

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
<i>Executive Summary</i>	
Gesundheitsbildungspolitik: Gesundheit und Bildung als lernende Systeme (mit weiteren Sektoren) zusammenführen	3
1. Welche Bildung benötigt das Gesundheitssystem?	5
1.1 Das Gesundheitssystem beinhaltet mehr als Krankenbehandlung	5
1.2 Das Gesundheitssystem muss Bildung langfristig denken	6
1.3 Die notwendige Breite der Praxis in der Bildung berücksichtigen	7
1.4 System- und Sektorengrenzen überwinden	8
1.5 Bildung für das Gesundheitssystem – eine neue Gouvernanz	9
2. Trends und Herausforderungen	12
2.1 Defizite bei den patientenbezogenen Funktionen	12
2.2 Megatrends, Triebkräfte und Bildungsbedarf	13
2.3 Die «richtige Bildung» für die «richtige Versorgung»	17
2.4 Berufe im Gesundheitssystem – taugt der Professionsbegriff noch?	20
2.5 Gender und Diversity in Care- und Carearbeit	21
2.6 Ungleichbehandlung bei der Finanzierung der Bildung	22
3. Eine neue Gesundheitsbildungspolitik	24
3.1 Die Lancet-Vorschläge weiterdenken und weiterentwickeln	24
3.2 Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik	25
❶ Bildung auf Gesundheitskompetenz und eine neue professionelle Haltung ausrichten	25
❷ Gesundheitsbildungspolitik umfassend denken	26
❸ Bildungsreformen sektorenübergreifend lenken	27
❹ Kooperieren lernen: Strukturen und eine Kultur des Miteinander entwickeln	27
❺ Parallelstrategie für eine zukunftsorientierte Weiterbildung	28
Datengrundlagen und Wissen schaffen:	
Die Forschung über das Gesundheits- und Bildungssystem stärken	29
Bildungsinstitutionen verändern:	
mutige Annäherung an die Vision Gesundheitscampus zulassen	30
Regulierung: Gesetze dem Bedarf anpassen	31
Dialogstrukturen schaffen: eine kontinuierliche intersektorale Zusammenarbeit und Prozessmoderation ermöglichen	32
4. Ausblick	34
Literaturverzeichnis	36
Autorinnen und Autoren	38

Vorwort

2

Das vorliegende Careum Working Paper ist als Diskussionsbasis für den Careum Dialog 2013 zum Thema «Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik» entstanden. Die Careum Stiftung partizipiert mit den Dialogen zur Gesundheitsbildungspolitik an der weltweiten Reflexion zur Überwindung der Mängel, Defizite und Zielkonflikte der Bildungsstrategien. Den Ausgangspunkt bildet der Lancet-Report «*Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten für das 21. Jahrhundert*», der von der Careum Stiftung ins Deutsche übersetzt wurde. Zu den Dialogen werden jeweils rund 80 Entscheidungsträger¹ aus der Schweiz, Deutschland und Österreich eingeladen, um zu diskutieren, welche Bildungsstrategien und -strukturen nötig sind, um die *richtigen Fachleute* für die Gesundheitssysteme des 21. Jahrhunderts auszubilden.

Die Autoren haben die Ergebnisse der Careum Dialoge 2012 und 2013 in Zürich und in Wien sowie die teils kontroversen Debatten aufgenommen und in einem mehrmonatigen Reflexionsprozess versucht, den Fragen zur Ausrichtung der Bildung nach Massgabe der Gesundheitsorientierung und des Gesundheitsnutzens für die Gesellschaft nachzugehen. Diese Analyse führte zu einer Beschäftigung mit den gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Herausforderungen sowie den Grenzen des Gesundheitssystems. Im Verlaufe der Diskussionen hat sich gezeigt, dass es zielführend ist, nicht von den Berufsgruppen auszugehen, sondern von den Funktionen des gesamten Gesundheitssystems abzuleiten, welche Fachpersonen zur Bewältigung der Herausforderungen aus der Perspektive einer reformorientierten Gesundheitspolitik notwendig sind. Daraus sind neue Handlungsziele für die Gesundheitsbildungspolitik erwachsen. Der von den Autoren vertretene Ansatz eröffnet eine völlig neuartige Perspektive für die Bildungspolitik, insbesondere weil er sich von den aktuell dominierenden Fragen der Professionsentwicklung in der Krankenbehandlung löst.

Die Autoren danken den Dialog-Teilnehmern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, welche aktiv mitgewirkt haben, um die vorgelegten Postulate über eine zukunftsfähige Gesundheitsbildungspolitik zu schärfen. Die Resonanz hat die Autoren zur Überarbeitung des Working Papers ermutigt und die Careum Stiftung überzeugt, den Dialog weiterzuführen. Mit Blick auf die hoch gesteckten Ziele bleibt die vorliegende Fassung *work in progress*. Die Argumente scheinen uns jedoch hinreichend griffig, um die Diskussionen zu bereichern und mit Impulsen auf die Konkretisierung in den drei Ländern hinzuarbeiten.

Beat Sottas, Careum, Zürich

Heidi Höppner, Alice Salomon, Hochschule, Berlin

Ilona Kickbusch, Careum, Zürich

Jürgen Pelikan, Ludwig Boltzmann, Institut Health Promotion Research, Wien

Josef Probst, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wien

¹ Im Interesse der Lesbarkeit werden die männliche und die weibliche Form synonym verwendet.

Gesundheitsbildungspolitik: Gesundheit und Bildung als lernende Systeme (mit weiteren Sektoren) zusammenführen

Executive Summary

Die Postulate zu einer neuen Gesundheitsbildungspolitik schliessen hauptsächlich an zwei Argumentationslinien an. Einerseits sind es die Empfehlungen und Schlussfolgerungen aus dem Lancet-Report *«Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten für das 21. Jahrhundert»*, andererseits gibt das von den europäischen Staaten im Herbst 2012 akzeptierte WHO-Rahmenkonzept *«Gesundheit 2020»* gerade für die Politikgestaltung neue Orientierungspunkte, die sich an den *Health in All Policies*-Ansatz anlehnen.

Die Impulse des Lancet Reports und des WHO Rahmenkonzepts Gesundheit 2020 (und andere in die gleiche Richtung wirkende Initiativen) sind zwar bedeutsam, reichen aber für das Formulieren einer zukunftsfähigen Bildungsstrategie nicht aus. Die Herausforderungen im Kontext der jüngsten wirtschaftlichen und epidemiologischen Entwicklungen in Europa zeigen, dass neue Sicht- und Denkweisen (*«Mind Frames»*) bei allen im Gesundheitssystem Tätigen notwendig sind. Die Autoren wollen deshalb die Forderungen weiterdenken und weiterentwickeln. Um die erforderliche Integration der unterschiedlichen Perspektiven zu erreichen, schlagen sie vor, das Gesundheitssystem als Handlungsfeld umfassend zu betrachten, in dem vier Aufgabenfelder in gegenseitiger Abhängigkeit stehen (populationsbezogene Funktionen, patientenbezogene Funktionen, organisationsbezogene Funktionen, erkenntnisvermehrnde Funktionen).

Die Autoren fügen teils bekannte Argumentationslinien neu zusammen, um daraus fünf Postulate für eine zukunftsfähige Gesundheitsbildungspolitik abzuleiten:

1. Gesundheitsbildungsziele müssen auf Innovationsfähigkeit der Gesellschaft und die Gesundheitskompetenz der Bürger ausgerichtet sein. Bildung für die Berufe, die im Gesundheitssystem tätig sind, muss zu einem funktions- und sektorenübergreifenden Denken und einer neuen professionellen Haltung führen.
2. In der Gesundheitsbildungspolitik ist der Geltungsbereich auszuweiten. Nebst der Bildung für patientenbezogene Funktionen in der Krankenbehandlung müssen auch die populations- und organisationsbezogenen sowie die erkenntniserweiternden Funktionen hinsichtlich Regulierung und Finanzierung die gleiche Aufmerksamkeit erhalten.
3. Die Regierungen, die das WHO-Rahmenkonzept *«Gesundheit 2020»* verabschiedet haben, sind aufgefordert, eine Gesundheitsbildungspolitik zu etablieren und diese durch entsprechende Legislaturziele und die Budgetsteuerung prioritär in diese Richtung zu lenken.
Den Gesundheits- und Bildungsministern (der Länder bzw. Kantone und des Bundes) fallen zentrale Advocacy-Rollen bei der Abstimmung mit den anderen Ressorts zu, insb. mit den Finanzen und der Volkswirtschaft, der Forschung und Innovation sowie der Rechtsetzung.

4. Die Ausbildung für Funktionen im Gesundheitssystem muss nebst der fachlichen Expertise prioritär die Kooperations-Kompetenzen fördern. Diese Kompetenzen erfordern neue methodische und didaktische Ansätze, welche sektorenübergreifende Prozesse, interprofessionelle Lernarrangements und Lernorte in der gemeindenahen Praxis umfassen. Für eine solche Aus- und Weiterbildung sind auch reflektierende Lehrende erforderlich, die diese anspruchsvollen Prozesse der Kompetenzaneignung moderieren können.

5. Neben der zukunftsorientierten Ausbildung der Gesundheitsfachleute bedarf es einer parallelen Weiterbildungsstrategie für die derzeit im Gesundheitssystem Beschäftigten. Systematische und institutionell verankerte Weiterbildung, lebenslanges Lernen und die Entwicklung in Richtung lernende Organisationen sind essentiell für ein anpassungsfähiges und reformorientiertes Gesundheitssystem von morgen – parallel mit der Patienten- und Bürger-Gesundheitsbildung.

