

2 | 12

Ausbildung von Gesundheitsfachleuten: Perspektiven 2025 1

Editorial 2

Kommentare zum Schwerpunktthema 5

Forschungsförderung 6

Revision aller medizin-ethischen Richtlinien 6

Neue Empfehlungen zur ethischen Unterstützung 6

Akademien der Wissenschaften Schweiz 7

Agenda 8



Bild: © contrastwerkstatt - Fotolia.com

Ausbildung von Gesundheitsfachleuten: Perspektiven 2025

Die Careum Stiftung hat den Report «Health Professionals for a New Century» der Lancet-Kommission übersetzt. Darin wird deutlich, dass sich die «Gesundmacher» oft selber im Weg stehen mit Berufsbildern, die vor 100 Jahren etabliert, und mit Organisationsformen, die vor 50 Jahren verankert wurden. Die Reaktionen auf den Bericht zeigen, dass es in der Ausbildung bis 2025 kaum einen Big Bang geben wird. Dr. Beat Sottas, Mitglied des Careum-Stiftungsrates, fordert im nachfolgenden Schwerpunktbeitrag, dass die Ausbildung abrücken muss vom Verregeln und Verriegeln. Gefragt sind Kompetenzen für Interprofessionalität im weitesten Sinne: mit anderen Health Professionals, mit Patienten und Nutzern, mit Angehörigen, mit Laien, und nicht zuletzt mit Politik und Wirtschaft. Und es braucht Orientierungswissen, um das Gesundheitssystem «lesen» zu können.

In einer postmodernen Gesellschaft mit Selbstverwirklichung und «gutem Leben» gewinnen Werte und immaterielle Güter an Bedeutung. Zukunftsforscher glauben deshalb, dass Gesundheit zu einem Lebensstil wird – aus healthy lifestyles werden healthstyles, welche nebst individueller Vorsorge, bewusster Ernährung und Bewegung die Konsumhaltung im hyperspezialisierten Gesundheits-Versorgungssystem ebenso umfassen wie den grenzenlosen Zugang zu Gesundheitsinformationen, die ihrerseits die Verhältnisse und Rollen dynamisieren.¹ Auf der anderen Seite nehmen Bürger und Patienten nebst den Ermahnungen zu mehr Selbstverantwortung vermehrt Druck und Restriktionen wahr, oder gar

den Rückbau eines Gesundheitssystems, welches in einer Mischung aus Fürsorge und Paternalismus bislang den Zugang zu umfassenden Premiumleistungen für alle suggerierte (und vielfach auch gewährte).

Die Verhältnisse von 2025 können höchstens ansatzweise antizipiert werden, weil gesellschaftliche Umbrüche das Gesundheitssystem nachhaltig verändern. Treiber wie der demographische Wandel, die Zunahme chronisch-degenerativer (Mehrfach)-Erkrankungen, disruptive Technologien, Monitoring- und Assistenzsysteme und eine ausgeprägte Nutzenorientierung von selbstbestimmten Bürgern und Patienten lassen erahnen, dass Extrapolationen der heutigen Verhältnisse und Lösungen für den Masterplan

¹ Diese Verschiebung ist gut dokumentiert in der Porter Novelli HealthStyles Database. Dabei handelt es sich eigentlich um ein Marktforschungsinstrument, welches eine der weltweit grössten PR-Agenturen seit 1995 führt.



Prof. Peter Meier-Abt,
Präsident

Systemwandel in der medizinischen Versorgung: Wissen wir was wir wollen?

«If you complain about the weather, don't worry, it will change!» Tatsächlich ist kaum etwas unabdingbarer als der Wandel in der Zeit («panta rhei», Heraklit). Es ist nicht immer ein schicksalhafter Sturm im Anzug, aber auch schleichende Veränderungen komplexer Systeme über längere Zeiträume sind meist nicht leicht steuerbar. Man nimmt es eher intuitiv wahr, wenn ein System, das sich in der Vergangenheit bewährt hat, den aktuellen und insbesondere den zukünftigen Herausforderungen nicht mehr genügt. Dabei verhindern Vielzahl und Interdependenzen der Einzelteile oft den geschärften Blick auf die Gesamtproblematik. Es folgen Verunsicherung und nicht selten die Flucht in kurzfristige und von Eigeninteressen getriebene Reparaturen von Einzelteilen, statt der erforderlichen Fokussierung auf eine nachhaltige Gesamtlösung.

Gesundheitssystem(e) und die «Medizin von Morgen» gehören zu den aktuellsten Beispielen eines strukturellen Systemwandels. Es besteht ein breiter Konsens, dass die medizinische Grundversorgung von 2030 anders aus-

sehen wird als heute. Ursachen und Anlässe für den Wandel gibt es viele, hausgemachte und fremdbestimmte. Ein hausgemachter Anlass ist etwa die bisher mangelhafte Berücksichtigung der «evidenced based medicine» in der Praxis, zum Beispiel die Benutzung von biologisch nicht validierten Biomarkern zur Indikationsstellung von medizinischen Eingriffen, oder die Anwendung und Kostenvergütung von unwirksamen Therapieverfahren. Schwieriger zu antizipieren sind fremdbestimmte Ursachen des Wandels, wie neue wissenschaftliche Erkenntnisse, die Entwicklung hin zur Personalisierten Medizin mit raschen und kostengünstigen Genomanalysen und einer belastungsfähigen Informationstechnologie (Patientendossiers), demographische Alterung der Bevölkerung (Zunahme von Multimorbidität), steigende Erwartungen und Nachfrage von PatientInnen und veränderte ökonomische Rahmenbedingungen. Viele dieser Probleme sind erkannt, und in den meisten westlichen Ländern befassen sich zahlreiche Gremien mit neuen Versorgungsmodellen für die Medizin der Zukunft. Auch in der Schweiz gibt es eine Vielzahl von Projektgruppen und Pilotversuchen, die nachhaltige Lösungsvorschläge erarbeiten (z. B. regionale Gesundheitszentren, Gesundheitsnetz 2025 des Kantons Zürich (www.gn2025.ch), Projekt Futuro der Ärztenetze mediX Bern und Zürich). Doch es fehlt noch eine strategische Gesamtsicht, die alle Einzelanstrengungen bündelt und eine umfassende und tragfähige Strategie für das Gesundheitssystem und die Medizin der Zukunft vorschlägt. Das ist in der Schweiz mit ihrem föderalistisch strukturierten Gesundheitssystem nicht einfach.

