

Kommentar 2011 zum Bericht «Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis»

Neue Berufsbilder für fehlende Berufsleute?

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW

Ende 2007 veröffentlichte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) den Bericht «Die zukünftigen Berufsbilder Sommer 2007 in der Schweizerischen Ärztezeitung (46/2007, S. 1942–52.) [1]; im Gegensatz zu den anderen Berichten im Rahmen des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz» wurde damals keine Broschüre gedruckt, die zusätzlich hätte verteilt werden können.

Im Sinne einer gewissen Nachhaltigkeit veranstaltete die SAMW am 17. Juni 2009 in Bern die Tagung «Zum Wandel der Berufe im Gesundheitswesen: Aussensichten und Innensichten»; zum Programmkomitee gehörten auch Vertreterinnen der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW).

An der Tagung waren sich Referenten und Teilnehmer einig, dass eine optimale Gesundheitsversorgung nur durch eine enge Kooperation der zahlreichen Gesundheitsberufe in interprofessionellen Teams möglich ist, und dass gegenseitige Akzeptanz und Respektierung der spezifischen Kompetenzen eine wichtige Voraussetzung dafür sind.

Fast vier Jahre nach der Veröffentlichung des Berichtes «Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis» kam die damalige, um die SAGW-Expertinnen des Programmkomitees erweiterte Arbeitsgruppe zu einem Rückblick und Ausblick zusammen und prüfte, ob sie einen – und allenfalls welchen – Beitrag leisten kann bei der Umsetzung der damaligen Empfehlungen. Als eine der Massnahmen wurde beschlossen, den Bericht aus dem Jahre 2007 unverändert (quasi als «historisches Dokument») zu veröffentlichen und ihm einen aktuellen (d. h. den vorliegenden) Kommentar anzufügen [2, 3].

Das Gesundheitssystem verändert sich langsam, aber stetig

Das Schweizer Gesundheitssystem ist seit 2007 nicht stehengeblieben. Stichworte dazu sind Einführung von DRGs, Umsetzung der Pflegefinanzierung und Ausarbeitung eines Präventionsgesetzes. Erwähnenswert sind zudem die Gründung des Verbandes «Hausärzte Schweiz», die Einreichung der Hausarztmedizin-Initiative sowie die positive Aufnahme der Managed-Care-Vorlage im Parlament.

Einige der im Bericht bereits erwähnten Entwicklungen, namentlich die Feminisierung des Arztberufes und der zunehmende Personalbedarf im Gesundheitsbereich, haben sich seither noch akzentuiert. Die

2009 veröffentlichte Studie des OBSAN sowie der Versorgungsbericht der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und der Nationalen Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) zum zukünftigen Bedarf an Pflegepersonal hat auch die Politik aufgerüttelt und zu zahlreichen Vorstössen geführt. Es besteht Einigkeit darin, dass es nicht richtig ist, die personellen Lücken mit Fachleuten aus dem Ausland zu füllen und dadurch zur weltweiten Migration im Gesundheitswesen beizutragen.

Der Wandel der Berufe aus dem sozialwissenschaftlichen Blickwinkel

Der Bericht fokussiert im Wesentlichen auf zwei Berufsgruppen: Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis. Alle anderen Berufe im therapeutischen Bereich, vor allem aber solche im Bereich der Gesundheitsförderung, werden eher am Rande erwähnt, gewissermassen als Partner der hier interessierenden zwei Berufe. Um eine umfassendere und «vollständigere» Perspektive auf die Gesundheitsberufe zu haben, ist zu überlegen, ob ein nächster Bericht ins Auge zu fassen wäre, der den Fokus auf andere Gesundheitsberufe legt, etwa auf solche, deren Klienten nicht Kranke (Patientinnen und Patienten), sondern Gesunde sind. Die zahlreichen Aktivitäten im Zusammenhang mit der Prävention von Risiken dehnen den Aufgabenbereich des Gesundheitssystems kontinuierlich aus und führen dazu, dass die Gesamtheit der Bevölkerung (Gesunde und Kranke) einer steigenden Vielfalt von Gesundheitsfachleuten gegenübersteht.

Der Bericht konzentriert sich zudem stark auf die Berufsinhaber; die Patienten sollten jedoch nicht aus den Augen verloren werden – sie stehen im Zentrum der Aktivitäten des Gesundheitssystems. Zu erwähnen wären in diesem Kontext etwa die folgenden Elemente: Die wachsende Komplexität des Gesundheitssystems macht es besonders für chronisch kranke Patienten schwierig, das undurchschaubare System zu verstehen; als Folge davon kommt es zu einer grösseren Abhängigkeit der Patienten von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden bzw. zu Behandlungs- und Betreuungsabbrüchen.