Die strategischen Massnahmen zielen darauf ab

- die Versorgungs- und Bildungsforschung funktionsübergreifend auszurichten
- die Bildungsinstitutionen als Gesundheitscampus aufzustellen
- die Gesetze dem Bedarf anzupassen und zurückhaltend zu regulieren
- Strukturen für kontinuierlichen Dialog und Zusammenarbeit zu schaffen

Die Postulate und die strategischen Massnahmen zeigen den politischen Steuerungsinstanzen, den Bildungsinstitutionen und den im Gesundheitssystem tätigen Unternehmungen, wie der Veränderungsprozess in der Bildung im Gesundheitssystem angegangen werden kann. Diese Vision ist breiter und umfassender: Sie nimmt nicht nur die Bildung für die Patientenversorgung im engeren Sinne und ihre Finanzierung in den Blick, sondern auch die Planung, die Steuerung und Führung des Gesundheitssystems sowie den Erkenntnisgewinn für Innovationen und die Unternehmensentwicklung. Im Ergebnis soll dieser Ansatz überholte Bilder und Konzepte verändern und «transformatives Lernen» ermöglichen. Dieses soll von einem kurationslastigen und arztzentrierten, tendenziell paternalistischen Interventionsmodell zu einem systemischen Verständnis von Prozessen führen, welches insgesamt mehr gesellschaftliche Teilhabe und bessere Gesundheit für alle und damit auch eine bessere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ermöglicht.

Die divergierenden Rechtslagen und insb. auch föderalen Strukturen und Zuständigkeiten in Deutschland, Österreich und der Schweiz legen nahe, die Konkretisierung und Umsetzung dieser reformorientierten Gesundheitsbildungspolitik in länderspezifischen Projektgruppen zu erarbeiten. Diese können auch abschätzen, welche Schritte und Massnahmen notwendig sind, um in den jeweiligen nationalen Strategiediskussionen Gehör zu finden und konkrete Modellprojekte zu entwickeln sowie jene Institutionen zu unterstützen und zu stärken, die bereits im Sinne der hier skizzierten Gesundheitsbildungspolitik in die Zukunft aufgebrochen sind.

1. Welche Bildung benötigt das Gesundheitssystem?

Bildung und Gesundheit sind zwei ausserordentlich wichtige und kostenintensive gesellschaftliche Bereiche. Sie stehen im Brennpunkt des Interesses der Öffentlichkeit und der Akteure – und sie sind in hohem Masse reglementiert.

1.1 Das Gesundheitssystem beinhaltet mehr als Krankenbehandlung

Gesundheitssysteme umfassen definitionsgemäss alle Organisationen, Institutionen und Ressourcen, die mit ihrem Handeln die Verbesserung, Wahrung oder Wiederherstellung von Gesundheit anstreben². Aus historischen Gründen wird das Gesundheitssystem deshalb häufig mit Krankenbehandlung und Heilung assoziiert bzw. gleichgesetzt, während Gesunderhaltung, Teilhabe, Selbstbestimmung und Funktionsfähigkeit nicht die gleiche Aufmerksamkeit erhalten. Diese Tradition hält bis heute an und gerade in der Bildung ist diese Schiefelage besonders augenfällig.

Für ein wirkungsvolles Gesundheitssystem mit hohem Gesundheitsnutzen braucht es aber verschiedenartige Fachleute und Berufsgruppen mit unterschiedlichen funktionsbezogenen Kompetenzen und generalistischen Qualifikationen und auch ganz unterschiedlichen Graden an Expertise. Notwendig ist deshalb eine Blickerweiterung: Nebst der Krankenbehandlung ist im Gesundheitssystem das Zusammenspiel von vier Funktionsbereichen bzw. Aufgabefeldern zwingend erforderlich:

Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik

Vierfeldertafel: Ein wirksames Gesundheitssystem umfasst zwingend vier Funktionsbereiche



Abbildung 1: Die vier notwendigen Funktionsbereiche des Gesundheitssystems. Bildung muss allen Funktionen gerecht werden – lebenslang und interprofessionell über die Grenzen der Berufe hinweg und mit Partizipation der Bürger, Patienten und Angehörigen. © Careum

Die vier Funktionsfelder sind nicht gleichzusetzen mit Berufen, Rollen oder Personen im Gesundheitssystem. Aus der Systemperspektive und mit Blick auf die Herausforderungen und den Bedarf muss gefragt werden, für welche Funktionen und Rollen welche spezifischen Kompetenzen und Qualifikationen notwendig sind.

² WHO (2000) The World Health Report 2000. Health systems: improving performance.

Die *populationsbezogenen Funktionen* umfassen Tätigkeiten und Aufgaben, welche für die öffentliche Gesundheit und das Leben bei guter Gesundheit notwendig sind. Sie tragen wesentlich zur Lebensqualität und zum Erhalt der wirtschaftlichen Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit bei.

populationsbezogene Funktionen

Die *patientenbezogenen Funktionen* umfassen die diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Tätigkeiten. In diesem Funktionsfeld finden sich die Berufsgruppen, die Aufgaben in der Krankenbehandlung wahrnehmen, die sich aber zunehmend auch mehr mit individueller Prävention, chronischen Erkrankungen und der palliativen Versorgung beschäftigen.

patientenbezogene Funktionen

Die *organisationsbezogenen Funktionen* umfassen Tätigkeiten und Aufgaben der sog. «Ermöglicher» in Führungsprozessen, im Management, in der Steuerung oder Aufsicht, in politischen Prozessen, in der Finanzierung oder in der Technik und Logistik.

organisationsbezogene Funktionen

Die *erkenntnisvermehrenden Funktionen* umfassen nebst dem traditionell wichtigen Feld der Forschung insbesondere auch die Qualitätssicherung sowie Statistiker, Epidemiologen und HTA- bzw. HIA-Fachleute³, also Personen, welche die Grundlagen und Analysen erarbeiten sowie die Wirkungen und den Nutzen evaluieren⁴.

erkenntnisvermehrende Funktionen

Die Anforderungen an das Bildungssystem sind aus dieser umfassenden Gesamtsicht abzuleiten. Dies führt zu einer Gesundheitsbildungspolitik, welche auch Raum für die in Zukunft notwendige interprofessionelle Weiterentwicklung der Berufe zur Krankenbehandlung lässt.

1.2 Das Gesundheitssystem muss Bildung langfristig denken

Die Frage, ob die im Gesundheitssystem Tätigen in hinreichendem Masse auf die künftigen Bedarfe ausgerichtet und vorbereitet sind, wird weltweit und aus verschiedenen Perspektiven kontrovers diskutiert. Während einerseits Defizite bei der fachlichen Perfektionierung, der Expertise und damit bei der internationalen Wettbewerbsfähigkeit geltend gemacht werden, gibt es andererseits kritische Stimmen, welche die Relevanz dieser Bildungsstrategien in Frage stellen. Kritisiert werden namentlich die Selbstreproduktion der Professionen und die Vormachtstellung der kurativen Tätigkeiten statt der Ausrichtung auf die Gesunderhaltung der Bevölkerung. Diesbezüglich gebe es eine selektive Wahrnehmung der Herausforderungen aufgrund paternalistischer Bedürfnis-

**Careum Dialoge
als Teil einer weltweiten
Reflexion zur Neuausrichtung
der Ausbildung**

▶ **siehe Postulat 1**

³ HTA = Health Technology Assessment bzw. Technikfolgenabschätzung im Gesundheitssystem. Diese umfasst deutlich weniger als das HIA (Health Impact Assessment), welches in einem systematischen Prozess geplante politische Vorhaben hinsichtlich der positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit sowie deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung analysiert und bewertet. Solche Nutzenanalysen haben unterschiedliche Namen; sie werden eingesetzt, um politische Entscheidungen im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik informierter zu gestalten.

⁴ Vgl. Murray, Frenk (2000) A framework for assessing the performance of health systems in: Bulletin of the World Health Organisation, 2000, 78

▶ siehe Postulat 4

und Bedarfsannahmen. Bemängelt wird zudem, dass das Orientierungswissen über die Rahmenbedingungen und die Dynamik des Gesundheitssystems sowie die Determinanten von Gesundheit und Krankheit mangelhaft seien, was die Vernetzung, effektivere Abläufe und interprofessionelle Zusammenarbeit behindere (siehe Kap. 2.1 und 2.3).

▶ siehe Postulat 2

Diese Feststellungen lassen erkennen, dass sich das Gesundheitssystem den Bildungserfordernissen seiner Akteure nicht entziehen kann: Es hat auch edukative Aufgaben und muss aktiv daran mitwirken, dass Aus-, Weiter- und Fortbildung jener Menschen sichergestellt wird, die in diesem System arbeiten.

**Lebenslanges Lernen wegen
kurzer Haltbarkeit des Wissens**

Bildungsstrategien müssen mehrdimensional angelegt werden, weil deren Entwicklung, Umsetzung und Wirkungsentfaltung lange Zeiträume beanspruchen. Zudem müssen sie unterschiedlichsten, ja zuweilen gegenläufigen Ansprüchen genügen:

- Das Wissen vermehrt sich rasch, die Interdependenzen nehmen zu und das System verändert sich von innen und von aussen her permanent und zuweilen sprungartig
- Neue epidemiologische Befunde und Prognosen sowie gesellschaftliche Veränderungen reduzieren die Halbwertszeit des Wissens
- Bildungs- und Lernprozesse können nicht als Einmalinput konzipiert werden; notwendig ist lebenslanges Lernen und Umlernen
- Die Kompetenzen der Patienten und die Ansprüche der Bürger nehmen laufend zu.

**Kompetenzen erwerben, die
auch in 15 Jahren weiter führen**

▶ siehe Postulat 5

Entsprechend braucht es Flexibilität in den Köpfen der Akteure und adäquate Weiterbildungsangebote – insbesondere auch, weil sich die Innovatoren gegen die konservierenden Kräfte durchsetzen müssen. Darüber hinaus müssen aber auch Patienten- und Angehörigenbildung sowie die Gesundheitskompetenzen der Bürger gesichert bleiben. Neben der Fachlichkeit gewinnt die Ko-Produktion an Bedeutung, also die Entwicklung von Kompetenzen, damit die Betroffenen aktiv beteiligt und in einem optimalen Zusammenspiel eingebunden werden können.

**Alle vier Funktionskontexte
fördern, nicht nur die
Krankenversorgung**

1.3 Die notwendige Breite der Praxis in der Bildung berücksichtigen

Die Vierfeldertafel der verschiedenen Funktionen des Gesundheitssystems (Abb. 1) macht deutlich, dass Bildungsstrategien zwingend alle vier Funktionsbereiche und ihr Zusammenspiel abdecken müssen. Konkret heisst dies, dass die Antwort auf die Herausforderungen nicht nur in einer – von den Steuerzahlern finanzierten – Steigerung der Ausbildungsplätze für die Krankenversorgung (insb. in der Medizin) bestehen kann.