Ein erfolgreicher Systemwandel in der medizinischen Versorgungsstruktur muss von entsprechend flexiblen und kompetent ausgebildeten Gesundheitsfachleuten umgesetzt werden. Der aktuelle Schwerpunkttitel, der weitgehend auf dem Bericht der Lancet-Kommission (Frenk et al. 2010) basiert, weist die einzuschlagende Richtung. Er betont die Notwendigkeit einer verstärkten interprofessionellen Teamarbeit für die Entwicklung einer Fach- und Berufsgruppen übergreifenden «integrativen Versorgung». Doch der Bericht hat aus Sicht von einzelnen Berufsgruppen offensichtlich Schwachstellen, wie die ergänzenden Kommentare von Verantwortlichen an Universitäten und Fachhochschulen nahelegen. Wiederum fühlt man sich bei der Suche nach einer übergreifenden Gesamtstrategie auf «dünnem Eis». Eine Gesamtstrategie ist aber zwingend notwendig, denn «a systemic change is a collaborative effort of advanced leaders (and institutions) working together across multiple sectors («Innovations in Health Care 2011», Harvard University, USA). Diese Herausforderung gilt es zu bewältigen, wenn wir das Ziel «einer qualitativ hochstehenden, am Patientennutzen orientierten und gleichzeitig wirtschaftlichen und basisnahen Versorgung, die den künftigen Herausforderungen gewachsen ist» erreichen wollen (Zitat aus dem Bericht der AG «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung der Schweiz» der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) 2012; www.nationalegesundheits.ch; www.gdk-cds.ch).

2025 wenig hilfreich sind. Dabei bleibt unbestritten, dass die Inanspruchnahme von Leistungen steigt, und dass das Personal wegen der benötigten Menge, den erforderlichen Kompetenzen und dem Kostenanteil die Schlüsselressource im Gesundheitssektor bleibt. Les métiers de l'humain bleiben in Menschenhand. Damit bleibt auch unbestritten, dass es Bildung braucht.

Ausbilden ja, aber wofür und für wen?

Diese Frage mag überraschen, denn es besteht ein breit abgestützter Konsens, der gesetzlich gut verankert ist: Health Professionals sollen wissenschaftlich fundierte Kompetenzen erwerben, um qualitativ hoch stehende (kurative) Leistungen zu erbringen; sie sollen an eine gesellschaftlich verantwortungsvolle, nicht-schädigende und wirksame Berufsausübung herangeführt werden. Die Beschäftigung mit den Inhalten und Strukturen zeigt aber auch, dass in Tat und Wahrheit eine Premiumversorgung angestrebt wird (professionelle Antworten auf höchstem Niveau), für die auch nur eine Premiumbildung gut genug ist. Da erscheint es folgerichtig, dass die Schweiz pro Jahr eine Milliarde in die Bildung im Gesundheitssektor investiert.

In diesem Kontext wirken Feststellungen eines «Bildungsversagens» irritierend. Es gibt aber deutliche Hinweise auf ein Auseinanderdriften von Intention, Bedarf und Realität: Mangelsituationen und Fehlverteilungen in der Versorgung, die hohe Zahl von Berufsaussteigern, die verbreitete Resignation und Reformmüdigkeit sowie der verblassende Nimbus eines heroischen Kampfes um das Leben, weil im Alltag die schleichende Zunahme chronischer Krankheiten die spektakuläre Intervention verdrängt.

Bildung und Professionalisierung geben Antworten auf Probleme von gestern

Im eingangs erwähnten Bericht der Lancet-Kommission² (Frenk et al. 2010) wird nachgezeichnet, weshalb diese Disparitäten entstanden sind. Die Ausbildung in den Gesundheitsberufen hat sich demnach seit dem Flexner-Report zur medizinischen Lehre (1910) aufgrund von gesellschaftlichen und/oder epidemiologischen Rahmenbedingungen sowie berufs- und/oder hochschulpolitischen Zielen in idealtypischen Szenarien entwickelt, die jeweils ein bestimmtes Kompetenzset anvisieren:

Abfolge der Bildungsstrategien, Reformen und Lernorte

um 1900	ab 1970	2010 Zukunft
Didaktisches Szenario Universitäre Medizin Etablierung der Medizin als (Natur-)Wissenschaft an der Universität und die Festlegung einer good clinical practice mittels pro-paedeutischem Wissen in der Vorklinik	Didaktisches Szenario PBL – ab 90er Jahre in CH Ausrichtung auf problemorientiertes Lernen, weniger auf Fakten und Fächer fokussiert, sondern – gestützt auf Kognitionsforschung – auf Theorie-Klinik-Transfer	Didaktisches Szenario Versorgungssystem (Lancet) Wirkungs- und Nutzen-Orientierung, welche die Priorität auf Bedarf, Nutzen und Prozesse im Versorgungssystem legt und die notwendigen Kompetenzen entwickelt
wissenschaftsbasiert – Frontale Wissensvermittlung in Uni und klin. Lehre bei Chefarzt – Naturwissenschaftlich dominierte Stoffvermittlung – Vorlesungen, Grossgruppen Grundlagenwissen, Übungen Expertise in Pathogenese – Learning by doing in Klinik «medizinische Lehre»	problembasiert – Problemorientierte Fallstudien (POL bzw. PBL) – Häufige + kritische Fälle – Tutorate, Kleingruppen – Themenblöcke: funktionale Systeme, Organe, Pathologie – Bedside teaching in Klinik, Rollen-sozialisation – Clinical / medical education	systembasiert – Kompetenzorientierte Bildung (gem. Bedarf, für Outcomes) – Angeleitetes Selbststudium + Kleingruppen /Tutorat – Skills labs und Feedbackkultur – Teamarbeit, soziales Umfeld, soft factors, Bedside teaching – Immersion in interprofessionelle Versorgungsprozesse, Leadership bei Veränderung

In Ergänzung des Lancet-Reports muss darauf verwiesen werden, dass in der universitären Medizin nebst dem aktuellen Mainstream-Szenario PBL eine vierte Strategie an Terrain gewinnt, die direkt aus den Flexner'schen Postulaten abgeleitet wird. Dabei handelt es sich um die Physician-Scientist-Medizin, welche mit exzellenter Grundlagenforschung und translationaler Forschung einen technologiebasierten Gesundheitsgewinn erzeugen will (insb. Cooke, Irby & O'Brien 2010).