Die Erwartungen und Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten sind beeinflusst durch verschiedene gesellschaftliche Zugehörigkeiten (soziale Schicht; Altersgruppe; Geschlecht) und durch vielfältige Wertsysteme. Diese Vielfältigkeit und die Bedeutung der sozialen Faktoren sind zu berücksichtigen,

¹ Folgende Persönlichkeiten gehörten der Arbeitsgruppe an, die den Bericht 2007 im Auftrag der Steuerungsgruppe «Zukunft Medizin Schweiz» erstellt hat: Dr. Werner Bauer, Küssnacht (Vorsitz); Prof. Anne-Françoise Allaz, Genf; Prof. Charles Bader, Genf; Barbara Gassmann, Bern; lic. oec. Pius Gyger, Zürich; Dr. Jacques de Haller, Bern; Dr. Romy Mahrer.

² Bei der Ausarbeitung des Kommentars 2001 waren neben den Mitgliedern der Arbeitsgruppe auch folgende Persönlichkeiten beteiligt: Dr. Hermann Amstad, SAMW, Basel; lic. phil. Nadja Birbaumer, SAGW, Bern; Prof. Claudine Burton-Jeangros, Genf; Dr Magdalena Rosende, Lausanne; Prof. Ursula Streckeis, Bern; Prof. Peter Suter, SAMW, Presinge.

³ Der Bericht aus dem Jahre 2007 und der Kommentar 2011 werden gleichzeitig auch als Broschüre veröffentlicht; diese kann bei der SAMW gratis bestellt werden (mail@samw.ch).

Korrespondenz:
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW
Petersplatz 13
CH-4051 Basel
mail@samw.ch

wenn es darum geht, die adäquate Betreuung eines Patienten zu beschreiben.

Die Ökonomisierung der Medizin als treibende Kraft?

Indem sie eine betriebswirtschaftliche Ausrichtung erhielten, sind zahlreiche Spitäler, Heime usw. zunehmend zu Betrieben geworden. Soziale Einrichtungen werden also nach Prinzipien geführt, die ursprünglich für Fabriken Gültigkeit hatten. Neben den positiven Folgen dieser Entwicklung (kostenbewusstes Gestalten von Abläufen usw.), sind aber auch jene Konsequenzen zu betrachten, die Fragen aufwerfen oder Kontroversen auslösen.

Was bedeutet es für den Arztberuf, wenn Ärzte im Krankenhaus zu «gewöhnlichen Angestellten» werden? Wenn in Spitälern Qualitätskontrolle, Mitarbeitergespräche usw. zur Selbstverständlichkeit werden? Was heisst es, wenn Ärzte gewerkschaftliche Aktionen durchführen? Der «Professionscharakter» entwickelt sich tendenziell zurück. Damit ist nicht allein der Prestigerückgang angesprochen, sondern auch die Frage, was mit der relativen beruflichen Autonomie geschieht, die Ärztinnen und Ärzte üblicherweise haben. Zudem fragt sich, welche Bedeutung den Berufsverbänden unter den veränderten Bedingungen zukommt. Neben der Verfolgung von Standesinteressen sind diese immer auch damit beschäftigt, ethische Prinzipien zu formulieren, die letztlich garantieren sollen, dass gute ärztliche und pflegerische Arbeit geleistet wird.

Was bedeutet es, wenn Patienten zu «Kunden» werden? Was, wenn sie dazu aufgerufen werden, zu «mündigen» Patienten zu werden (empowerment)? Es scheint gesellschaftliche Bilder des Patienten als unternehmerähnliche Figur zu geben, der seinen Gang zum Arzt und seinen Alltag nach Prinzipien des «gesunden Lebensstils» aktiv selber steuert. Sind solche Vorstellungen mit emanzipatorischen Entwicklungen oder aber mit einer zunehmenden Disziplinierung verbunden, die Ärzte und Pflegende mittragen dürfen/müssen? Wenn der Bericht feststellt, «Grundelement bleibt die persönliche, oft langfristige zwischenmenschliche Beziehung von Arzt und Patient», ist zu fragen, ob dieses Grundelement durch neuere Entwicklungen unterstützt oder bedroht wird.

Eine rasante Ökonomisierung aufseiten der Versorger ist spürbarer als noch vor vier Jahren, ausgehend von den Beitragsleistenden und der Politik mit unverhältnismässigen Auswüchsen bezüglich Administration, Kennzahlen-/Datenerfassung und -nachweis, Controllingmassnahmen und mit einer Ergebnisqualität, die immer weniger als adäquat bezeichnet werden kann. Problematisch ist, wenn die Ergebnisqualität ausschliesslich monetär und im Sinne der Kostensenkung verstanden wird und schwer messbare Qualitäten wie «verlässliches Sorgen für jemanden» vernachlässigt werden.