Es bedarf vielmehr einer Strategie, welche den Bedarf an Fachpersonen für den ersten und zweiten Gesundheitsmarkt⁵ insgesamt abdeckt und zugleich den

⁵ Siehe dazu den Careum Dialog 2010 «Gesundheitspolitik trifft Gesundheitswirtschaft»

populations- und organisationsbezogenen und den erkenntnisvermehrenden Funktionen gerecht wird. Neben dem derzeit dominierenden Interesse an der Bildung für patientenbezogene Aufgaben müssen daher auch Institutionen aufgebaut werden, welche die Steuerungsfunktion unterstützen (z.B. Institute für Qualitätsmessung, Public Health Institute, HTA- und HIA-Institute, Institute für Gesundheitsökonomie). In diesen Institutionen müssen Menschen mit Fähigkeiten und Managementkompetenzen arbeiten, welche die reformorientierten Ansätze der Politik und der Versorgungsinstitutionen ermöglichen und unterstützen. Aber auch das Krankenversorgungssystem benötigt zusätzliches und teilweise neues Personal, welches sich mit der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten oder von Hochaltrigen und Menschen am Lebensende oder Kindern in prekären Lebenslagen befasst. Dabei verlieren Abgrenzungen gegenüber der Sozialarbeit und Sozialpädagogik an Bedeutung.

1.4 System- und Sektorengrenzen überwinden

Aufgrund der politischen Zuständigkeiten und rechtlichen Gegebenheiten betrifft die Gesundheitsbildungspolitik in den meisten Ländern sowohl das Gesundheits- als auch das Bildungssystem. Dadurch ist sie gleichzeitig in unterschiedlichen Politikressorts mit unterschiedlichen Interessenlagen verankert.

Die Analysen und Diskussionen zeigen, dass sich die beiden Systeme – von vereinzelt ermutigenden Brückenschlägen abgesehen – mit unterschiedlichen Themen und in einer weitgehend unabhängigen Dynamik im besten Fall parallel bewegen sowie in sektoriell ausgerichteten Politiken eigene Visionen, Prioritäten und Ziele verfolgen.

Zwei unabhängige Systeme mit sektoriellen Visionen, Prioritäten und Zielen

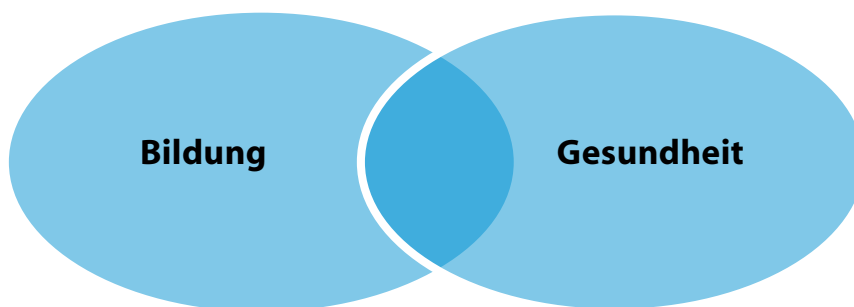


Abbildung 2: Trotz hoher Veränderungsdynamik und gemeinsamer Interessen sind die Ziele des Bildungs- und Gesundheitssystems unterschiedlich ausgerichtet und nicht abgestimmt – es gibt kaum einen gemeinsamen Dialog über die Zukunft.

Trotz rasanter Entwicklungen und hohem Reformdruck werden die Prioritäten nicht miteinander abgestimmt und Reformvorhaben scheitern vielfach an Partikularinteressen und mangelnder Reformbereitschaft der unterschiedlichen Akteursgruppen (u.a. WHO Europa 2012, SVR-G 2012).

Der in den Diskussionen öfters erwähnte «Bestellzettel» des Gesundheitssystems an das Bildungssystem mag zwar als Metapher taugen, aber eine solche Erwartung erweist sich als triviale Vereinfachung. Zwischen den beiden unab-

Erkenntnisgewinnende Funktionen stärken die Steuerung und die Führbarkeit

Das Paradigma der Reparatur überwinden

Unabhängige dynamische Systeme

Wenig Kooperationswilligkeit

hängigen Systemen besteht kein Auftragsverhältnis oder Dienstweg, um den Bedarf des Gesundheitssystems z.B. über die Menge und die angemessenen Befähigungen oder die Kompetenzen der Ausgebildeten zu deponieren und einzufordern. Der Focus auf das Spannungsfeld Gesundheitssystem – Bildungssystem greift zu kurz. Es reicht daher nicht, die Probleme an die Politik und Verwaltung bzw. die für die Bereiche Bildung und Gesundheit zuständigen Institutionen zu delegieren.

► siehe Postulat 3

Die Bedarfsfeststellung für die notwendigen Berufe und Profile erfordert vielmehr Prozesse des Aushandelns zwischen den massgeblichen Stakeholdern bzw. allen Beteiligten und Betroffenen, d.h. den Berufsgruppen ebenso wie den Vertretern der Politik und Verwaltung sowie den Patienten und Angehörigen und den wirtschaftlichen Akteuren. Sie sind – im Bewusstsein ihrer jeweiligen Eigeninteressen – in den Dialog gleichberechtigt mit einzubinden.

1.5 Bildung für das Gesundheitssystem – eine neue Gouvernanz

Kompetenz und Ko-Produktion sind die Schlüsselressourcen im Gesundheitssystem. Kompetenz findet sich teils beim qualifizierten Personal, teils beim Staat und den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, teils bei den Patienten und den Angehörigen – sie wird aber erst durch Ko-Produktion aller Beteiligten wirklich wirksam und führt zu Qualität, Bedarfsorientierung und Innovation.

Die gegenwärtigen Bildungsstrategien reflektieren diese Ausgangslage kaum, weil sie auf Prioritäten der Gesundheitsversorgung des frühen 20. Jahrhunderts basieren. Die damals dominierenden Gesundheitsprobleme stärkten ein kurativ orientiertes Krankenversorgungssystem, welches bis heute die Ressourcenallokation dominiert. Andere ebenfalls wichtige Aspekte wie Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention, mentale Gesundheit, die Langzeit- und Palliativversorgung, die Systemsteuerung und die Forschung über die Gesundheitsversorgung sowie die Forschung über die Bildungsstrategien und den daraus resultierenden Nutzen sind unterentwickelt.

Kompetenz ist eine breit verteilte Schlüsselressource

Mangel an Gesundheitsfachleuten verstellt den Blick auf die anderen ebenfalls notwendigen Funktionen

Die aktuell heftig geführte Diskussion um (quantitative) Mangelsituationen bei den patientenbezogenen Funktionen (Stichworte: Mangel an Ärzten und Pflegefachpersonen) sowie globale und regionale Fehlverteilungen der «Gesundheitsarbeiterinnen und -arbeiter» verstellen dabei den Blick auf das gesamte Aufgabenspektrum. Sie verdeutlichen, dass das «Gesamtsystem» kaum Fürsprecher hat – sondern stets von neuem auf die Definitionsmacht der einflussreichen Professionen zurückgeworfen wird. Ebenso wird dadurch die Frage nach allen anderen derzeit notwendigen und künftig erforderlichen Berufen für ein wirkungsvolles und bedarfsorientiertes Gesundheitssystem in den Hintergrund gedrängt. Aber die mangelnden Kapazitäten und Kompetenzen in sämtlichen Funktionen des Gesundheitssystems und insbesondere ihre mangelnde Verzahnung stellen ein wachsendes Problem dar (siehe Abb. 1: Vierfeldertafel über die notwendigen Funktionskontexte, die in der Gesundheitsbildungspolitik berücksichtigt werden müssen). Diese hervorzuheben liegt aber kaum im Interesse der dominierenden Professionen der Krankenbehandlung.

Gemessen an der Bedeutung der Gesundheit und des Gesundheitssystems muss die Bevölkerung ein Interesse an den im Bildungssystem erworbenen Kompetenzen von Fachpersonen sowie den Outcomes des Bildungssystems haben – und damit unmittelbar auch an der Art der Ausbildung. Die Rechnung für die Ausbildung wird in letzter Instanz meist durch öffentliche Finanzierung des Bildungssystems beglichen, d.h. in der Regel durch Steuergelder⁶. Dies erfolgt unabhängig von der Effizienz und Effektivität des Bildungssystems und somit unabhängig davon, ob ungünstige Verhältnisse konserviert oder ob Weichen für die Zukunft gelegt werden. Angesichts der Begrenztheit der Ressourcen ist der fehlende Bezug zwischen Investition und Nutzen bzw. Bedarf problematisch.

Das Setzen richtiger (Entwicklungs-)Anreize im Bildungssystem erscheint dringlich. Es macht für die Gesellschaft einen erheblichen Unterschied, ob die Bildungsangebote eine Fehlinvestition oder ein Aktivposten sind. Gute Antworten auf die künftigen gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Herausforderungen (z.B. der Demographie und Epidemiologie sowie der Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit) setzen regelmässige Feedback-Schleifen zwischen dem Versorgungsauftrag und dem Bildungsauftrag voraus. Damit aber die Funktionen ausserhalb der Patientenversorgung erfüllt werden können, muss eine grössere Zahl von Stakeholdern eingebunden werden. Dies bedeutet einen grundlegenden Kurswechsel in der Steuerung der Bildung gegenüber den aktuell vorherrschenden berufe- bzw. professionszentrierten Strategien.

Die WHO hat mit ihrer Strategie «Health in all Policies» (Gesundheit in allen Politikbereichen) wichtige Impulse⁷ gesetzt, um in der Gestaltung der Gesundheitspolitik ein breiter abgestütztes Engagement zu erreichen: Gesundheit und Wohlergehen der Menschen kann nicht an einen Sektor und die darin tätigen Fachleute delegiert werden – eine gesunde Bevölkerung entsteht, wenn alle Politikbereiche auf die Gesundheitsziele hin ausgerichtet und abgestimmt werden. Das bedeutet aber auch, dass eine viel breitere Gruppe von Fachleuten und Entscheidungsträgern über Gesundheit und ihre (sozialen) Determinanten orientiert sein muss.

