von Professionals mit unterschiedlichen Kompetenzen

Evidenz umfasst mehr als die wissenschaftliche Wissensbasis und mehr als Methodenkenntnisse:

Reflexion des Erfahrungswissens und der eigenen Grenzen

**Kommunikationsfähigkeit
und Verstehen des Gesundheits-
systems**

Evidenzbasierung bedeutet deswegen das Lösen von der Eminenzorientierung, d.h. dem Durchführen der Vorgaben von Vorgesetzten, deren Richtigkeit und Angemessenheit durch deren Autorität legitimiert scheint. Befähigungen zur Identifizierung des aktuellen Wissens, zur kritischen Reflexion von Erfahrungswissen, zum Aushandeln, Abwägen und Finden gemeinsamer Entscheidungen (mit den Patienten!) sind notwendig, um tatsächlich evidenzbasiert versorgen zu können. Damit verbunden sind sowohl Sprach- und Methodenkenntnisse als auch reflexive Selbstkompetenz und Kommunikationsfähigkeiten sowie gesundheitspolitisches Orientierungswissen.

2.4 Sach- versus Machtorientierung

Mit interprofessionellem Denken ist Sachorientierung verbunden. Die Herausforderungen im Gesundheitswesen lassen sich nur lösen, wenn der Nutzen für den Patienten im Vordergrund steht sowie ökonomisch gedacht, geplant und umgesetzt wird. Bei chronischen Krankheiten lassen sich ohne Integration der Betroffenen und deren Angehörigen kaum Ziele erreichen. Menschen mit chronischen Krankheiten haben andere Bedürfnisse als Menschen mit akuten Krankheiten.

**Sachkompetenz muss
für die Prozessführung
massgeblich sein,
nicht Profession oder Status**

Die Herausforderungen, die für den Umgang mit chronischen Krankheiten verbunden sind, lassen sich weder monodisziplinär noch monoprofessionell lösen. Die Arbeitsteilung der Professionen ist das Ergebnis von historischen und laufenden Aushandlungsprozessen und Positionsbesetzungen. Diese sind und werden weltweit geführt und haben zu unterschiedlichen Ergebnissen geführt. Es besteht deswegen kein endgültig festgelegter Anspruch auf die Prozessführung und bestimmte Kompetenzen und Aufgaben. Fest steht: Die Berufsgruppen haben als Professionelle insgesamt die Verantwortung für das Finden von patientenorientierten und ökonomisch vertretbaren Lösungen.

2.5 Kommunikative, lösungsorientierte, integrative Kompetenzen

Das zukunftsfähige Profil wird bei Health Professionals nur erreicht, wenn entsprechende Schlüsselqualifikationen vorhanden sind. Kommunikative Kompetenzen sind für die verschiedenen Aushandlungsprozesse mit Patienten, Angehörigen und den anderen Berufsgruppen notwendig. Dabei müssen Lösungen gefunden werden, die für alle Beteiligten tragbar und umsetzbar sind. Die Vorstellungen, Wünsche und Ziele der Beteiligten sind dabei in die Aushandlungsprozesse zu integrieren.

2.6 Transparenz der Performance versus Therapiefreiheit

Zukunftsfähigkeit erfordert einen fundamentalen Wandel in der therapeutischen Beziehung. Die individuelle Arzt- beziehungsweise Therapeuten-Beziehung wird dahingehend normalisiert, dass sie wie andere Dienstleistungen im Gesundheitswesen grundsätzlich den Gesetzmässigkeiten der Waren- und Konsumwelt folgt. Dies ist ein Übergang von der «alten Medizin» zur «neuen Medizin»: im etablierten Selbstverständnis der akademischen Medizin – see one, treat one (gemäss Flexner Report 1910) – gibt es eine (paternalistische) Einzelbeziehung, die eine Vertrauensbasis hat, die keine weitergehende Vertrauensbildung erfordert. Die «neue Medizin» ist dagegen ein kostenintensiver Massenmarkt mit hoher Nachfrage sowie steigender Spezialisierung und Arbeitsteilung. In der Wahrnehmung des Konsumenten ist der Vergleich der Leistungen wichtig und es gibt einen Wettbewerb der Anbieter. Gerade auch zum Schutz der Patienten ist deshalb Transparenz eine unabdingbare Voraussetzung. In der hoch standardisierten Versorgung geht es nicht um Handwerk oder Kunst, sondern um nachvollziehbare Leistungsbeschreibung. Entsprechend ist eine therapeutische Beziehung obsolet, die auf einer individualistischen Konzeption und klinischem Purismus basiert.