Zu überlegen ist, ob das hartnäckige Verteidigen traditioneller Rollen und Muster, von dem im Bericht die Rede ist, immer nur problematischen Charakter hat. Wenn Ärztinnen und Ärzte etwa dem Management ihres Betriebs gegenüber Skepsis zeigen, so braucht dahinter nicht nur Machtstreben zu stehen; vielmehr ist denkbar, dass ein angemessenes Verhältnis zum Patienten angestrebt wird und dieses durch Betriebsinteressen beeinträchtigt wird.

Konflikte und Konsequenzen: Wo stehen wir heute?

Es stellt sich die Frage, ob Entwicklungen nahezu epochalen Charakters im Sinne eines immer mächtiger werdenden Trends einfach «geschehen» oder ob sie eingeleitet, gefördert, beschleunigt oder gesteuert werden können – und durch wen? Sind es Berufsverbände, ist es der Staat, sind es hellhörige Wissenschaftler oder einzelne Pioniere und Pionierorganisationen, die aktiv werden müssen? Wie lassen sich die zum Teil berechtigten Interessen und Ansprüche betroffener Gruppen mit den Erfordernissen des Wandels in Einklang bringen? Inwieweit muss bis zu einem gewissen Grad akzeptiert werden, dass es bei Veränderungen immer Gewinner und Verlierer gibt, und wie kann sichergestellt werden, dass nicht die Patientinnen und Patienten die Verlierer sind? Wo hat der Markt seinen Platz, was bleibt Domäne eines «Service public»?

Die Klärung dieser Fragen wäre umso dringender, als sich bei Hausärzten und Pflegefachpersonen die Mangelsituation in keiner Weise entschärft hat und alle Prognosen darauf hindeuten, dass sie sich weiter verschlimmern wird.

Auch wenn immer wieder die Möglichkeiten und Chancen einer Neuverteilung der Verantwortlichkeiten unter den Gesundheitsberufen genannt und besprochen werden, ist in den vergangenen Jahren wenig Konkretes geschehen, um einen Wandel der Arbeitsmodelle und eben auch der Berufsbilder zu unterstützen. Zumindest in den Meinungsäusserungen scheint zwar ein breiter Konsens zu bestehen, dass die Inhalte, Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten der Berufe im Gesundheitswesen sich wandeln und entwickeln müssen, doch viel weiter hat dieser etwas ratlos anmutende Konsens noch nicht geführt.

Bei einigen der im Bericht detailliert besprochenen konkreten Konsequenzen drängen sich im Jahr 2011 kurze Kommentare zum Stand der Umsetzung oder der Nicht-Umsetzung auf:

Die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten von Ärzten und Pflegenden und diejenigen innerhalb der einzelnen Berufsgruppen sind neu zu definieren

Ziel einer solchen Neu-Definition der Arbeitsbereiche muss es ja sein, dafür zu sorgen, dass jede Berufsgruppe im Bereich ihrer Kernkompetenzen ihren spezifischen Beitrag zur bestmöglichen und effizienten Versorgung der Patienten leisten kann. Dies geschieht



einerseits innerhalb der einzelnen Institutionen im Rahmen liberaler Regelungen, die vor allem die Qualität sicherstellen. Nötig sind aber Anreize, optimierte Rahmenbedingungen (z. B. in der Gesetzgebung) und unterstützende Massnahmen, damit neue Modelle auch wirklich realisiert werden können. Ärzte und Pflegenden, aber auch andere Berufsgruppen müssen Verschiebungen ihrer Kompetenzen akzeptieren lernen. Sie dürfen dafür einen Abbau von bürokratischen Belastungen, eine Verwesentlichung ihrer Tätigkeit und eine bessere Arbeitsqualität erwarten. Seit der Publikation des Berichtes sind Einzelprojekte bekannt geworden, eine breite Entwicklung in Richtung einer neuen Interprofessionalität lässt sich noch nicht feststellen.