Mit der Bildung im und für das Gesundheitssystem verhält es sich gleich: Sie kann nicht ausschliesslich an die patientenbezogen arbeitenden Berufe delegiert werden, ja sie darf ihnen nicht (mehr) überlassen werden. Der Lancet Report diskutiert ausführlich die Negativfolgen dieser Delegation (bzw. dieses Laisser-faire) und schliesst mit dem Fazit, dass die Ausbildungsziele und der gesellschaftliche Bedarf zunehmend auseinanderklaffen – mit weitreichenden

Die Bürger müssen ein Interesse an den Outcomes der Bildung haben – sie finanzieren sie

Feedback-Schleifen für einen Kurswechsel gegenüber der professionszentrierten Bildung

Die Bildungspolitik muss von «Health in All Policies» lernen

► siehe Postulat 2

⁶ Bildungschancen, Zugangsmöglichkeiten und Durchlässigkeit variieren zwischen den Berufen stark: während die Medizinerbildung und -weiterbildung mit einem öffentlichen Interesse begründet und finanziert wird, gilt insb. in Deutschland für «nicht-ärztliche» therapeutische Ausbildungen das Prinzip der Selbstfinanzierung oder hohen Selbstbeteiligung. Dies führt letztlich zu ungenügender Diversität.

⁷ Die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention ist schon früher in der Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung und Neuorientierung der Gesundheitsdienste (1986) hervorgehoben worden. Für den Bereich der Rehabilitation wird ein paradigmatischer Wandel hin zu Teilhabe und zur Potenzialförderung durch die ICF WHO 2001 formuliert.

Kompetenzen und Bedarf driften auseinander

Folgen⁸. Diese Widersprüche werden verschärft durch systemimmanente Triebkräfte und die von aussen einwirkenden «Megatrends» (siehe Kap. 2.2), die in ihrer Vielfalt und Komplexität oftmals widersprüchliche Veränderungen auslösen und neue Verhältnisse schaffen.

Diese breite Abstützung ist notwendig, weil neben dem kurativen System auch andere Bereiche grosses Interesse an Ausgebildeten haben, namentlich Institutionen der Forschung, die Versicherungen, die politisch-administrativen Steuerungsinstanzen, die Medien und die vielen Unternehmen der Gesundheitswirtschaft⁹ – diese Abnehmer rekrutieren vermehrt mit spezifischen Vorstellungen und Erwartungen Personal und treten damit auf dem Arbeitsmarkt dezidiert als «Besteller» auf.

► siehe Postulat 3

Gouvernanz heisst, Kooperationen suchen statt wegdelegieren

Die von der Autoren postulierte Ausweitung der Verantwortung und Zuständigkeit erscheint als zweckmässiger Ansatz, um die in Abb. 2 aufgezeigten divergierenden Handlungslogiken der zwei Politikbereiche Gesundheit und Bildung zu überwinden. Es gilt, durch die Einbindung der unterschiedlichen Akteure, der Ministerien und Ressorts, der Sozialversicherungen, der Gesundheitswirtschaft, der Bürger und Patienten sowie der Angehörigen in der häuslichen Versorgung diese Widersprüche zu klären, um die strategischen Linien und Handlungsziele gemeinsam zu entwerfen. Mit Blick auf die gesellschaftliche Verantwortung lässt sich auch ableiten, dass es eine Aufgabe der Politik ist, diesen Prozess zu führen. Daraus soll eine neue *Kultur der Kooperation und Verantwortlichkeit* resultieren, welche Problemlagen nicht wegdelegiert, sondern Bildungsziele sowie zukunftsfähige Strukturen und Prozesse und auch die Bildungsziele als ko-produziertes Ergebnis entstehen lässt¹⁰. Bildung für alle Funktionen im Gesundheitssystem muss deshalb flexibler und adaptiver gestaltet werden (siehe Kap.3 über die Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik).

⁸ Diese Nichtkoordination hat auch unerwünschte quantitative Aspekte: die Debatte um den Arbeitskräftemangel verläuft sehr einseitig; aus der Not heraus entstehen «pilzhafte» Auswüchse neuer Berufe und Beschäftigungsprogramme oder Assistenzen, die als Anlernen bzw. Anlehen zu deuten sind, ohne dass im Bildungssystem und für die neuen Beschäftigten selbst die notwendige Verlässlichkeit im Bildungssystem geschaffen wird. Wenn der Mangel irgendwie kompensiert werden muss, reagiert der Arbeitsmarkt mit Flickenschusterei und dem Stopfen von Löchern. Dies steht im Widerspruch zum Postulat, dass ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem in vielen Bereichen die «Besten» braucht (siehe auch die Begründung des Wissenschaftsrats 2012 zu komplexen Versorgungsaufgaben).

⁹ Gesundheitswirtschaft wird in den drei Ländern unterschiedlich verstanden. In der Schweiz wird darunter, anders als in Österreich, nebst der Pharmaindustrie und der Medizinaltechnik die gesamte Branche inklusive die mehrheitlich sehr personalintensiven Unternehmungen der Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und (Langzeit)versorgung sowie die Logistik, die Versicherungen und die Organe der politisch-administrativen Steuerung verstanden.

¹⁰ Siehe auch das «Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe» der Robert Bosch Stiftung.

2. Trends und Herausforderungen

2.1 Defizite bei den patientenbezogenen Funktionen

Die Investition in die Bildung von klinisch und therapeutisch Tätigen – was wir patientenbezogene Funktionen nennen – ist in den Industrieländern enorm. Im Lancet Report werden jährlich wiederkehrende Aufwendungen von 100 Milliarden Dollar genannt. Je nach Land variiert das Spektrum der Ausbildungen für Gesundheitsberufe, die öffentlich finanziert werden, erheblich. Wichtige Prinzipien zur Ausbildung in den Gesundheitsberufen sind vor rund 100 Jahren festgelegt worden. Einen massgeblichen und anhaltenden Einfluss hatte der Flexner-Report (1910) zur Reform der medizinischen Lehre. Im Lancet-Report (Frenk et al. 2010) werden Aspekte dieses Konzepts und seine Verankerung als Mainstream nachgezeichnet.

Diese Tradition steht allerdings wegen eklatanter Defizite und Mängel in der Kritik, weil die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals nicht mit den gesellschaftlichen Herausforderungen Schritt gehalten hat. Dies ist u.a. auch ein Effekt von Bildungsstrategien, die stärker auf «Premium-Bildung» für «Premium-Versorgung» statt auf Sicherung der Bevölkerungsgesundheit setzten. In den Worten der WHO haben die derzeitigen Prioritätensetzungen «ein Ungleichgewicht zwischen den Kompetenzen von Absolventen und dem Bedarf der Leistungsnutzer wie auch der Gesamtbevölkerung, aber auch eine Ausrichtung vorwiegend auf Krankenhausleistungen sowie eine enge technische Fokussierung ohne breiteres kontextuelles Verständnis zur Folge» (WHO 2012, S. 91). Auch der Lancet Report erstellte eine lange Mängelliste:

- Das Erlernte stimmt nicht mit dem gesellschaftlichen Bedarf überein
- Die Primärversorgung wird vernachlässigt
- Gelernt werden episodische Kontakte statt kontinuierliche Betreuung
- Die unabdingbare interprofessionelle Teamarbeit wird kaum erlernt
- Die berufliche Sozialisation fördert Hierarchisierung
- Die technisch-instrumentelle Herangehensweise dominiert
- Das Verständnis für gesundheitspolitische Zusammenhänge fehlt
- Die künftigen Gesundheitsfachleute erwerben in erster Linie Faktenwissen und spezialisierte Fertigkeiten, aber kaum Führungsbereitschaft zur Verbesserung der Leistung und des Nutzens

Entsprechend bilanziert die Lancet-Kommission, dass in alten Denkmustern verharrt wird, und dass «löbliche Anstrengungen, diese Mängel zu beheben, grösstenteils gescheitert sind.» Hintergrund des Scheiterns sei oft ein «Stammesdenkens» der Berufe – d. h. die Neigung, im Alleingang oder gar in Konkurrenz zueinander zu handeln. Die Professionalisierung hat dazu geführt, dass sich die Rollen der Fachleute in den letzten 100 Jahren auf bestimmte Positionen und idealtypische Handlungsmodelle eingependelt haben. Mit der Verrechtlichung in den letzten 50 Jahren sind diese zudem als Territorien der Zuständigkeit und als «Professionssilos» mit divergierenden wirtschaftlichen und (berufs)politischen Interessen verfestigt worden.

Enorme Investitionen in die Bildung für Krankheitsbehandlung

Mängel und Defizite der Bildungsstrategien

**Stammesdenken
Professionssilos
Territorien**

Megatrends als Bündel von ähnlichen Trends und Wirkungsketten

2.2 Megatrends, Triebkräfte und Bildungsbedarf

Der Handlungsbedarf in der Gesundheitsbildungspolitik lässt sich aus «Megatrends» ableiten. Diese Treiber der Veränderungen umfassen jeweils ganze Bündel von Trends, Entwicklungen und Wirkungsketten. Megatrends umfassen auch Erwartungen, Annahmen und Extrapolationen, welche sich gegenseitig beeinflussen können. Sie wirken schleichend, aber kontinuierlich im Hintergrund über Zeiträume von mehreren Jahrzehnten hinweg, sind aber nicht in allen Lebensbereichen und Kontexten gleichermaßen bestimmend. Mit ihren vielfältigen Erscheinungsformen, Zusammenhängen und Zielkonflikten sowie ihrer Veränderung auf der Zeitachse tangieren sie die Ausbildung und die Berufsausübung in vielfacher und oftmals widersprüchlicher Art und Weise.

Demographischer Wandel

Als Megatrend besonders prominent ist der **demographische Wandel** mit Effekten, die weit über Versorgungsfragen und Gesundheitspolitik hinaus reichen. Im Vordergrund stehen die Alterung der Gesellschaft und die zunehmende Hochaltrigkeit. Sie führen einerseits dazu, dass die kurative Akutmedizin relativ gesehen an Bedeutung verliert, weil nichtübertragbare Krankheiten, mentale Gesundheit sowie chronische und degenerative Veränderungen bedeutsamer werden. Die WHO nennt diese Veränderung ein slow motion disaster. Andererseits verlangt die steigende Anzahl von Menschen mit Beeinträchtigungen, sozial Benachteiligten und Bildungsfernen neue Antworten und Kompetenzen für den Umgang mit Multimorbidität, Exklusion, Demenz, Vereinsamung und einem «guten Tod» (siehe auch Fussnote 7).