**In der «neuen Medizin»
entsteht eine neue
therapeutische Beziehung**

**Die therapeutische Beziehung
unterliegt künftig
einer Performance-Messung**

**Therapiefreiheit und therapeu-
tischer Individualismus werden
durch Transparenzerfordernisse
relativiert**

3. Leuchttürme, aber kein Bezug zwischen Gesundheitsreform und Bildungsreform

These 2: Es gibt nicht DEN Ort, wo zukunftsfähige Health Professionals ausgebildet werden

Health Professionals werden für den nationalen Arbeitsmarkt ausgebildet

Gesundheitssysteme sind nationale Systeme. Solange sich die Etablierung von Ausbildungsgängen nach den Kriterien der Berufsfähigkeit im jeweiligen Staat richtet, können zukunftsfähige Health Professionals nur dort ausgebildet werden, wo die ausgebildeten Fähigkeiten in der Praxis umgesetzt werden können – sprich dem nationalen Profil zur Berufsausübung entsprechen. Zukunftsfähige Health Professionals sollten deswegen dort ausgebildet werden, wo es zukunftsfähige Gesundheitssysteme gibt.

Die grosse Variabilität von Ausbildungssystemen mit unterschiedlichsten Zielen nährt die Vermutung, dass nicht alle Ansätze den künftigen Herausforderungen gleichermaßen gerecht werden.

3.1 Woran erkennt man ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem?

Neubauer, ein deutscher Gesundheitsökonom, schlägt für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem folgende Eckpunkte vor:

Kriterien für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem

- Mehr Individualisierung, weniger Kollektivierung
- Statt autoritäres Expertentum Transparenz und Wahlrechte für die Betroffenen
- Abfederung des demographischen Risikos: Kapitaldeckung statt Umlageverfahren
- Arbeitskostenneutralität und
- Effizienzsteigerung durch Wettbewerb statt Regulierung (Neubauer 2002).

Zusätzlich fordert dieser Autor, Europa müsse Wanderungsziel und nicht Fluchtland von Leistungsstarken sein.

Dieses Profil eines zukunftsfähigen Versorgungssystems lässt keine Rückschlüsse auf die Ausbildung zu. Die Analysen fragen oft nur, wo die Health Professionals hin gehen, und nicht danach, wo die besten, die zukunftsfähigen Health Professionals ausgebildet werden. Stehen Länder, aus denen die Schweiz Health Professionals rekrutiert, z.B. Ärzte und Pflegefachpersonen aus Deutschland und Physiotherapeuten aus den Niederlanden, automatisch für zukunftsfähige Ausbildungen?

3.2 Reformen des Gesundheitssystems beeinflussen Ausbildungsreformen kaum

Weil Gesundheitssysteme national oder regional begrenzt sind und sich nach den jeweiligen Eigenheiten ausrichten, kann die Frage, welches Land mit dem Attribut «zukunftsfähiges Gesundheitssystem» bezeichnet werden kann, nicht beantwortet werden. In Vergleichen bezeichnen beispielsweise Gesundheitsökonominnen das niederländische Gesundheitssystem als vorteilhaft. Auch wenn sich die Herausforderungen in den OECD-Ländern gleichen und die Lösungsansätze immer mehr ähneln (Busse & Schlette 2007), müssen doch spezifische Lösungen gefunden werden, die sich in das jeweilige System, die Kultur integrieren lassen. Im Gegensatz zur (hoch)spezialisierten Medizin gilt dies in besonderer Masse für das Management von Menschen mit chronischen Krankheiten (Nolte, McKee & Knai 2008).

Ob systembezogene Lösungen wie die Einführung von Wettbewerb, z.B. Finanzierung von Spitälern durch Diagnosis Related Groups, dann auch ausbildungsrelevant und Kompetenzen für zukunftsfähige Ärzte und Pflegefachpersonen ausformulieren helfen, ist kritisch zu hinterfragen. Auch ist nicht klar, ob und ggf. in welcher Weise sich einzelne Strategien wie Managed Care in Finnland (Busse & Schlette 2004), Bewertungen von Public-Health Programmen und neuen Technologien durch das National Institute for Clinical Excellence (NICE) in England (Busse & Schlette 2004) oder die Dezentralisierung der Verantwortung für gesundheitsbezogene Sozialleistungen in den Niederlanden (Busse & Schlette 2007) sich auf Ausbildungsinhalte niederschlagen, um «den» zukunftsfähigen Health Professional auszubilden.