Die Ausbildung auf Bachelorstufe vermittelt in Zukunft sowohl den Ärzten als auch den Pflegenden gemeinsame Grundelemente

Wir stellen fest, dass die meisten Medizinischen Fakultäten und viele Ausbildungsinstitutionen für Pflegefachpersonen noch immer mit der Gestaltung ihrer jeweiligen Programme mehr als ausgelastet sind. Vor allem die Realisierung des Bologna-Modells fordert von den Fakultäten grösste Anstrengungen. Trotzdem muss am Ziel festgehalten werden, dass es zumindest gemeinsame Ausbildungsblöcke für zukünftige Ärzte und Pflegenden gibt, die ihnen eine gemeinsame Sprache, eine Grundhaltung und die Basis eines Grundwissens über das Wesen von Gesundheit und Krankheit vermitteln.

Neue Modelle der interdisziplinären Teamarbeit, bei der die einzelnen Berufe entsprechend ihren Kernkompetenzen eingesetzt werden können, sind zu fördern

Die breite Einführung solcher Modelle (interprofessionelle Gruppenpraxen, Gesundheitszentren, «patient centered medical homes») benötigt mehr als nur die verbale Unterstützung und das Wohlwollen von Politikern und Journalisten. Eigentliche konkrete Bemühungen sind in den letzten Jahren aber nicht zu beobachten gewesen, obwohl immer klarer wird, dass nur dann eine Chance besteht, genügend Nachwuchs zu finden, wenn auch das Berufsleben mit den Vorstellungen von einer befriedigenden Lebensgestaltung kongruent ist. Die Zahl der Gruppenpraxen nimmt wohl zu, doch handelt es sich häufig nicht um wirklich integrierte Modelle, sondern um einige Ärzte mit der gleichen Adresse und dem durchaus berechtigten Bestreben, Kosten zu teilen und zu senken, meist ohne weitere Durchlässigkeit zwecks Verbesserung der Patientenversorgung. Erfreulich ist, dass es doch weitergehende Pioniergruppen gibt und dass auch einzelne Gemeinden beginnen, entsprechende Projekte zu unterstützen, weil sonst die medizinische Grundversorgung in ihrem Gebiet gar nicht mehr sichergestellt wäre. Solche Möglichkeiten von «public-private partnership» sind noch zu selten, aber positive Zeichen für neue Entwicklungen. Die Übernahme von Praxen und Ärztezentren durch Krankenversicherer ist dagegen keine erstrebenswerte Entwicklung, da sie der «Gewaltentrennung» im Gesundheitswesen zuwiderläuft und zu unlösbaren Interessenkonflikten führen muss.

Die Berufsverbände haben die Aufgabe, die notwendigen Massnahmen einzuleiten und miteinander im konstruktiven Gespräch zu bleiben

Abgesehen von freundlichen, aber oberflächlichen Kontakten ist eine zielgerichtete Zusammenarbeit (noch) nicht feststellbar. Das Milizsystem, das dazu führt, dass die Berufsverbände und Fachgesellschaften auch ohne solche Projekte schon bis an den Rand ihrer Leistungsfähigkeit belastet sind, mag dazu beitragen, dass der Einstieg in eine schwierig zu bearbeitende neue Problematik wohl gescheut wird. Darum herumkommen werden sie aber nicht!

Es braucht genügend akkreditierte Weiterbildungsplätze in Spitälern und in Praxen und ein genügendes Angebot an Teilzeitstellen

Ausbildung und Weiterbildung sind Investitionen in die Zukunft und nicht bloss Kosten, an denen mit dem Rotstift des Sparens herumgestrichen werden kann. Wenn es nicht gelingt, Ausbildung und Weiterbildung quantitativ und qualitativ sicherzustellen, brauchen wir uns über Berufsbilder, zukunftsgerichtete Modelle und hohe Qualität der Versorgung im Gesundheitswesen eigentlich gar keine Gedanken

mehr zu machen. Dann ginge es allenfalls nur noch um Notstandspläne.

Der Bachelortitel muss auch in der Deutschschweiz und im Tessin zum Normalabschluss der Pflegeausbildung werden

Dies ist begründet durch die weiterhin steigenden Anforderungen an die professionell Pflegenden und angesichts der tiefgreifenden Veränderungen im Gefüge der Pflegeberufe seit Einführung des neuen Berufs «Fachfrau/Fachmann Gesundheit» und der Lancierung des Attestberufs «Pflegepraktikerin», die unter Aufsicht und Anleitung von diplomierten Pflegefachpersonen arbeiten.

Angemessene Investitionen in die Bildung sind im Interesse der Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung von grösster Bedeutung.