Der demographische Wandel trifft auch die Workforce im Gesundheitssystem, weil in einem weiten Spektrum von Funktionen (siehe Abb. 1) über 15% aller Beschäftigten der gesamten Volkswirtschaft arbeiten. Dieser Anteil ist je nach Region und Definition noch höher. Der Gesundheits-Arbeitsmarkt steht entsprechend vor einer doppelten Herausforderung. Auf der einen Seite sinkt die Zahl von Berufseinsteigern aufgrund der geburtenschwachen Jahrgänge, auf der anderen Seite trifft der demographische Wandel den Gesundheitssektor viel stärker als die anderen Wirtschaftssektoren, weil er einen wachsenden Personalbedarf hat – in der Schweiz beispielsweise ist die Zunahme der Beschäftigten im Gesundheitssystem doppelt so hoch wie in der gesamten Wirtschaft.

Medizinische Innovationen und technologischer Wandel

Ein zweiter Megatrend umfasst die mannigfaltigen **therapeutischen und technologischen Innovationen**. Neue Substanzen, Geräte und Verfahren, aber auch Genetik, Neurowissenschaften, Nanotechnologie, Robotik und Assistenzsysteme verändern das Bild vom Menschen, den analytischen Blick, die diagnostische Tiefe und das Spektrum der Interventionsmöglichkeiten. Verbesserte Diagnostik kann zu einer neuen Definition von Krank- bzw. Gesundsein führen – gesunde Menschen sind möglicherweise gar nicht so gesund, wie sie glauben, sondern nur unterdiagnostiziert (wenn z.B. die Blutnormwerte für Diabetes abgesenkt werden). Einer zunehmenden Medikalisierung wird dadurch Vorschub geleistet.

Auf den Informationstechnologien und eHealth ruhen grosse Hoffnungen, weil sie vielseitigen Nutzen für Individuen, Berufsgruppen und Gesundheitsinstitutionen bringen können. Anwendungen wie Patientendossiers und Rezepte, Online-Dienste für die Beratung und Begleitung auf Distanz erlauben einen

ortsunabhängigen Zugriff auf Daten, befähigen Individuen zu erhöhter Gesundheitskompetenz und erleichtern die Ko-Produktion. Sie sollen zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten, Medikationsfehlern und Unverträglichkeiten beitragen. Zudem können sie zwischen den Leistungserbringern und Institutionen Hürden abbauen und dank besserem Informationsaustausch zu effizienteren und wirksameren Prozessen führen. Interaktive Kommunikationskanäle auf Web 2.0-Technologien ermöglichen beispielsweise das Monitoring sowie die Kommunikation und Betreuung aus der Ferne. Social media gewinnen u.a. für unterschiedlichste Anwendungen und Feedbackfunktionen zunehmend an Bedeutung. Auch wenn diese Trends wichtige Treiber des Umbaus des Gesundheitssystems sind, lässt sich nicht abschätzen, ob die Ein- und Ausschlussmechanismen Bürger und Patienten zu aktiven Nutzern und mündigen Ko-Produzenten macht – ob sie *prosumers*¹¹ werden statt *consumers*.

Der dritte Megatrend – auch im Zusammenhang mit den technologischen Innovationen – ist die wachsende **ökonomische Bedeutung und Kommerzialisierung der Gesundheit**. Individuell und gesellschaftsbezogen wird sie zum zentralen Wert und zum Treiber von Entwicklungen. Auf der individuellen Ebene formt ein verändertes Gesundheitsbewusstsein Lebensstile in *health styles* um, die das Konsumverhalten und die Kaufkraft¹² steuern und auch Chancen eröffnen für neue, wirtschaftlich sehr bedeutsame Konvergenzmärkte zwischen Ernährung, Pharmazie, Medizin, Wellness und Kosmetik. Die steigenden Bedarfe sind zum einen wirtschaftlich bedeutsam und sie sind auch für die Gesundheitswirtschaft insgesamt relevant, denn mehr Krankheit bedeutet mehr Eingriffe, mehr Produkte und mehr Umsatz.

Auf gesellschaftlicher Ebene ist das Zusammenwirken von sozialen und ökonomischen Veränderungen bedeutsam. Im europäischen Rahmenkonzept «Gesundheit 2020» ist dies am Beispiel der jüngsten Entwicklungen herausgearbeitet. Als neue Triebkraft mit ungünstigen Effekten wird darin die Finanzkrise mit den harten Sparmassnahmen genannt, welche die Leistungsfähigkeit der Institutionen und Strukturen erheblich bedroht und neue gesundheitsbezogene Ungleichheiten schafft. Bekannte und bereits benannte Problemlagen bestehen weiter. Zudem wird immer häufiger die Frage gestellt, ob die Gesundheitsausgaben auch einen entsprechenden Nutzen erzeugen. Neben den Auswirkungen gesundheitlicher Problemlagen auf das Individuum rückt damit nach einer erneuten Bewusstseinsklärung durch die OECD zu Beginn der 1970er-Jahre¹³ wieder vermehrt die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheit in den Blick.

¹¹ Toffler hat diesen Begriff 1980 eingeführt. Damit Verbraucher oder Kunden bezeichnet, die über Feedbackmechanismen Teil des Produktionsprozesses werden.

¹² 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. www.porternovelli.com. Siehe auch Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft (2006)

¹³ Für die OECD, die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung unter den Industrieländern, stand Anfang der 1970er-Jahre fest, dass «there can be no doubt that the development of industrialised societies has created a new form of morbidity and mortality, [...] leading to the rapid growth of [...] expenditure by the community and requiring a complex approach.» Das Interesse der OECD galt dem Wirtschaftssystem und der Sorge, dass sozio-ökonomische Trends und Determinanten die

Prävention und Gesundheitsförderung

Wirtschaftlichkeitsfragen verändern die Gesundheitswelt

Ungünstige Entwicklungen beeinträchtigen das Wohlbefinden und die wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit

► siehe Massnahme 2

Die Gesundheit der Bevölkerung ist entscheidend für sozialen Zusammenhalt und Wirtschaftswachstum

Die WHO weist jedoch mit Nachdruck darauf hin, dass gesundheitswirtschaftliches Wachstum trügerisch sein kann, weil ungünstige Veränderungen bei Krankheits-, Bevölkerungs- und Migrationsmustern Gesundheit und Wohlbefinden und damit die Produktivität der gesamten Wirtschaft erheblich beeinträchtigen können. So sind aktuell namentlich die exponentielle Zunahme chronischer Krankheiten und psychischer Störungen, der mangelnde soziale Zusammenhalt, aber auch Umweltgefahren und finanzielle Ungewissheit kritische Faktoren, welche die Tragfähigkeit von Gesundheits- und Wohlfahrtssystemen bedrohen sowie gleichzeitig die Wirtschaftskraft und Prosperität verringern. Im Rahmenkonzept «Gesundheit 2020» wird zusätzlich dargelegt, dass viele gesundheitliche Herausforderungen gar nicht «Gesundheitsprobleme» im engeren Sinne sind, sondern dass sie aus sozialen oder gesellschaftlichen Problemlagen entstehen wie ungenügende Teilhabe und benachteiligende Verhältnisse.

Viele Gesundheitsprobleme entstehen aus gesellschaftlichen Problemlagen

Ökonomisch relevant ist der Personalhunger des Gesundheitssystems, denn die absehbare Verknappung der Workforce wird insb. bei den patientenbezogenen Funktionen das Lohngefüge verändern. Weil Effizienz in Zeiten abnehmender Ressourcen ein Gebot der Stunde ist, folgen Versorgungsprozesse zunehmend den Prozessmustern der industriellen Produktionslogik. Die in der Krankenbehandlung tätigen Berufe erleben diese Veränderungen als Autonomieverlust, Bevormundung und Deprofessionalisierung. Ein Grund dafür liegt im Umstand, dass sie primär Kompetenzen für die therapeutische Intervention an Personen erwerben, aber kaum Orientierungswissen, um die Prioritätensetzung und die Steuerung zu verstehen. Sie verfügen über zu wenig Kenntnis über das Gesundheitssystem und können vielfach Fragen der Ökonomie und Wirtschaftlichkeit nicht ergebnisorientiert reflektieren und einordnen. Damit wird erneut deutlich, dass eine Konzentration auf die Krankenbehandlung keinesfalls ausreichend ist und die Überschneidungen mit dem Wirtschafts- und Sozialsystem mitbedacht werden müssen.

Effizienz ist notwendig, aber viele Health Professionals verstehen die dazu notwendigen Prozesse nicht

Veränderte Rolle der Patienten, Nutzer und Bürger

Die **wachsende Mündigkeit der Patienten und Bürger** bildet den vierten Megatrend, der sich insb. auf die patientenbezogenen Funktionen und die Krankenbehandlung auswirkt. Er ist primär ein Ergebnis des leichteren Zugangs zum Wissen, welches in den vergangenen Jahrzehnten exklusiv der Medizin vorbehalten war. Emanzipierend wirken auch Erfahrungen beim Umgang und Selbstmanagement von Erkrankungen aber auch zunehmende Skepsis und Misstrauen gegenüber Leistungserbringern, Institutionen und dem Versorgungssystem. Mündige Patienten wollen ihre Gesundheit selber mitdefinieren und Dialogpartner sein¹⁴. Das Gesundheitssystem muss daher zwingend eine

wirtschaftliche Entwicklung der Staaten beeinträchtigen könnten. Als eine der Schwachstellen wurde die Ausbildung der Gesundheitsfachleute erkannt: «professionals are not being educated in the number and kinds, and with the attitudes most congruent with the needs of society» (OECD 1977, S. 148), insb. wegen dem «fragmentierten Lernen». Mit dem Konzept «Regional Health Universities» wurde 1972 ein Modell vorgeschlagen, welches Antworten geben sollte auf einige der zu diesem Zeitpunkt diskutierten Probleme im Hochschulwesen auf der einen und auf Herausforderungen im Gesundheitswesen auf der anderen Seite – und für wirtschaftliche Prosperität (OECD 1977, S. 22; Sottas et al. 2013).