Die Lancet-Kommission kritisiert mehrfach, dass die fachliche Expertise und Exzellenz («von immer weniger immer mehr wissen») vor alle anderen Ziele gestellt wird. In ihrer Analyse benennt sie eine Reihe von weiteren Mängeln, so die Hierarchisierung der Berufe und Spezialisierungen, die Berufssozialisation, welche episodische Kontakte und technisch-instrumentelle Interventionen vor allem in der Spitalversorgung lehrt, die Ferne zur Grundversorgung, die ungenügende Vorbereitung auf Teamarbeit und v.a. das Ausblenden der Zusammenhänge zwischen Gesundheitssystem, Wirtschaft und Politik. Entsprechend wird bilanziert, dass in alten Denkmustern verharrt wird, statt zukunftsfähige Health Professionals zu produzieren, und dass «löbliche Anstrengungen, diese Mängel zu beheben, grösstenteils gescheitert sind, auch aufgrund des «Stammesdenkens» der Berufe – d. h. der Neigung, im Alleingang oder gar in Konkurrenz zueinander zu handeln».

Die dritte Bildungsreform rasch umsetzen

Als bereits in der Ausbildung entscheidend wird die Interprofessionalität genannt, die «breaks down professional silos, enhances collaborative and non-hierarchical relationships in effective teams, promotes a new professionalism that develops a common set of values around social accountability» (Frenk et al. 2010). Die von der Lancet-Kommission propagierte neue Didaktik der dritten Generation umfasst

- die Einführung kompetenzorientierter Curricula
- weniger Faktenlernen, aber höhere Anteile von angeleitetem Selbststudium und reflektierter Praxis

- die Stärkung von Recherche, Analyse und Synthese von Informationen
- eine Neupositionierung der engen fachlichen Expertise gegenüber den Kernkompetenzen für interprofessionelle Teamarbeit und integrierte Prozesse
- die Nutzung der Möglichkeiten der Informationstechnologie
- das Aufgeben der heutigen institutionellen Grenzen der Ausbildung zugunsten berufsübergreifender Ausbildungen.

Einer der neu geprägten Schlüsselbegriffe ist das transformative Lernen. Studierende sollen befähigt werden, vorhandenes Wissen umzusetzen, ein kritisches Urteilsvermögen zu entwickeln und nach ethischen Gesichtspunkten zu handeln, um im Team und in der Gesellschaft Leadership zur Bewältigung des Wandels zu übernehmen und als aufgeklärte, veränderungswillige Akteure Gesundheitsnutzen einzufordern und zu mehren – sie sollen durch transformatives Lernen selber zu «Transformatoren» werden.

Transformatives Lernen: Ebenen des Lernprozesses

	Ziele	Ergebnisse
Informativ	Wissen und Fertigkeiten	Fachliche, professions-spezifische Expertisen
Formativ	Sozialisierung, Werte	Verantwortlich handelnde Professionsangehörige
Transformativ	Führungseigenschaften	Aufgeklärte, veränderungswillige Akteure

Umgehen mit Knappheit als Schlüsselkompetenz

Mit Blick auf den Horizont 2025 dürften allerdings andere Determinanten weitaus entscheidender werden als die Profession und die selbstdefinierte Professionalität. Zu nennen sind dabei Faktoren, die zu starken Limitierungen und Knappheiten beim Personal als kostbarste Ressource führen:

- die von veränderten Lebensstilen und Lebensentwürfen induzierte hohe Zahl von Berufsaussteigern bei den Health Professionals, die von der Ausbildung weg über alle Phasen des Arbeitslebens hinweg anhält
- die Pensionierungswelle, die gemäss Obsan ab 2020 verstärkt einsetzen wird, und die insbesondere zu einer Erosion von Arbeitskräften mit grosser Erfahrung und Expertise führt
- die Ausbildungskapazitäten, die je nach Berechnung nur die Hälfte oder gar nur ein Drittel des prognostizierten Bedarfs decken können (bis 2030 nur ca. 70 000 neue Health Professionals statt der benötigten 120 000 bis 190 000)
- die Abnahme von Schulabgängern bis 2017 (jedes Jahr rund 2% weniger); dieser Rückgang hat für Bildung, Versorgung und Kaderrekrutierung Auswirkungen bis etwa 2030.

Diese ungünstigen Faktoren werden verschärft durch:

- die doppelt so hohe Nachfrage nach Arbeitskräften im Gesundheitssektor im Vergleich zum gesamten Dienstleistungssektor
- die von der Gesundheitspolitik initiierte Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes vom bisher priorisierten stationären Sektor zur Versorgung im ambulanten Bereich und zur Langzeitversorgung, was die Attraktivität bei der Berufswahl mindert
- die generell sinkende Attraktivität des Gesundheitswesens im Vergleich zu anderen Branchen, nicht zuletzt wegen der rigiden Anstellungsbedingungen und der oft negativen Berufskommunikation der Health Professionals selber.

Diese Trends legen nahe, dass sich die Bildung nach Jahrzehnten des unbegrenzten Wachstums, der Exzellenzorientierung und Premiumversorgung auf eine neuartige Systemdynamik ausrichten muss, in der Knappheit und effizienter Ressourceneinsatz handlungsleitend sind. Nebst der fachlichen Expertise rücken damit die Organisation und Arbeitsteilung mit anderen Gesundheitsberufen sowie das Schnittstellen-Management in den Blick. Von Interesse ist primär das Zusammenwirken von Fachleuten mit unterschiedlichen, sich ergänzenden Kompetenzen, um die präventiven, diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen oder palliativen Ziele zu erreichen. Ungewohnt neu könnten die Verhältnisse werden, weil die diplomierten Health Professionals die Minderheit des gesamten Gesundheitspersonals bilden und v.a. die Fachführung von Personen übernehmen, denen Aufgaben übertragen werden, die in der heutigen Regulierung Professionen vorbehalten sind.