Vergleichende Kenndaten, wie sie von der OECD regelmässig präsentiert werden, führen ebenfalls nicht zur Identifikation von Ländern mit zukunftsfähigen Ausbildungsinhalten. Kriterien wie Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt, Anzahl von Ärzten, Pflegefachpersonen oder Akutbetten pro Einwohner und Säuglingssterblichkeit sind multifaktoriell bedingt; sie erlauben keine kausalen Rückschlüsse auf besonders zukunftsfähige Gesundheitssysteme und damit auch Bildungssysteme. In den einzelnen Ländern lassen sich deswegen lediglich beispielhafte «Leuchttürme»⁵ mit besonders innovativer Ausbildungskonzeption finden. Stellvertretend sollen hier zwei Konzeptionen mit Referenzcharakter dargestellt werden.

3.3 CanMEDS 2005: Physician Competency Framework

Bereits 1996 hat das Royal College of Physicians and Surgeons of Canada einen ersten kompetenzorientierten Lernzielkatalog für Ärzte entwickelt. 2005 wurde eine Revision vorgelegt, basierend u.a. auf empirischer Forschung, gesellschaft-

Die Probleme und Lösungen sind ähnlich, aber jedes Bildungssystem erfindet eigene, nicht immer übertragbare Lösungen

Leuchttürme mit besonders innovativen Ausbildungskonzepten entstehen nicht aus den Notwendigkeiten der Versorgung

⁵ Ausgehend von einem neuen Verständnis der Lernprozesse ist seit Ende der Sechzigerjahre das problembasierte Lernen (PBL) entwickelt worden. Als Leuchttürme gelten insbesondere die McMaster-Universität in Kanada oder die Universität Maastricht (School of Health Professions Education) in den Niederlanden. In beiden Fällen ist die Neukonzeption ohne Bezug zum Versorgungssystem erfolgt.

**Medizinerbildung:
Professionelles Handeln und gute
Versorgungsqualität
erfordern erweiterte
Kompetenzen**

lichen Bedürfnissen, gesundheitspolitischen Zielen, Erfahrungen der Mitglieder und Konsens von Hochschulen.⁶

CanMEDS hat das Ziel, professioneller zu handeln und die Versorgungsqualität zu verbessern. Es umschreibt dabei den Begriff Kompetenz neu als «Prozess, der darin besteht, die grundlegenden Fähigkeiten zu definieren, welche es gestatten, die verfügbaren Erkenntnisse über wirksames Handeln in nutz-

bringende Elemente für die Ausbildung zu übersetzen» (Frank 2005: 1). Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten werden in «Metakompetenzen» verdichtet, welche das professionelle Handeln eines Arztes in sieben Rollen umschreibt (s. Abb.2):

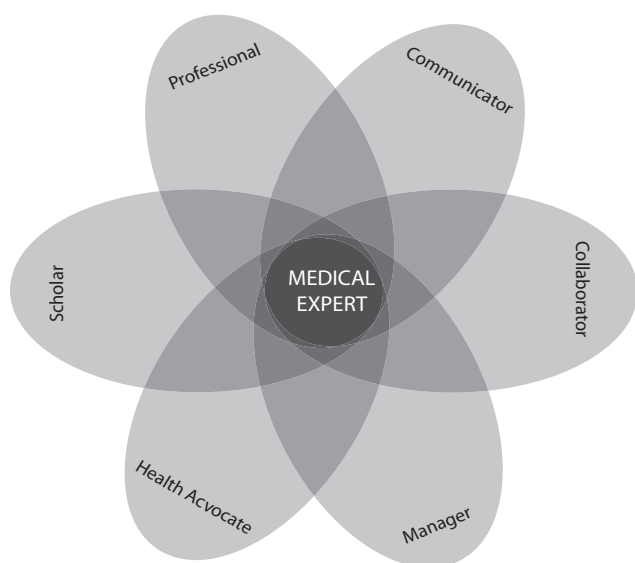


Abb. 2: Rollen, die für die wirksame Berufsausübung von Ärzten unabdingbar sind (CanMEDS, 2005)

Rolle des Experten: Als zentrale Rolle ist sie das Ergebnis eines gelungenen Kompetenzerwerbs in allen Bereichen und gestattet es, die berufsspezifischen Tätigkeiten verantwortungsvoll auszuüben, im Rahmen der eigenen Grenzen die fachliche Führung zu übernehmen und wirksame Entscheidungen und Beurteilungen zu treffen.