¹⁴ Damit auch das partnerschaftliche Vorgehen nicht trotz besten Absichten von Bevormundung überlagert wird, gilt es sich der Worte von Don Berwick zu erinnern. Der ehemalige Präsident und CEO

neue Haltung im Verhältnis zum «Machtfaktor Patient¹⁵» entwickeln und dem Postulat folgen, dass keine Entscheidungen über die Patienten gefällt werden, ohne diese auf gleicher Augenhöhe in die Prozesse einzubeziehen und ihnen Lernmöglichkeiten zuzugestehen. Dabei sind auch die Angehörigen einzubeziehen, weil sie oftmals einen grossen Teil der Betreuung kranker Personen in der häuslichen Versorgung übernehmen und die *burden of care* tragen.

Wenn sich Bürger und Patienten als Ko-Produzenten verstehen, sind sie auch zunehmend bereit, Mitverantwortung für den Behandlungsprozess und sein Ergebnis zu tragen. Folgerichtig bedingen sie sich das Recht aus, Befunde zu überprüfen und eine Zweitmeinung einzuholen. Dies kann so weit gehen, dass sie sich als Kunden des Versorgungssystems verstehen: Am liebsten möchten sie aus der Angebotsvielfalt die individuell passenden Leistungen abrufen. Leistungserbringer werden dadurch im ungünstigen Fall zum austauschbaren Dienstleister.

Die gesellschaftlichen **Megatrends gelten auch für das Bildungssystem:**

- Der demographische Wandel schlägt sich in Form abnehmender Absolvenzahlen nieder. In zunehmendem Masse kämpfen die Bildungsinstitutionen und die Studiengänge gegeneinander, um Auszubildende zu gewinnen. Die Ausländerekrutierung wird auch im Bildungssystem gängige Praxis.
- Die Unterstützung durch technologische Hilfsmittel ist in modernen Lernsettings seit langem selbstverständlich und nimmt in der Didaktik mit den Konzepten des selbstgesteuerten Lernens einen prominenten Platz ein. Wissenserwerb und Lerngemeinschaften sind heute grundsätzlich nicht mehr örtlich an eine Bildungsstätte oder ein betriebliches Lernumfeld gebunden. Bereits werden erste vollständige internetbasierte Studiengänge angeboten. Die neuen Technologien gestatten und fördern eine interaktive und dialogische Auseinandersetzung mit Peers, Tutoren sowie Bürgern als Teilnehmer von virtuellen Foren und verändern das Lernen grundlegend.
- Ökonomische Fragen wirken vielfach auf die Bildung ein – nicht zuletzt, weil Bildung auch eine Ware ist und der gesellschaftliche Status in starkem Masse von formalen Bildungsqualifikationen abhängt. In diesem Kontext ist die Ungleichbehandlung bei der Finanzierung der Ausbildung für die verschiedenen Funktionen immer weniger akzeptabel, weil sie das Gesundheitssystem insgesamt schwächt (s. Kapitel 2.6).
Im Lancet-Report wird zudem ein weltweiter Trend zur Gründung neuer Medizinfakultäten und zur Kommerzialisierung der Bildung festgestellt und kritisch betrachtet. Beim Vergleich der Ziele und des Geschäftsgebarens vieler dieser neuen Institutionen erkennt die Lancet-Kommission häufig Prestige- und Renditedenken sowie tiefer angesetzte Qualitätsstandards.

des renommierten Institute for Healthcare Improvement vertritt diesbezüglich eine radikale Position: «Some say that doctors and patients should now be partners in care. Not so, I think. In my view, we doctors are not our patients' partners; we are guests in our patients' lives.»

¹⁵ Siehe dazu die Ergebnisse des Careum Congresses 2010 «Machtfaktor Patient – Die Rolle der Patienten in der Gestaltung des Gesundheitswesens der Zukunft» www.careum-congress.ch

▶ siehe Postulat 1

Auch die Bildung verändert sich fundamental

Wissenserwerb ist nicht mehr an einen Lernort gebunden

Kommerzialisierung der Bildung

Sie spricht deshalb von einem Trend der «Ent-Flexnerisierung¹⁶.» Auch wenn in der Schweiz, in Deutschland und Österreich private Hochschulen gegründet werden, ist der von der Lancet-Kommission beklagte Trend wegen den Akkreditierungs-¹⁷ und Bewilligungsverfahren kaum in gleicher Weise möglich. Insgesamt wird der Druck auf das Bildungssystem durch das Wettbewerbsrecht der EU, namentlich durch den grenzüberschreitenden Marktzugang für Dienstleistungen, steigen und marktmächtigen Anbietern mit kommerziellen Interessen den Bildungsmarkt öffnen.

- Mündiges Handeln manifestiert sich in der Bildung in der Verlagerung vom Wissen zu Kompetenzen. Das Interesse gilt zwar nach wie vor den Inhalten, in viel stärkerem Masse jedoch auch den Lernstrategien, insb. der Kooperationskompetenz und der Kompetenz zur Bewältigung, Interpretation und Synthese von Informationen. Lehrende sind entsprechend weniger Wissensvermittler und Experten als Moderatoren oder Coaches von Lernprozessen. Sie sollen Menschen zur Selektion von Informationen und zur Erkennung der Relevanz befähigen, damit in der Informationsflut Wesentliches von Unwesentlichem getrennt werden kann. Massgeblich ist eine gezielte und begründete Auswahl handlungsleitender Informationen und sie erfordert, Informationsmanager im eigenen Handlungsfeld zu werden. Kompetent ist, wer in der Lage ist, Basiswissen stetig zu erweitern und zu aktualisieren, im Umfeld Gewohntes in Frage zu stellen und das eigene Handeln zu reflektieren. Im günstigen Fall sind Kompetenzerwerb und «transformatives Lernen» deckungsgleich und die Menschen können als Innovatoren und Transformatoren in der Gesellschaft etwas bewegen und verändern.

2.3 Die «richtige Bildung» für die «richtige Versorgung»

Eine Grundsatzfrage, die seit Flexner und damit seit über 100 Jahren leidenschaftlich debattiert wird, betrifft das «richtige» Profil für die in der Krankheitsbehandlung arbeitenden Berufe. Der generalistische Zugang zu Heil- und Versorgungstätigkeiten ist im Zuge des Erkenntniszuwachses durch biomedizinische Interventionsmodelle und organ- oder funktionspezifische Fokussierungen sowie spezialisierten Methoden zur Reparatur von Funktionsstörungen abgelöst worden. In der Bildung führt dieses Streben nach der bestmöglichen Behandlung zu den oben erwähnten Defiziten (s. Kap. 2.1) und zu Forderungen, dieser ausufernden professionellen Differenzierung eine Rückbesinnung auf eine wirksame Grundversorgung entgegen zu stellen (WHO 2008).

Das «richtige» Profil für komplexer werdende Versorgungsbedarfe

¹⁶ Damit werden die neuen Fakultäten, die beispielsweise in Brasilien, Indien oder China entstehen, an den wissenschaftlichen Standards und am Ausbildungsmodell gemessen, mit denen der amerikanische Pädagoge Abraham Flexner seit 1910 die Ausbildung der Mediziner prägt.

¹⁷ Die Mandate der Akkreditierungsagenturen sind allerdings in den drei hier betrachteten Ländern nicht so ausgelegt, dass diese inhaltlich über den *state of the art* hinaus visionär steuern könnten; sie sind primär Verwalter des Einhaltens von Regeln über Prozesse und Umsetzungsformen.

Angesichts steigender Multimorbidität und komplexer werdender Versorgungsbedarfe stellt sich in der Tat die Frage, ob «das Beste» (also die höchst mögliche Spezialisierung) auch zweckmässig ist: Muss Bildung mehr Diagnose-Expertise und Technologiekompetenz erzeugen oder bessere Sozial- und Kommunikationskompetenzen? Oder soll Bildung auf die Begleitung am Ende des Lebens vorbereiten, wo die «Gesundheitsarbeiter» mit dem Scheitern ihrer Bemühungen konfrontiert sind? Die Kompetenzen, welche zur Bewältigung dieser komplexen Anforderungen notwendig sind, reichen weit über die Krankheitsbehandlung hinaus, denn «vielmehr sind in Ergänzung dazu Ansätze und Interventionen gefordert, die auch die soziale Teilhabe erkrankter, hilfe- oder pflegebedürftiger Menschen mit ihren Möglichkeiten der psychosozialen und alltagspraktischen Adaptation, der Bewältigung von Krankheitsfolgen und des Selbstmanagements sowie der Unterstützung durch das soziale Umfeld und anderer informeller Helfer berücksichtigen¹⁸.» Bildung muss überdies die gesellschaftlichen Verhältnisse, insb. das wirtschaftliche und politische Umfeld thematisieren, damit falsche Anreize und unwirksame Prozesse der Versorgung erkannt und verändert werden können.

Eine Verschiebung von der Selbstdefinition der Bildungsziele aus Sicht der Professionen hin zu einer Ableitung von Tätigkeitsprofilen aus den versorgungspolitischen Notwendigkeiten und gesundheitspolitischen Prioritäten wird weltweit diskutiert. Der heute noch dominierende Focus auf (hierarchisch aufgestellte) Berufsgruppen verliert wegen solchen Transformationsprozessen an Berechtigung. Die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele oder die gesundheitspolitischen Prioritäten 2020 der Schweiz reflektieren diesen Trend in den am Careum Dialog vertretenen Ländern. Der Reformdruck verändert den *scope of practice*, also die Art, wie Aufgaben wirkungsvoll erledigt werden können. Neue Fragestellungen und neue Aufgaben erfordern neue Lösungen und führen zu differenzierten Dienstleistungs- und Gesundheitsangeboten, die den unterschiedlichen Bedürfnissen der Bürger-/Patienten und Anbieter entgegenkommen. Die berufliche Zusammensetzung¹⁹ hat sich schon erheblich verändert und sie dürfte sich weiter stark verändern. In der Praxis können die Arbeitsprozesse funktionsgerecht neu konzipiert und aufgeteilt werden. Unternehmen der Gesundheitswirtschaft müssen daher einen Möglichkeitssinn²⁰ entwickeln, der vom Wirklichkeitssinn der bekannten Versorgungsmodelle abweicht. Dies muss sich auch im Recht niederschlagen. Auf internationaler Ebene sollen stellvertretend für viele andere Initiativen drei Beispiele herausgegriffen werden, welche diese Transformation reflektieren.