Eine neue Gesundheitsbildungspolitik – aber nicht das Ende der Professionen

Idealerweise müssten die Gesundheitspolitik und die Praxis der Bildungspolitik einen klaren Auftrag erteilen, damit bis 2025 eine massgebende Menge von Health Professionals auf dem Arbeitsmarkt tätig ist. Allerdings verfolgen beide Teilsysteme unterschiedliche Prioritäten, und auch die Auffassungen über die Ausgestaltung einer interprofessionellen Bildung gehen auseinander. Das hergebrachte Dogma, dass zuerst die eigene berufliche Identität gefestigt werden muss, bevor die gemeinsame Problemlösung möglich ist, wird kritisch als «Konstrukt zur Machtausübung» hinterfragt, bei dem «the concept of medical professionalism not a quality of individuals but a kind of rhetorical tactic to perpetuate power» sei (Christmas & Millward 2011, S. 6). Weltweit gibt es allerdings viele Ansätze und Modelle, die aufzeigen, wie die angehenden Health Professionals lernen können, sich im Rahmen eines interprofessionell angelegten Ausbildungsgeschehens ihrer jeweils professionsspezifischen Kompetenzen zu vergewissern und diese in die Berufsausübung hineinzutragen (Sottas & Brügger 2012). Mit Blick auf die Verschiebungen wird sich eine zukunftsfähige Gesundheitsbildungspolitik deshalb nicht nur mit den Professionals beschäftigen müssen, die heute die Spitze der Versorgungspyramide bilden, sondern v.a. mit dem «Unterbau». Sie wird Interprofessionalität mit Angehörigen verschiedener Berufsgruppen erreichen müssen, zum Beispiel mit AssistentInnen, WiedereinsteigerInnen, Laien in der häuslichen Versorgung, PendelmigrantInnen aus dem Osten oder Süden, Angehörigen und Expert Patients.

Der Weg zu einer Bildung, die den Herausforderungen von 2025 gerecht wird, führt dabei über viele pragmatische Annäherungen an die sich verändernden Verhältnisse. Wie bereits nach dem Erscheinen des Flexner-Reports vor 100 Jahren ist die Neuausrichtung der Bildungsstrategie ein langer und schwieriger Prozess. Careum will einen Beitrag dazu leisten und den Dialog zwischen Bildungsregulatoren und Bildungsstätten fördern. Allerdings: «Dialogue is not a miracle cure. In particular, given the amount of discussion about medical professionalism that has taken place over recent years, one must wonder why things have not already changed. A future dialogue must never lose sight of a critical question: What can we do differently this time to avoid the same outcome?» (Christmas & Millward 2011, S.4).



Dr. Beat Sottas, Bourguillon

Beat Sottas ist Stiftungsrat und Mitglied des Leitenden Ausschusses der 1882 gegründeten Careum Stiftung in Zürich. Careum ist ein gemeinnütziger und unabhängiger ThinkTank, der unter dem Leitspruch «Die Gesundheitswelt der Zukunft denken» Impulse für die Bildung im Gesundheitswesen und zur Entwicklung des Gesundheitssystems gibt und den Dialog zwischen den Akteuren fördert.

Referenzen

Christmas S. & Millward L. 2011. New medical professionalism. The Health Foundation, London.
Cooke M., Irby D.M. & O'Brien B.C. 2010. Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency. San Francisco: Jossey-Bass.

Frenk J., Chen L. et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 376: 1923–1958. Deutsche Übersetzung unter www.careum.ch/lancet-report.

Sottas B. & Brügger S. 2012. Gesundheitsuniversitäten – Beispiele und Best Practices zum interprofessionellen Lernen. ZHAW, Winterthur (erscheint im Juni 2012).

Kommentare

Kommentar von Prof. Dr. Dr. K.W. Grätz, Zürich, Präsident des «Collège des Doyens»

Das Collège des Doyens begrüsst die im Schwerpunktbeitrag von Dr. Beat Sottas angeregte Reflexion über Bildungsfragen aller Akteure im Gesundheitswesen. Gerade auch aus einer systembasierten Sicht des Gesundheitswesens heraus erscheint der zu intensivierende Dialog zwischen den universitären Medizinalberufen und den Gesundheitsfachberufen wesentlich für ein zukünftiges, ganz unterschiedlichen gesellschaftlichen und individualisierten Ansprüchen Rechnung tragendes Gesundheitssystem.

Die Ausführungen von Beat Sottas basieren weitgehend auf der deutschen Übersetzung des sogenannten Lancet Reports zur Ausbildung von «Health Professionals» für das 21. Jahrhundert (Frenk et al. 2010). Das Collège des Doyens erachtet jedoch einige Ergänzungen und Präzisierungen für den weiteren Diskurs als wichtig. Bezüglich der ärztlichen Ausbildung sind hier die auch von Sottas zitierte Schrift von Cooke, Irby & O'Brien (2010) zur Ausbildung von Ärzten sowie eine ergänzende Publikation (Irby 2011) zu nennen. Irby (2011) fasst die wesentlichen Empfehlungen für eine weitere Reform der ärztlichen Ausbildung zusammen:

- 1 standardize on learning outcomes while individualizing the learning process,
- 2 integrate formal knowledge with clinical experience,
- 3 imbue habits of inquiry and improvement to achieve lifelong learning and excellence, and
- 4 explicitly cultivate the formation of professional identity.

In diesem Sinne notwendig erscheint auch eine Differenzierung einiger Thesen und Aussagen bezüglich der Ausbildung der verschiedenen Gesundheitsfachleute (definiert als Kategorie aller Personen, die im Gesundheitssektor mit einem Hochschulabschluss arbeiten). Trotz der Förderung eines interprofessionellen Austausches können nicht alle Annahmen und zukünftigen Empfehlungen für alle Gesundheitsfachleute gleichlautend formuliert werden. Die Medizinischen Fakultäten der Schweiz befürworten einen Austausch und eine Öffnung bezüglich aller Ausbildungsfragen von weiteren Gesundheitsfachberufen und distanzieren sich von der bei Sottas zitierten «Ausbildung zum Verriegeln und Verriegeln».

Bezüglich der Attraktivität der Ausbildung in den universitären Medizinalberufen ist festzuhalten, dass vor allem in der Humanmedizin nach wie vor ein deutlicher Anstieg an Studienplatzbewerbern zu beobachten ist (www.crus.ch; Anmeldung zum Medizinstudium).