Rolle des Kommunikators: Sie umfasst den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen im Umfeld und das gezielte Weitergeben von Informationen.

**Zukunftsfähige Health
Professionals sind mehr
als Experten für Diagnose
und Therapie**

Rolle des Teamworkers: Sie umfasst die effektive Partizipation innerhalb eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams.

Rolle des Managers: Als Manager übernehmen die Health Professionals die fachliche Führung, tragen zur Effektivität der Organisation bei und entwickeln ihre eigene Berufskarriere.

Rolle des Health Advocates: Sie stützen sich verantwortungsvoll auf ihre Expertise ab und nutzen ihre Einflussmöglichkeiten, um die Gesundheit und die Lebensqualität der Patienten sowie der Gesellschaft als Ganzes zu fördern.

Rolle des Lernenden und Lehrenden: Wirksame Ärzte engagieren sich für ein lebenslanges Lernen, basierend auf einer reflektierten Praxis, sowie für die Entwicklung, Weitergabe und Anwendung von evidenzbasiertem Wissen.

Rolle des Professionsangehörigen: Sie setzen sich für die Gesundheit und die Lebensqualität von Personen und der Gesellschaft ein. Sie verpflichten sich der spezifischen Berufsethik und tragen Sorge zur eigenen Gesundheit.

⁶ <http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>

Die hohe Anerkennung des CanMEDS-Modells basiert auf seiner ganzheitlichen Betrachtung der Tätigkeiten der Gesundheitsfachleute⁷. Diese haben insbesondere mehr zu können und zu leisten als sich auf die diagnostisch-therapeutische Expertise zu konzentrieren. Weil sie Teil eines hoch regulierten und komplex organisierten sowie kostenintensiven Gesundheitssystems sind und das Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu wahren haben, müssen sie auch Kompetenzen als Teamworker, Kommunikatoren, Manager, Anwälte der Gesundheit sowie Lernende und Lehrende erwerben. Der Umstand, dass die medizinisch-naturwissenschaftliche Fachexpertise gleichrangig eingestuft wurde wie sogenannte «soft-skills» sorgte weltweit für Aufsehen mit dem Effekt, dass das Modell rasch einen Orientierungsrahmen für die Ausbildung von Ärzten und den Umgang mit den Bedürfnissen der Patienten im 21. Jahrhundert bildete.

3.4 Advanced Nurse Practitioner: Ausbildung von Pflegefachpersonen auf Masterniveau

International ist die grundständige Ausbildung von Pflegefachpersonen auf Hochschulniveau weit verbreitet, z.B. Skandinavien, Niederlande, England, Dänemark, Australien, Kanada, Neuseeland und Singapur. Als Antwort auf den Anstieg von Menschen mit chronischen Krankheiten, den drohenden oder bestehenden Ärztemangel bzw. die mit einer ärztlichen Versorgung zusammenhängenden Kosten wurde ein Masterstudiengang entwickelt, der so genannte «Advanced Nurse Practitioner» ausbildet. Abschlüsse bzw. Berufsbezeichnungen sind dabei nicht standardisiert, z.B. werden Begriffe wie Advanced Nurse Practitioner, Advanced Practice Nursing oder Advanced Clinical Practice verwendet.

Zentral für ANP-Nurses ist eine spezialisierte, vertiefte und erweiterte Praxis. Pflegefachpersonen spezialisieren sich auf beispielsweise die Pflege von Menschen mit Herzinsuffizienz, Wunden, Diabetes oder Krebs. Vertiefung bedeutet die Vernetzung von Theorie und Praxis. ANP-Nurses fördern den Theorie-Praxis-Theorie Transfer, indem sie passende Forschungsergebnisse in der Praxis implementieren und Studien anregen.