Das «Beste» ist nicht immer das Zweckmässigste

Der Reformdruck verändert die Art der Aufgabenerledigung

Einen Möglichkeitssinn für Transformationen hin zu funktionsgerechter Arbeitsteilung entwickeln

¹⁸ Ewers, Grewe, Höppner et, al. 2012, S. 38. Siehe auch das Careum Programm Work&Care zur häuslichen Versorgung, www.careum.ch/workandcare

¹⁹ Interprofessionell und funktionsübergreifend organisierte Teams mit Ärzten, Kranken- und Gesundheitspflegenden, Physician Assistants, Physio- und Ergotherapeuten, Psychologen, Hebammen, Logopäden, medizinisch technischen Fachpersonen, medizinischen Fachangestellten bzw. medizinischen Praxisassistentinnen, Pflegeservicekräften, Public Health-Fachleuten, Controllern, Codierern, Evaluatoren, Health Impact Assessment-Spezialisten, Logistikern, Sozialarbeitern, Case Managern, Kommunikationsspezialisten, Dokumentationsassistenten, Mediatoren u.a.m.

²⁰ Dank an Adelheid Kuhlmei für diesen Verweis auf Robert Musils «Mann ohne Eigenschaften.»

Die Europäische Union hat im Rahmen des *Action Plan for the EU Health Workforce (2012)* die notwendigen Veränderungen wie folgt hergeleitet:

EU Action Plan Health Workforce

Die Rahmenbedingungen führen zu neuen Rollen und Tätigkeitsfeldern

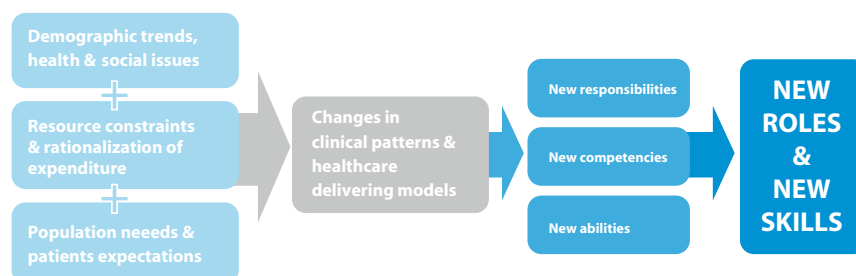


Abb. 3: Die Megatrends schaffen neue Rahmenbedingungen, welche die Art der Leistungserbringung verändern und neue Kompetenzen verlangen, die sich in neuen Rollen manifestieren (EC 2012, S. 6).

Triple Aim Initiative

In den USA zielt die *Triple Aim Initiative des Institute of Health Improvement (2012)* auf eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, indem gleichzeitig Strategien zur Erreichung folgender drei Ziele entwickelt werden:

- Verbesserung der Versorgungserfahrung seitens der Patienten (einschliesslich Qualität und Zufriedenheit)
- Verbesserung der Gesundheit von Bevölkerungsgruppen und
- Verminderung der Pro-Kopf-Kosten für die Gesundheitsversorgung

Die erfolgreiche Realisierung basiert auf fünf Komponenten (Focus auf Individuen und Familien, Neugestaltung der Leistungen und Strukturen in der Grundversorgung, populationsbezogenes Gesundheitsmanagement, Plattformen zur Kostenkontrolle, Integration der Systeme und Ausführungsorgane). Damit setzt die *Triple Aim Initiative* auf eine ähnliche Analyse wie die eingangs präsentierte Vierfeldertafel und zeigt ebenfalls, dass erhebliche Anstrengungen in der Aus- und Weiterbildung ganz unterschiedlicher Berufe notwendig sind.

All the Talents: konsequent noch mehr task-sharing und task-shifting in GB

Das dritte Beispiel stammt aus Grossbritannien, wo eine parteienübergreifende Parlamentskommission trotz breit akzeptierter und institutionell gut verankerter Reformen bei Aufgabenteilung, Rollen und Kompetenzen zu einer noch viel konsequenteren Mobilisierung aller Talente aufruft. Sie will mittels funktionsbezogen mit einem noch viel weiter gehenden *task-sharing* oder *task-shifting* die Qualität verbessern, die Kosten senken und den Zugang zu Gesundheitsdiensten erleichtern. Der Report schliesst mit der Empfehlung, dass «a far-sighted vision of the future workforce» zu entwickeln sei (APPG 2012).

2.4 Berufe im Gesundheitssystem – taugt der Professionsbegriff noch?

Aktuell drehen sich die Diskussionen prioritär um die Krankenbehandlungs-Professionen und deren Positionierung. Sie behandeln wissenschaftsbasiert komplexe und riskante Fälle. Sie sind dazu legitimiert aufgrund einer staatlich reglementierten Qualifikation, die ihnen gleichzeitig ein Monopol für die Berufsausübung in definierten Aufgabenfeldern verleiht. Berufe mit besonders hoher Problemlösefähigkeit – wie die Mediziner – haben die zusätzlichen Privilegien der sog. «liberalen Berufe» mit selbstdefiniertem Berufsethos sowie einem hohen Grad an Autonomie in der Berufsausübung und Honorargestaltung errungen.

Allerdings wird ein traditioneller Professionsbegriff aus dem 19. Jahrhundert den Verhältnissen, in denen die Gesundheitsberufe heute arbeiten, nur mehr bedingt gerecht. Diese Freiheitsgrade sind gerade im Gesundheitssystem wegen den Sicherheitsansprüchen und der hohen Regulierungsdichte eng geworden; allenthalben bestehen Genehmigungspflichten und Abhängigkeiten von externen Aufsichts- und Kontrollorganen mit Sanktionsmacht. Zudem wird das mit dem liberalen Geist verbundene Eingehen von unternehmerischen Risiken durch Tarifsysteme und die Zunahme der Angestellten verhältnisse faktisch bedeutungslos. Darüber hinaus sind viele der zu bearbeitenden Probleme wegen der Informationsfülle und starken Verdichtung von Arbeitsprozessen bzw. hohen Versorgungskomplexität nicht mehr von einer Profession oder Disziplin allein zu bewältigen.

Die Privilegierung der patientenbezogenen Funktionen diskriminiert die anderen Berufe und führt zu Systemfehlern, weil ein wirksames Gesundheitssystem im weiten Spektrum zwischen Gesundheitsförderung, Public Health, Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Palliation und sozialen Diensten nicht nur «Krankheitsberufe» braucht. Notwendig sind funktionierende Handlungsgemeinschaften einer grossen Anzahl von Fachleuten mit verschiedensten Qualifikationen und Kompetenzen. Wie die Vierfeldertafel zeigt, muss das Gesundheitssystem die Berufe, die sich mit populations- und organisationsbezogenen sowie erkenntnisvermehrenden Aspekten beschäftigen ebenso einbeziehen und anerkennen wie die Krankheitsversorger. Und auch hier gilt es, sowohl physische, psychische und soziale Problemlagen als auch ihre Interaktion und die Multimorbidität im Auge zu behalten. Daher stehen nicht mehr Abgrenzung und Exklusivität sondern Zusammenarbeit, Vernetzung und Kooperation für eine «neue Professionalität» der Akteure: die verschiedenen Akteure brauchen ergänzende Denk- und Handlungsweisen – berufsübergreifend, patientenorientiert sowie die Angehörigen und die Rahmenbedingungen einbeziehend.

Die Konfliktlinien werden in den Diskussionen zur «Akademisierung» deutlich. Trotz deutlichem Kompetenzzuwachs und neuen Rollen der Fachhochschulberufe resultiert für diese nicht ein Machtzuwachs. Die leidenschaftlichen Debatten um die Schaffung neuer Berufekammern oder die Abschaffung aller Berufekammern (auch der bestehenden) zeigen, dass wenig Bereitschaft besteht, von alten Strukturen und Beschränkungen Abschied zu nehmen. Die

Die Freiheitsgrade der sog. «liberalen Berufe» werden eng wegen der hohen Regulierungsdichte

Notwendig sind Handlungsgemeinschaften in einem weiten Spektrum von Funktionen

Interprofessionelle Kooperation dank einer neuen professionellen Haltung

versorgungspolitische notwendige Interprofessionalität hat daher primär mit Kooperationswilligkeit zu tun. Damit geht es letztlich um eine neue professionelle Haltung, die auf gegenseitiger Wertschätzung aufbaut, ein Bewusstsein für die gegenseitigen Abhängigkeiten entwickelt und hierarchisches Denken überwindet.

Auf der Linie dieser Argumentation können sich die Autoren nicht bedingungslos dem an Bedeutung gewinnenden Diskurs anschließen, dass die fortschreitende Qualifizierung der Pflege- und Therapieberufe diese zu Professionen analog der Mediziner werden lässt – dass sie aktuell also «Professionen im Werden» sind. Während Professionalität im Sinne von Fachlichkeit und Expertise zweifellos die primäre Voraussetzung für ihren wirkungsvollen Beitrag und für gleichberechtigte Zusammenarbeit ist, erlauben die aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen kaum mehr die Herausbildung einer Profession im soziologischen Sinn des 19. und 20. Jahrhunderts. Auch wenn der Anspruch, eine Profession zu werden, bei den Vertretern der patientenbezogen arbeitenden Gesundheitsberufe zurzeit sehr populär ist, gibt es kritische Stimmen. In letzter Konsequenz füge sich dieser in die Etablierung und Verfestigung einer hierarchischen Ordnung (z.B. Berufskammern) ein, in der die Heilberufe gegenüber allen anderen notwendigerweise Mitwirkenden und den Patienten eine superiore Position geltend machen. Dieses Streben wird in der Literatur als «Konstrukt zur Machtausübung» etikettiert, bei dem «the concept of medical professionalism not a quality of individuals but a kind of rhetorical tactic to perpetuate power» sei (Christmas und Millward 2011, S. 6).