Die Nachwuchsrekrutierung ist zu intensivieren

Was immer hier geschieht, es genügt noch nicht. Es genügt aber auch deshalb nicht, weil nicht nur die Rekrutierung zu intensivieren ist, sondern weil ohne genügend Studienplätze die Rekrutierung natürlich im Sande verläuft. Wenn versucht werden soll, die Ausbildung der Pflegenden zu erweitern und zu akademisieren, damit sie einen breiteren Verantwortungsbereich wahrnehmen können, muss bedacht werden, dass es kaum Sinn macht, einen Mangelberuf (Ärzte) durch einen anderen Mangelberuf (Pflegefachleute) zu substituieren. Es braucht flankierende Massnahmen und eine Zunahme der Interessentinnen und Interessenten für Pflegeberufe, die sich dann auf verschiedenen Ebenen entfalten können.

Gesetzliche Bestimmungen und Tarife sind dahingehend zu prüfen und so anzupassen, dass sie den Veränderungen von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten nicht im Wege stehen

Ohne gute Rahmenbedingungen, die auch eine gewisse Anreizfunktion haben müssten, werden die erhofften Entwicklungen zähflüssiger verlaufen oder gar verhindert werden. Tarifliche Anpassungen und das Ermöglichen der Tätigkeit als selbständige Leistungserbringer für Pflegenden oder auch andere Berufsgruppen sind eine Notwendigkeit. In klar definiertem Rahmen sollte das Gesetz zulassen, dass diese Fachpersonen in eigener Verantwortlichkeit grundversicherte Leistungen erbringen können.

Ausblick: Die Zukunft der Medizin ist teamorientiert, interprofessionell und modular

Der 2007 veröffentlichte Bericht hat die Diskussion zu wichtigen Themen rund um die Berufsidentitäten und ihre Veränderungen eröffnet. Er beschreibt einen ganzen Strauss von Möglichkeiten und Massnahmen, wie

unser noch gut funktionierendes Gesundheitswesen im positiven Sinn weiterentwickelt werden kann. Dabei spielt kompetentes und engagiertes Gesundheitspersonal eine ausschlaggebende Rolle. Ökonomische Überlegungen dürfen die uralten Anliegen der Menschheit rund um ethische Fragestellungen weder pervertieren noch verdrängen. So lange es Menschen gibt, die für die gute Sache und für andere Menschen eintreten, besteht Hoffnung auf gute Lösungen.

Seit bald 10 Jahren macht die SAMW regelmässig auf den spürbaren und zunehmenden Ärzte- und Pflegepersonen-Mangel in unserem Land aufmerksam. Zuerst wenig beachtet, oder als «Verteilungsproblem» zwischen Stadt und Land interpretiert, tönt es heute ganz anders. Plötzlich sind sich alle einig: Auch die Universitätsspitäler fühlen den Mangel, die FMH schlägt Alarm, und die Hausärzte steigen auf die Barrikaden. Alle fordern energische Schritte, insbesondere mehr Ausbildungsplätze für Ärztinnen, Ärzte und andere Gesundheitsfachleute in den Fakultäten und an den Fachhochschulen.

In der Schweiz kommen heute zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Gesundheitsfachleute aus dem Ausland. Nun sind aber in der Zwischenzeit auch in Deutschland – dem «Hauptlieferanten» der bei uns fehlenden Kräfte – die ärztlichen Standesorganisationen, die Politiker sowie die Medien alarmiert: Der Mangel ist ebenfalls spürbar, die Zahl der unbesetzten Stellen im Spital nimmt rasch zu. Deutschland wird nicht um wirksame Massnahmen herkommen, um die Auswanderung von Medizinalpersonal zu bremsen – und dann?

Die breite Anerkennung des bedrohlichen Problems ist eigentlich eine gute Nachricht – besser spät als nie. Doch wie bei anderen späten Diagnosen wird die Therapie nicht einfacher. Es braucht jetzt stärkere Mittel, die Korrektur des Defizits wird mehr Zeit in Anspruch nehmen, Komplikationen sind nicht auszuschliessen, und die Heilungschancen sind durchgezogen. Allein mit der Erhöhung der Zahl von Ausbildungsplätzen werden wir die Misere nicht beheben können. Es braucht zusätzliche mutige Massnahmen, besonders um die «leaky pipeline» abzudichten, d. h. den Verlust von ausgebildeten Fachkräften möglichst klein zu halten. Es gilt, Werte und Ideen der jüngeren Generationen mehr zu beachten – namentlich auch, um den Frauen zu erlauben, berufliche und Lebensziele langfristig zu vereinbaren. Die Mehrheit der Gesundheitsfachleute ist bereits heute weiblich; jede Reform hat dieser Tatsache Rechnung zu tragen.

Sollte ein Kommentar zum Bericht über die Berufsbilder im Jahre 2015 nochmals zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen wie der heutige, wäre der Versuch, Schaden vom Gesundheitswesen abzuwenden, wohl gescheitert!