Im Rahmen der erweiterten Praxis führen sie klinische Untersuchungen durch, verordnen Hilfsmittel und Medikamente oder nehmen die Aufgaben von Betriebs- oder Schulärzten wahr. Als Kompetenzen werden Coachen und Führen können, Beraten, Collaboration und Forschen gelehrt. Sie werden für Rollen als Experte, Lehrender, Forscher, Führer, Berater, Mitstreiter und Organisationsentwickler ausgebildet. Aufgaben in der Praxis bestehen als Rollenvorbild, Katalysator, Ermöglicher, Personalentwickler, Praxisentwickler, Change Agent, Change Manager, Entwickler und Strategie.

Health Professionals müssen ebenso viele «soft skills» erwerben als Teamworker, Kommunikator, Manager, Anwalt der Gesundheit

Pflegefachleute mit Hochschulabschluss sind in einigen Ländern eine adäquate Antwort auf Herausforderungen in der Versorgung

⁷ Das Rollenkonzept von CanMEDS wurde in der Schweiz für die Definition der fachspezifischen Kompetenzen der Fachhochschul-Ausbildungen für Ergotherapie, Ernährungsberatung, Hebammen, Pflege und Physiotherapie adaptiert, siehe Konferenz der Fachhochschulen www.kfh.ch

**Advanced Nurse
Practitioners versorgen effektiv
und preisgünstig**

Finnland und Schweden setzen ANP-Nurses beispielsweise in Nurse-led-clinics für die Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz ein, England für die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Studien belegen, dass diese Versorgung effektiver und vor allem preisgünstiger ist als jene durch Ärzte (Schober & Affara 2008; Nolte, McKee & Knai 2008; Sheer & Kam Yuet Wang 2008).

4. Die Chancen des Wettbewerbs werden nicht genutzt

These 3: Es gibt keinen globalen Wettbewerb in der Ausbildung von Health Professionals

Ein globaler Wettbewerb setzt voraus, dass es ein globales Produkt und damit zusammenhängend einen Markt für Anbieter und Nachfragende gibt.

4.1 Es gibt kein globales Produkt «zukunftsfähige Health Professionals»

Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit ist kulturell, d.h. auch politisch geprägt. Ebenfalls ist die Ausgestaltung der Aufgaben und Kompetenzen der Berufsgruppen kulturell bedingt; entsprechend sind auch die Politiken in den verschiedenen Ländern unterschiedlich. Aufgaben, die in der Schweiz mit Arztvorbehalt versehen sind, gehören beispielsweise in Finnland zu den selbstverständlichen Aufgaben von Pflegefachpersonen, so etwa Erstkonsultationen in der Grundversorgung, spezifische diagnostische Untersuchungen und das Verschreiben von bestimmten Medikamenten.

Auch wenn die westlichen Gesundheitssysteme vor den gleichen Herausforderungen stehen, so haben sie doch unterschiedliche strukturelle und politische Antworten darauf gefunden. In der wissenschaftlichen Medizin gibt es deswegen weder ein globales Produkt «Gesundheit» noch ein Produkt «zukunftsfähige Health Professionals»⁸.

Als Begründung wird immer wieder die «exception médicale» bemüht, der im Gesundheitssektor geltend gemachte Anspruch auf Einmaligkeit und entsprechenden vielfältigen Grenzen. Kontrastierend mag der Vergleich mit Branchen aufschlussreich sein, in denen es einen globalen Wettbewerb in der Ausbildung gibt. Dies ist dort möglich, wo globalisierbare Produkte existieren, beispielsweise Computertechnologie, die Entwicklung von elektronischen Geräten, von Autos und Flugzeugen, Finanzprodukten, der Hotellerie, der Kunst und auch der Religion. Dort spielt es sehr wohl eine grosse Rolle, an welchen weltbekannten Schulen eine Ausbildung absolviert wurde, z.B. am MIT, in Harvard, an der London School of Economics, der Hotel-Fachhochschule in Lausanne oder im Vatikan.

In allen Branchen, in denen das staatlich orientierte Gemeinwohl eine Rolle spielt, gibt es keinen globalen Wettbewerb um Ausbildungen. Dazu gehört die Ausbildung von Lehrern, Juristen und eben zukunftsfähigen Ärzten und Pflegefachpersonen.

Nationale Politiken schöpfen das Potenzial der Health Professionals nicht aus

Die proklamierte «exception médicale» fördert vor allem die Abschottung

⁸ Dies ist anders bei der Fachspezialisierung der Medizin auf einem hohen Expertise-Niveau (z. B. Spezialisierung auf Komplementärmedizin – z.B. TCM, Weiterbildungsorte für Leberkrankheiten, Operationstechniken, Diagnostik etc.), wo es einen globalen Wettbewerb in der Ausbildung gibt. Vertiefung bzw. Perfektionierung ist jedoch gem. These 1 nicht mit zukunftsfähig gleich zu setzen.