Die im Lancet-Bericht skizzierte Abfolge von idealtypischen Szenarien erscheint sehr vereinfachend und generalisierend, und demzufolge auch nicht auf alle Medizinalberufe und Gesundheitsfachberufe anwendbar. Zudem impliziert die idealtypische Darstellung separate und gegensätzliche Charakteristika der Reformphasen. Dabei ist z.B. die in der zweiten Reformphase skizzierte problembasierte Ausbildung selbstverständlich auch wissenschaftsbasiert. Mit dem Medizinalberufegesetz, den neuen Eidgenössischen Prüfungen und dem Schweizerischen Lernzielkatalog sind längst system- und kompetenzbasierte Ausbildungsreformen umgesetzt und im Rahmen von Akkreditierungen begutachtet worden (Schirlo & Heusser 2010). Insofern kann für die humanmedizinischen Studiengänge auch nicht von einem «Mainstream-Szenario PBL» gesprochen werden.

Wenn Sottas von einer «Physician-Scientist-Medizin» spricht, ist diese als eine wesentliche Säule für die Entwicklung einer hochstehenden medizinischen Versorgung in der Schweiz zu sehen. Alle Entwicklungen und Fortschritte in Pathogenese, Diagnostik, Therapie und Prävention sind daten- und forschungsbasiert und müssen es auch in Zukunft sein. Das Collège des Doyens ist überzeugt, dass der Dialog zwischen allen am Patienten tätigen Fachleuten intensiviert werden muss; die daraus erwachsenden Anforderungen werden für die zukünftige Ausbildung von Health Professionals wesentlich sein. Die demografische Entwicklung, mögliche Ressourceneinschränkungen im Gesundheitssystem, das enorm gewachsene biomedizinische Wissen und dessen Translation in die klinische Versorgung: diese Herausforderungen können letztlich nur von allen Akteuren gemeinsam erfolgreich angegangen werden.

Kommentar von Prof. Dr. Cornelia Oertle, Bern, Präsidentin Fachkonferenz Gesundheit der Konferenz der Fachhochschulen

Der Lancet-Bericht (Frenk et al. 2010) reiht sich ein in eine ganze Serie von Artikeln und Studien zu Gesundheitsfachpersonen, die in den letzten Jahren auch in der Schweiz erschienen sind. Der Fokus dieser Berichte liegt insbesondere auf dem drohenden Mangel an Gesundheitsfachleuten – hauptsächlich an Pflegepersonal und Hausärzten. Diskussionen über eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen und über neue Versorgungsmodelle werden mittlerweile nicht mehr nur hinter vorgehaltener Hand und von aufgeklärten Fachleuten geführt, sondern haben Eingang in öffentliche Debatten gefunden. Der Lancet-Bericht legt sein Augenmerk auf die Ausbildung der Gesundheitsberufe und fordert gewichtige Reformen als Antwort auf die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts.

So sehr der Lancet-Bericht gute Anregungen gibt – ihn einfach auf schweizerische Verhältnisse zu übertragen wird den hiesigen Realitäten nicht gerecht. Der Bericht nimmt das US-Bildungssystem für Gesundheitsberufe als Richtschnur und ist von einer amerikanischen Sichtweise geprägt, auch wenn Experten und Expertinnen aus mehreren Ländern daran mitgearbeitet haben.

Gerade in der Pflegeausbildung gab es hierzulande bereits in den 1990er-Jahren pionierhafte didaktische Modelle: weg vom Auswendiglernen und einem sturen Fächerkatalog, hin zu Konzepten wie «Schlüsselkompetenzen» und «Zielorientierung». Feedback-Kultur und Reflexivität sind in der Schweiz eine bereits seit langem gelebte Realität in der Ausbildung der Gesundheitsberufe. Die Bildungsreformen in der Schweiz haben die dritte Stufe der neuen Kompetenzsets, die sich gemäss Lancet-Bericht erst ab 2010 entwickelten, schon früher anvisiert. Die Schweizer Fachhochschulen haben auf diesen guten Vorarbeiten aufgebaut und ihre Curricula für die verschiedenen Gesundheitsberufe entsprechend konzipiert, didaktisch weiterentwickelt und den neuen Herausforderungen angepasst (Ernährung und Diätetik; Ergotherapie; Hebamme; Pflege; Physiotherapie; Medizinische Radiologie in der Westschweiz). An vielen Fachhochschulen ist z.B. ein Kommunikationstraining mit professionellen Schauspielenden üblich. Selbststudium, Teamarbeit und Skills-Centers sind mittlerweile eine Selbstverständlichkeit von Gesundheitsausbildungen an Schweizer Fachhochschulen, auch das Üben mit Simulationsmodellen hat Einzug gefunden, etwa mit einer programmierbaren HighTech-Gebärdpuppe. Dabei werden zunehmend auch neue Skills wie Clinical Assessment und Clinical Reasoning geschult und interprofessionelle Situationen geübt, bei der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen wie von Ärzten und Hebammen bei Notfallsituationen in der Geburtshilfe. Damit sind die Studierenden auf die Herausforderungen des Gesundheitswesens gut vorbereitet.

Es gilt deshalb, den Lancet-Bericht kritisch zu hinterfragen, die schweizerischen Bildungsprogramme im Gesundheitswesen sorgfältig zu prüfen und Konzepte zu entwickeln, die den europäischen und schweizerischen Gegebenheiten gerecht werden. Mit ihren innovativen Curricula sind die Fachhochschulen Gesundheit gut unterwegs und haben die «dritte Bildungsreform» bereits eingeläutet.

Referenzen

- Cooke M., Irby D.M. & O'Brien B.C. 2010. Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency. San Francisco: Jossey-Bass.
- Frenk J., Chen L. et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 376: 1923–1958. Deutsche Übersetzung unter www.careum.ch/lancet-report.
- Irby D. 2011. Educating physicians for the future: Carnegie's calls for reform. Medical Teacher 33: 547–550.
- Schirlo C. & Heusser R. 2010. Quality assurance of medical education: a case study from Switzerland. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 27: Doc24.

Robert-Bing-Preis 2012

Die SAMW schreibt für 2012 den Robert-Bing-Preis für junge Forschende in Neurowissenschaften aus.

Der Preis wird aus dem Vermächtnis des Basler Neurologen Robert Bing (1878–1956) gemäss den Testamentsbestimmungen des Stifters zugesprochen an «Autoren hervorragender Arbeiten, welche Erkennung, Behandlung und Heilung der Nervenkrankheiten gefördert haben», um sie zu weiterer Forschung zu ermutigen.

Dem Wunsch des Stifters entsprechend werden als Preisträger jüngere (bis 45jährige) Schweizer Forscher bevorzugt. Der Robert-Bing-Preis wird in der Regel alle zwei Jahre mit einer Preissumme von CHF 50 000.– ausgeschrieben. Eingabetermin ist der 31. Juli 2012. Weitere Informationen sind abrufbar unter www.samw.ch/de/Forschung.

Theodore-Ott-Preis 2012

Die SAMW schreibt für 2012 den Théodore-Ott-Preis für ein Lebenswerk in Neurowissenschaften aus.

Der Preis wird aufgrund der letztwilligen Verfügung des Arztes Théodore Ott (1909–1991), Professor für Neurologie in Lausanne, an Forscher und Forscherinnen in der Schweiz verliehen, welche eine besonders bemerkenswerte Leistung im Bereich der Grundlagenforschung in den Neurowissenschaften vollbracht haben. Der Théodore-Ott-Preis wird in der Regel alle fünf Jahren mit einer Preissumme von CHF 50 000.– ausgeschrieben. Eingabetermin ist der 31. Juli 2012. Weitere Informationen sind abrufbar unter www.samw.ch/de/Forschung.



Symposium «Versorgungsforschung in der Schweiz» am 1. November 2012 in Bern

Anfang dieses Jahres hat die SAMW in Zusammenarbeit mit der Bangerter-Stiftung das neue Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» lanciert.

Versorgungsforschung untersucht, wie Menschen einen optimalen Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung erhalten, wie man diese Versorgung möglichst effizient gestaltet und welchen Effekt sie letztlich auf den Patienten hat. Versorgungsforschung schlägt so die Brücke zwischen den Ergebnissen klinischer Forschung und täglicher Praxis und zielt darauf ab, unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte «evidence-performance-gaps» zu minimieren.

Im Rahmen des neuen Förderprogramms findet am 1. November 2012 das erste öffentliche Symposium zur Versorgungsforschung statt; es wird gemeinsam organisiert von der SAMW und der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) und steht unter dem Thema «Versorgungsforschung in der Schweiz. Das Beispiel Onkologie».

Ziel der Veranstaltung ist es, Interessierte aus allen Fachgebieten und Professionen mit der Disziplin der Versorgungsforschung vertraut machen. Dazu werden am Vormittag grundlegende Aspekte thematisiert und anhand von Beispielen aus unterschiedlichen Versorgungsgebieten erläutert. Am Nachmittag liegt der Fokus auf der Onkologie, einem Fachgebiet mit besonders interessanten Fragestellungen im Hinblick auf eine adäquate und effiziente Versorgung.

ZENTRALE ETHIKKOMMISSION

Revision aller medizin-ethischen Richtlinien

Per 2013 wird das revidierte Erwachsenenschutzrecht in Kraft treten. Die Neuregelung umfasst Themen, die auch für die medizin-ethischen Richtlinien der SAMW zentral sind (z.B. die Patientenverfügung, die Vertretung bei medizinischen Massnahmen, der Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen oder die fürsorgliche Unterbringung). Die Zentrale Ethikkommission nimmt dies zum Anlass, alle medizin-ethischen Richtlinien im Rahmen einer Gesamtrevision zu überprüfen und an die neuen Bestimmungen anzupassen. Gleichzeitig überprüft sie auch alle Richtlinien darauf, ob sie noch den aktuellen Erkenntnisstand widerspiegeln und den Bedürfnissen und Realitäten der Praxis gerecht werden. Bis zur Senatssitzung der SAMW Ende November 2012 soll feststehen, welche Richtlinien umfassend revidiert oder zurückgezogen werden und welche revidierten Richtlinien vom Senat per Anfang 2013 in Kraft gesetzt werden.

Neue Empfehlungen zur ethischen Unterstützung in der Medizin

Institutionen des Gesundheitswesens bieten immer häufiger strukturierte Verfahren für ethische Fallbesprechungen an. Umfragen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften bei Schweizer Akutspitalern, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen und Institutionen der Rehabilitation bestätigen den Trend. Angesichts dieser Entwicklung hat die Zentrale Ethikkommission die Empfehlungen «Ethische Unterstützung in der Medizin» ausgearbeitet. Diese richten sich an Personen, die eine ethische Unterstützung anbieten, aber auch an Institutionen im stationären oder ambulanten Bereich, die ein solches Angebot aufbauen oder weiterführen wollen. Die Empfehlungen weisen einerseits auf die Vielfalt der Strukturen und Methoden zur Ethikunterstützung hin und gehen andererseits auf Grundlagen ein, welche die Kernelemente der Arbeit betreffen: Wann ist eine Anfrage um ethische Unterstützung sinnvoll? Welche Grundeinstel-

lungen, Kenntnisse und Kompetenzen sollten die beteiligten Personen mitbringen? Was ist bei Einzelfallentscheidungen, beim Erstellen von Ethik-Leitlinien oder in der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu beachten? Die Empfehlungen enthalten Hinweise zur Etablierung von ethischer Beratung: Welche strukturellen Voraussetzungen sollten erfüllt sein? Wie kann die Unabhängigkeit gewährleistet werden? Wie sollte ein Beratungsorgan zusammengesetzt sein und was trägt zur Erhöhung seiner Sichtbarkeit bei? Zudem werden praktische Hinweise in Form einer Checkliste gegeben, die eine Hilfestellung zur Auswahl der geeigneten Struktur für die ethische Einzelfallberatung und zur Organisation der Beratungsprozesse bieten sollen. Im Anhang werden verschiedene Methoden der Ethikunterstützung kurz vorgestellt. In der Vernehmlassung haben die Experten die Empfehlungen sehr positiv aufgenommen. Der Senat hat sie nun an seiner Mai-Sitzung definitiv verabschiedet.

Nachhaltiges Gesundheitssystem

2011 haben die Akademien der Wissenschaften Schweiz das Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» lanciert. Dieses Projekt möchte für das Schweizer Gesundheitswesen, welches derzeit enorme finanzielle und personelle Ressourcen beansprucht, nachhaltige Wege der Weiterentwicklung aufzeigen.