4.2 Disperse Bildungsmärkte für Health Professionals, aber kein Benchmark

Durch die EU-Personenfreizügigkeit sind die effektiv vorhandenen Kompetenzen irrelevant

Selbstverständlich ist es prinzipiell möglich, Ausbildungen zum Arzt oder zur Pflegefachperson im Ausland zu absolvieren. Die europäische Personenfreizügigkeit hat wesentlich zum Abbau der (vielfach protektionistisch und berufspolitisch motivierten) Bildungshürden beigetragen. Diese neuen Regeln sind einfach: wenn eine Person in einem Land A eine berufsbefähigende Ausbildung absolviert hat, muss Land B diese - unbesehen der effektiv vorhandenen Kompetenzen - als gleichwertig anerkennen. Dies führt zu einem Arbeitsmarkt mit mobilen Arbeitskräften, in dem wenige formale Kriterien ausschlaggebend sind. Den wirtschaftlichen Vorteilen stehen allerdings bildungspolitische Bedenken gegenüber: es wird insbesondere moniert, dieses Regelwerk führe zu einer Absenkung der Minimalstandards bzw. zu einer Nivellierung nach unten.

Akkreditierungen prüfen nicht die Zukunftsfähigkeit

Wie aber kann der beste Anbieter erkannt werden? Bislang fehlen anerkannte Benchmarks. Die Anzahl erteilter Diplome oder die Länge der Publikationsliste sind für sich allein betrachtet kaum taugliche Indikatoren für die Qualität und Praxisrelevanz (und damit die Zukunftsfähigkeit) der erworbenen Kompetenzen. Verbreitet sind auch unterschiedlichste Akkreditierungslabels, wobei diese primär die Strukturen und Prozesse der Lehre beleuchten, aber nicht die Inhalte und die Ausrichtung auf die Zukunft: Was man tut, tut man richtig – aber es bleibt offen, ob das Richtige getan wird. Wenig über die Zukunftsfähigkeit sagen auch Selbstdeklarationen, wenn sich beispielsweise das Universitätsspital Zürich als «Kaderschmiede» für Innere Medizin bezeichnet (Vetter & Battagay 2007), im Internet die «Top 20 Nursing Schools» nach den eingeworbenen Drittmitteln aufgelistet werden⁹ oder «World Universities» nach der Anzahl von Nobelpreisgebern unter den Alumni gelistet werden. Wo jedoch «Zukunftsfähigkeit» gelehrt werden kann, bleibt offen: quantitative Ratings reflektieren nicht, ob die Health Professionals für die eingangs erwähnten Herausforderungen gerüstet sind.

Ratings prüfen nicht die Befähigung zum Umgang mit gesundheitspolitischen Herausforderungen

4.3. Es gibt keinen globalen Markt für Nachfragende

Health Professionals sind in der Regel mangels Mobilität auf ihre nationalen Bildungsstrukturen fixiert

Globaler Wettbewerb setzt individuelle Bereitschaft zur Mobilität und staatliche Bereitschaft zur Anerkennung der Abschlüsse voraus. In den Gesundheitsberufen ist allerdings die studentische Mobilität gering: angehende Ärzte und Pflegefachpersonen sind – anders als Ökonomen oder Naturwissenschaftler – nur schwerlich zu bewegen, im Ausland ihre Ausbildung zu absolvieren. Diese Bereitschaft findet sich bei Health Professionals mit hoher Expertise, die sich in einem der Leuchttürme ihres Fachs (siehe oben) weiter vertiefen und spezialisieren wollen.

⁹ www.edinformatics.com/nursing/top_nursing_schools.htm [11.08.09]

5. Fazit: Anreize schaffen, um nicht alles selber neu zu erfinden

16

Woher kommen die Besten? In vielen Industrieländern sind Ansätze für die Ausbildung zukunftsfähiger Health Professionals vorhanden und es gibt Bildungsstätten, die international als Leuchttürme anerkannt sind. Weil in den Industrieländern ähnliche Systemmängel, Herausforderungen und Lösungen bestehen, wären die Voraussetzungen für einen globalen Wettbewerb günstig. Es würde auf der Hand liegen, die Health Professionals dort auszubilden, wo zukunftsfähige Ansätze und Konzeptionen entwickelt worden sind.