Mit einer Studie als erstem Teilprojekt sollte im Sinne einer Auslegeordnung die Basis gelegt werden für die weiteren Diskussionen. Die Erarbeitung der Studie wurde von den Akademien an das Institut für Pharmazeutische Medizin der Universität Basel sowie dessen Partner an der Universität Zürich, die Institute für Sozial- und Präventivmedizin und für Biomedizinische Ethik vergeben. Seit kurzem liegt der Schlussbericht vor; dieser ist auch online abrufbar auf der Website der Akademien (www.akademien-schweiz.ch).

Der Bericht beschreibt die zahlreichen Methoden zur Bestimmung und Bewertung des Nutzens von medizinischen Leistungen sowie deren Anwendung in verschiedenen Ländern mit ihren Vor- und Nachteilen. Er enthält zudem eine zusammenfassende Beurteilung der möglichen Bedeutung dieser Methoden für die Schweiz. Die Autoren kommen zum Schluss, dass angesichts der Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung die Potentiale einer modernen und breit abgestützten Evaluation der medizinischen Leistungen in der Schweiz verstärkt genutzt werden sollten. Sie plädieren zudem für die rasche Einführung eines methodisch fundierten, breit abgestützten und effizienten Health-Technology-Assessments (HTA). Ein HTA beurteilt medizinische Leistungen anhand ihres Nutzens und ihres Kosten-Nutzen-Verhältnisses, unter zusätzlicher Berücksichtigung ethischer, sozialer und juristischer Kriterien. Es soll die Werthaltungen der Schweizer Bevölkerung sowie die Präferenzen der Versicherten beachten und einen gerechten Zugang zu den medizinischen Leistungen für alle sicherstellen.

Mit dem Swiss Medical Board besteht bereits heute eine Institution, die nach den erwähnten Ansätzen einige viel beachtete Analysen und Vorschläge publiziert hat.

Medical Humanities in der Schweiz

Die Medizin befindet sich im Umbruch. Neue technologische und pharmakologische Entwicklungen, der Aus- und Umbau des Schweizer Gesundheitssystems, der Wandel der Berufe im Gesundheitswesen sind Ausdruck dafür. Die Akademien der Wissenschaften verfolgen und begleiten diese Entwicklungen seit langem und haben den «Wandel des Gesundheitssystems» als einen ihrer Schwerpunkte festgelegt. In diesem Umfeld ist das Projekt «Medical Humanities» angesiedelt, welches sich mit geistes- und sozialwissenschaftlichen Zugängen zur Medizin beschäftigt.

Der Begriff «Medical Humanities» wurde Ende der 1950er Jahre in den USA eingeführt, als an einzelnen Universitäten die medizinische Grundausbildung durch geistes- und sozialwissenschaftliche Kurse erweitert wurde. Patienten erzählen über ihre Anliegen, und Ärzte legen Krankengeschichten an: Mediziner müssen Erzählungen schreiben und interpretieren können. Das ist eine von vielen Kernkompetenzen, die sie von Geisteswissenschaftlern lernen können. Bis heute bilden die Medical Humanities jedoch ein wenig institutionalisiertes Feld, das sich vor allem über die Lehre und noch kaum über die Forschung definiert.

Unklar ist zudem, welches Fächerspektrum zum Tragen kommt. Medizinanthropologie und Psychologie gehören sicher dazu, wie aber steht es mit Ethik, den Rechtswissenschaften oder der Kunsttherapie?

Im Projekt «Medical Humanities» der Akademien sollen in einem ersten Schritt die interessierten Wissenschaftler aus Medizin und Geisteswissenschaften in Tagungen und Workshops zusammengeführt werden. Weiterhin wird der Forschungsstand zu den Medical Humanities mit Blick auf die medizinische Praxis analysiert und valorisiert. Gestützt auf diese Vorarbeiten soll ein langfristiger Dialog zwischen Kultur- und Sozialwissenschaftlern sowie Mediziner*innen angeregt werden.

Im Rahmen von medizinischen Tagungen fanden drei Workshops unter dem übergreifenden Thema «Intimität und Intrusion» statt, die die Möglichkeiten des interdisziplinären Diskurses beleuchteten. Grundlage des psychiatrischen Workshops bildeten vier Fallgeschichten aus der Praxis, die jeweils auch aus sozial- oder rechtswissenschaftlicher Perspektive betrachtet wurden: Wie geht man mit einer Patientin um, die sich tagelang nicht duscht? Wie kann der Therapeut verhindern, dass seine Befragungen für einen schwer traumatisierten Patienten alles noch schlimmer machen? Die klare Rollenverteilung bei diesem Workshop förderte zwar die Fokussierung auf das Tagungsthema, akzentuierte aber auch die bestehenden strukturellen und fachkulturellen Differenzen: Die Referenten aus den medizinischen Wissenschaften wurden vornehmlich als Praktiker angesprochen, die Referenten aus den Geistes- und Sozialwissenschaften als Beobachter und Interpreten der Fallbeispiele in grösseren Zusammenhängen.

Der zweite Workshop «Intimität und Intrusion auf der Intensivstation» thematisierte eine der Folgen der Technisierung in der Medizin: die Patienten sind oft in ihrer Kommunikations- und Handlungsfähigkeit eingeschränkt, gleichzeitig wird der «nackte» Körper jedoch intensiv beobachtet. Im dritten Workshop «Konsultation und Sexualität jenseits von Viagra und Scham» stand das Perspektiventraing im Vordergrund. Die Sexualität wird oft mit dem Intimsten gleichgesetzt und markiert deshalb einen Raum, der auch im klinischen Alltag von vielschichtigen Berührungängsten geprägt ist. In allen drei Workshops zeichnete sich ab, dass vielen Ärzten und Pflegenden ein naturwissenschaftlicher Referenzrahmen nicht genügt, wenn sie die Leiden ihrer Patienten interpretieren und behandeln. Ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit bezieht auch soziale und kulturelle Faktoren mit ein. Die Workshops wurden von der Kulturwissenschaftlerin Sibylle Obrecht begleitet und in einem Bericht aufgearbeitet.

Die Akademien der Wissenschaften Schweiz hoffen, mit ihrem Projekt «Medical Humanities» den wichtigen Austausch und den partnerschaftlichen Dialog zwischen Mediziner*innen sowie Sozial- und Geisteswissenschaftlern anstossen bzw. vertiefen zu können.

Prix Média 2012

Die Akademien der Wissenschaften Schweiz zeichnen mit dem «Prix Média» journalistische Beiträge von herausragender Qualität aus, die leserfreundlich und gut verständlich verfasst sind und in einem regelmässig erscheinenden Schweizer Medium publiziert wurden. Die Ausschreibung richtet sich an Medienschaffende und Wissenschaftler*innen, welche ein wissenschaftliches Thema gekonnt aufarbeiten und so einem breiten Publikum nahe bringen. Berücksichtigt werden Beiträge, die zwischen dem 1. September 2011 und dem 15. Juni 2012 erschienen sind. Einsendeschluss ist der 15. Juni 2012. Weitere Informationen unter www.akademien-schweiz.ch/index/Aktuell/Ausschreibungen.

Die Programme der folgenden Veranstaltungen sind abrufbar unter www.samw.ch/de/agenda

Personalisierte Medizin in der klinischen Forschung

Symposium, 14. Juni 2012, Zürich

Das dritte Symposium der Swiss Clinical Trial Organisation findet im UniversitätsSpital Zürich statt. National und international führende Experten werden Einblick in die neusten Entwicklungen in diesem gegenwärtig höchst dynamischen Forschungsfeld verschaffen.

Das Symposium hat sich zu einer wichtigen, multidisziplinären Konferenz für alle entwickelt, die in der klinischen Forschung in der Schweiz engagiert sind, sowohl für Fachpersonen aus der Akademie und Industrie, als auch für Vertreter von Gesundheitsbehörden und Patientenorganisationen.

Medizin für alle? Ethische Anforderungen an Kosten/Nutzenbewertungen in der Medizin

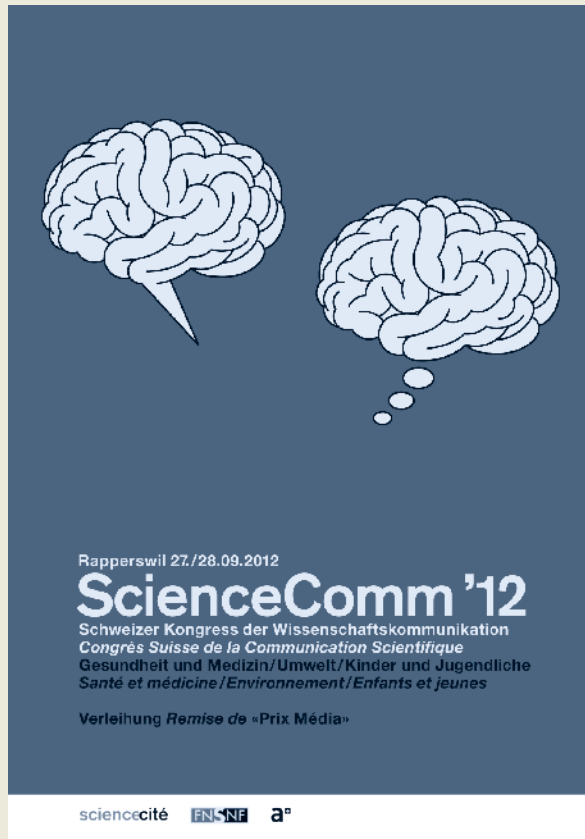
Tagung, 5. Juli 2012, Bern

An diesem interdisziplinären Symposium werden ausgehend von konkreten Fallbeispielen aus der Intensivmedizin und der Onkologie die Prinzipien und Methoden der Bewertung von Kosten und Nutzen in der Medizin diskutiert. Was sind Möglichkeiten und Grenzen der Bestimmung von Lebensqualität als zentralem Kriterium in diesem Gebiet? Welche weiteren Kriterien sind von Bedeutung? Was sind die bisherigen Erfahrungen und wie sind diese einzuschätzen? Und welche konkreten Anforderungen sind aus ethischer, juristischer, ökonomischer und politischer Hinsicht an solche Bewertungs-Verfahren zu stellen?

Gesellschaft und Krankheit: Medikalisierung im Spannungsfeld von Recht und Medizin

9. Freiburger Sozialrechtstage, 6./7. September 2012, Freiburg

Die vergangene Rentenkrise in der Invalidenversicherung ist in hohem Masse durch eine Medikalisierung nichtmedizinischer Probleme und nur am Rande durch Missbrauch und Betrug verursacht worden. Was aber ist unter Medikalisierung zu verstehen? Wie verbreitet ist sie? Welche Kräfte treiben sie an? Wie weit sind dafür Recht und Medizin, aber auch andere Faktoren verantwortlich? Fachleute aus Soziologie, Recht, Medizin, Ökonomie und andern Bereichen werden aus theoretischer und praktischer Sicht die Problematik unter die Lupe nehmen. Auch sollen Mittel und Wege skizziert werden, das Phänomen besser in den Griff zu bekommen.



ScienceComm '12

Kongress, 27./28. September 2012, Schloss Rapperswil

Der Kongress ScienceComm vernetzt die Akteure der Wissenschaftskommunikation der Schweiz. Das Zielpublikum reicht von Kommunikationsfachleuten, Firmenvertretern oder Bildungspolitikern bis zu Forschern. Während zweier Tage gibt es Präsentationen, Workshops, einen Science Biergarten und einen Marktplatz.

Der Kongress wird von der Stiftung Science et Cité organisiert und gemeinsam vom Schweizerischen Nationalfonds, den Akademien der Wissenschaften Schweiz und der Stiftung Science et Cité getragen.



SAMW

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy of Medical Sciences

Das SAMWbulletin erscheint 4-mal jährlich.

Auflage: 3500 (2600 deutsch, 900 französisch).

Herausgeberin: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW
 Petersplatz 13
 CH-4051 Basel
 Tel. 061 269 90 30
 Fax 061 269 90 39
 mail@samw.ch
 www.samw.ch

Redaktion: Dr. Valentin Amrhein

Mitarbeit: Dr. Hermann Amstad, lic. iur. Michelle Salathé, Dr. Katrin Cramer

Gestaltung: Howald Fosco, Basel

Druck: Kreis Druck AG, Basel

ISSN 1662-6028



Mitglied der Akademien der Wissenschaften Schweiz