Bildungsökonomisch würde es sich zudem aufdrängen, international zu kooperieren sowie wichtige und wirksame Lerninhalte auf einer Börse (und im Internet) auszutauschen.

Der nationale Fokus der Gesundheitssysteme und die vielfältigen länderspezifischen Bildungs- und Zulassungshürden verhindern allerdings einen globalen Wettbewerb in der Ausbildung für die besten zukunftsfähigen Ärzte und Pflegefachpersonen.¹⁰

Ein echter Wettbewerb erfordert zudem Nachfrage, d.h. Mobilität der Studierenden. Diese könnte mit dem kontrovers diskutierten Prinzip «funds follow fellows» wesentlich erhöht werden. Wenn an Stelle der heute üblichen Grundbeiträge für Standort und Infrastruktur diejenigen Bildungsstätten überproportional gefördert würden, welche in besonderem Masse den gesundheitspolitischen Herausforderungen und Prioritäten gerecht werden, würden sich möglicherweise rasch(er) Kompetenzzentren herausbilden.

Ähnliche Herausforderungen, aber trotzdem länderspezifische Ausbildungen

Bildungsharmonisierung und Personenfreizügigkeit werden mittelfristig in Europa mehr Wettbewerb schaffen

Fellows müssen vermehrt den Funds folgen!

¹⁰ Obschon durch die Bildungsharmonisierung (Bologna-System mit Bachelor- und Master-Abschluss) und durch die Personenfreizügigkeit innerhalb der EU die Hürden in jüngster Zeit stark reduziert worden sind, lässt sich (noch) nicht schlüssig beantworten, ob dadurch der Bildungsmarkt stimuliert und dynamischer wird. Bildung im Gesundheitswesen scheint, wie in These 2 dargelegt, deutlich resilienter zu sein als in anderen Branchen.

Literatur

- Busse, R.; Schlette, S. (Hrsg.) 2004. Gesundheitspolitik in den Industrieländern 2. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Busse, R.; Schlette, S. (Hrsg.) 2007. Gesundheitspolitik in den Industrieländern 7/8. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Careum 2007. Grenzen aufheben - Thesen der Stiftung Careum zur Zukunft der Ausbildung für Gesundheitsberufe. Careum, Zürich.
- Donaldson, L. 2001. The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. Department of Health. London
- Flexner, A. 1910. Medical Education in the United States and Canada. Carnegie Foundation for Higher Education.
- Folkers, G., Frick, K., Henry, J., Lessig, L., Kickbusch, I., Kotler, P., Kurzweil, R., Sigrist, S., Simon, F. 2006. Healthstyle - Alles wird Gesundheit. Wirklich alles. GDI, Rüslikon
- Frank, J. 2005. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Ontario: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Neubauer, G. 2002. Eine Antwort auf die Herausforderungen: Steuerung durch Versicherte und Patienten, statt durch Staat und Selbstverwaltung www.friwind.de/media/v20020608/Vortrag_Prof-Dr-Neubauer.ppt. [04.09.09]
- Nolte, E., Knai, C., McKee, M. 2008. Managing chronic conditions. Experiences in eight countries. Observatory Studies Series No. 15, WHO.
- OECD 2006. OECD Reviews of Health Systems: Switzerland. Paris.
- Rosenbrock, R., Gerlinger, T. 2006. Gesundheitspolitik. Huber, Bern
- Schober, M., Affara, F. 2008. Advanced Nursing Practice (ANP). Bern: Huber.
- Schlette, S., Blum, K., Busse, R. 2008. Gesundheitspolitik in Industrieländern 9. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Sheer, B., Kam Yuet Wong, F. 2008. The Development of Advanced Nursing Practice Globally. Journal of Nursing Scholarship, 40 (3), 204-211
- Vetter, W., Battegay, E. 2007. Akademischer Bericht 2007. Medizinische Poliklinik. Zürich.
- World Health Organization (WHO) 2002. The global burden of disease. Geneva. See also: The global burden of disease: 2004 update.
- World Health Organization (WHO) 2005. Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions. Geneva.
- Wyke, A., Scott, I., Lofthouse, G. 2009. Fixing Healthcare: The Professionals' Perspective. Economist Intelligence Unit, London.