Kooperationswilligkeit mit allen Berufen statt Professionalität als Konstrukt für den Machterhalt

2.5 Gender und Diversity in Care- und Curearbeit

Die alte Aufteilung, Männerberufe sind Medizinalberufe – Frauenberufe sind Pflegeberufe, verliert zwar an Bedeutung, aber sie wirkt nach: Carearbeit ist weiterhin überwiegend Frauensache. Inzwischen sind aber auch in der Medizin über 60% der Studierenden weiblich. Die Berufe im Gesundheitssystem erleben die Professionalisierung und Deprofessionalisierung vor dem Hintergrund der Zuschreibung von Geschlechterrollen unterschiedlich.

Geschlechterrollen wirken immer noch prägend

Die Aufwertung spezifischer Gesundheitsfachberufe geht in den drei Ländern unterschiedlich schnell vonstatten – die Akademisierung (Pflege, Ergo- und Physiotherapie, Logopädie, Hebammenkunde) erhöht jedoch die Attraktivität dieser Berufe auch für Männer. In der Medizin zeichnet sich dagegen insbesondere im Studium ein Trend ab, der das Geschlechterverhältnis verändert. Der Begriff «Feminisierung» ist allerdings überzogen, weil selbst ein hoher Frauenanteil noch nicht zu einer drastischen Veränderung der Verhältnisse – insb. einem nach Geschlecht segregierten vertikalen und horizontalen Arbeitsmarkt auch in der Medizin – führt (Kuhlmann 2012²¹). Allerdings verändern sich tradierte Bilder und Geschlechterverhältnisse («der Arzt und die Krankenschwester/die Therapeutin») und damit auch die Organisation von gemeinsamer Arbeit.

Keine «Feminisierung» – die Verhältnisse ändern sich trotz Frauenanteil nur unwesentlich

²¹ Siehe dazu Heinrich Böll Stiftung «it's a woman's world». Livestream vom 27.11.2012

Diversity geht jedoch weit über die Genderfrage hinaus. Die gesellschaftliche Vielfalt (Alter, soziale Schichtung, Lebensstile, Menschen mit Behinderungen, Personen aus anderen Kulturen etc.) muss auch in den Berufen des Gesundheitssystems – gemäss der Zusammensetzung der Patienten / Klienten – abgebildet sein und konstruktiv genutzt werden. Kategorien wie Geschlecht und Diversity sind bedeutende Marker neuer Entwicklungen, in denen sich Konventionen auflösen. Sie ermöglichen Anpassungen an die komplexer werdende Gesellschaft und eröffnen neue Möglichkeiten für die Gestaltung der Zukunft mit kooperativen Arbeitsweisen und flacheren Hierarchien.

**Diversität löst
Konventionen auf**

Die Potenziale der gesellschaftlichen Vielfalt werden u. a. wegen den aktuellen Zugangshürden und Selektionsmechanismen nicht ausgeschöpft. So sind beispielsweise viele Zugangstests nicht auf den Bedarf abgestimmt. Eine Änderung ist notwendig, um mehr berufeübergreifende Kooperation und bessere Antworten auf die Bedürfnislagen von Patienten, Versicherten und Bürgern sicherzustellen. Die Gesellschaft und das Gesundheitssystem müssen sich bewusst werden, welche Anstrengung diesbezüglich in der Gesundheitsbildungspolitik notwendig sind, um zu verhindern, dass die Attraktivität schwindet und sich junge Leute anderen Branchen zuwenden.

**Zugangshürden und
Selektionsmechanismen
reduzieren die Diversität und
die Potenziale**

2.6 Ungleichbehandlung bei der Finanzierung der Bildung

Bereits beim Megatrend Ökonomisierung ist die Ungleichbehandlung bei der Finanzierung der Ausbildung für die vier Funktionen (siehe Abb. 1) angesprochen worden. Es gibt in der Tat Disparitäten, die hinsichtlich ihrer Bedeutung und Auswirkung reflektiert und überprüft werden müssen. Bei den patientenbezogenen Funktionen betrifft dies insbesondere den Antagonismus zwischen den gewaltigen Investitionen der öffentlichen Hand in die Aus- und Weiterbildung der Mediziner und der substanziellen Selbstbeteiligung im Bereich der Psychotherapie sowie der in Deutschland vielfach vollständigen Selbstfinanzierung in den Therapieberufen, in der Altenpflege oder im Bereich Public Health. Dies verstärkt u.a. auch eine ohnehin gegebene Risikokonstellation, bei der das Therapeutenmilieu selber wenige Berührungspunkte mit den Problemlagen der Patienten / Klienten hat²². Wenn Geld über Zugang zu einem Beruf entscheidet, fehlt diesem letztlich die Diversität und Heterogenität, um den Bedarf antizipieren und adäquat abdecken zu können.

Ausgleich zwischen steuerfinanzierter Bildung und selbstfinanzierter Bildung im Interesse der Qualität

Die Ungleichbehandlung bei der öffentlichen Finanzierung ist allerdings bei den organisationsbezogenen und erkenntnisvermehrenden Funktionen (die nicht automatisch mit dem Gemeinwohlinteresse assoziiert werden), noch

²² Die Lancet-Kommission identifiziert diese Konstellation auch in Schwellenländern, wo neu entstehende Bildungsinstitutionen im Gesundheitssystem die Selbstreproduktion der privilegierten Schichten und die Erfüllung ihrer pekuniären Erwartungen ermöglichen.

Die Allokation der öffentlichen Mittel für die Bildung in allen vier Funktionsfeldern muss auf die politische Agenda

ausgeprägter – obwohl auch sie für ein wirksames Gesundheitssystem entscheidend ist. Dies betrifft namentlich die Aufgabenfelder in der Planung, in Logistik und Support, im Prozess- und Datenmanagement, in der Organisation und Administration sowie in der Steuerung und Finanzierung, aber auch in der Evaluation, der Qualitätssicherung und der Nutzenermittlung.

▶ siehe Postulat 2

Diese Unterschiede zwischen den öffentlich und den privat finanzierten Bereichen sowohl in der Bildung als auch in der Berufsausübung eröffnen unterschiedliche Lebensperspektiven. Die Autoren sind überzeugt, dass die Frage, welche Berufe im Gesundheitssystem steuerfinanziert ausgebildet werden und welche die Ausbildung selbst finanzieren, im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung und der Versorgungsqualität politisch diskutiert und entschieden werden muss.

3. Eine neue Gesundheitsbildungspolitik

24

Die absehbaren demographischen, gesellschaftlichen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts werfen die Frage auf, wie gut die im Gesundheitssystem Tätigen darauf vorbereitet sind. Die Autoren sind überzeugt, dass diese Zukunftsfähigkeit mehr verlangt als Reformen der Ausbildung für die Krankenbehandlung oder Steuerungsvorgaben der Gesundheitspolitik an die Bildungspolitik, wenn diese überhaupt so möglich sind. In einem ersten Schritt ist es daher durchaus zweckmässig, das Verhältnis von Gesundheitspolitik und Bildungspolitik zu beleuchten. Aber: Sowohl das System «Gesundheit» als auch das System «Bildung» sind voneinander unabhängige dynamische Systeme. Sie müssten aber miteinander im Austausch stehen, um auf gesellschaftliche Veränderungen als lose gekoppelte lernende Systeme reagieren zu können. Es braucht daher einen kontinuierlichen Dialog, der auch die anderen massgeblichen gesellschaftlichen Kräfte sektorenübergreifend einbindet – namentlich Patienten und Angehörige, die Gesundheitswirtschaft und die Kostenträger. Dieser Dialog muss in differenzierten Feedback-Schleifen zwischen dem Versorgungsauftrag und dem Bildungsauftrag vermitteln. Dies ist gegenüber den vorherrschenden professionszentrierten Eigendynamiken im Bildungssystem und im Gesundheitssystem ein fundamentaler Kurswechsel.

**Sektorenübergreifende
Dialoge für differenzierte
Feedbacks an die Bildung**

3.1 Die Lancet-Vorschläge weiterdenken und weiterentwickeln

Es gab und gibt zahlreiche Initiativen, welche die Bildung für die im Gesundheitssystem Tätigen verbessern und verändern wollen. Eine herausragende Position vertrat der Lancet-Report 2011 «Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten für das 21. Jahrhundert», weil er versuchte, über die Professionsentwicklung hinaus Brücken zu schlagen. In der Essenz verlangt der Lancet-Report eine Bildungsreform, welche zwei Bündel von institutionellen und bildungsstrategischen Massnahmen umfasst:

**Lancet-Postulate:
bildungsstrategische und
institutionelle Reformen**

- a) – das Aufbrechen der professionellen Bildungssilos
 - interprofessionelle Ausbildungen in gemeinsamen Studiengängen
 - das Verknüpfen von Ausbildung und lokaler Grundversorgung, idealerweise durch einen Versorgungsauftrag der Bildungsinstitution
 - einen globalen Austausch beim Lernen und bei der Didaktik

- b) – bedarfsbezogene Zulassungskriterien statt notenbasierte Selektion
 - konsequente Kompetenzorientierung im Lernprozess
 - effektivere Nutzung aller Lernkanäle, v.a. der neuen Medien
 - differenziertere Karrierepfade statt berufliche Sackgassen

Die von der Lancet-Kommission geforderten Reformen zielen auf die Verknüpfung der Systeme Bildung und Gesundheit. Die vorgeschlagenen Massnahmen umfassen insbesondere eine gemeinsame Planung und Dialoge der Interessenvertreter sowie die Ausdehnung der Lernorte in die gemeindenahere Grundversorgung hinein. Ausbildung soll zudem die Persönlichkeitsentwicklung in den Blick nehmen und Leadership-Kompetenzen vermitteln. Diese Vision gründet auf der Überzeugung, dass in den Gesundheitssystemen der Zukunft nichts beständiger sein wird als die Veränderung und somit der Umgang mit Wandel

**Leadership und
Transformative Kompetenzen**

Persönlichkeitsentwicklung und Innovationsbefähigung

und Innovation zum Kerngeschäft aller darin Tätigen gehören wird. Gefragt sind – stärker als bisher – Innovatoren mit einem offenen Blick und «transformativen» Kompetenzen, welche bereit sind, als veränderungswillige Akteure stufengerecht Führungsverantwortung zu übernehmen.

Die Erfahrungen zeigen allerdings, dass sich die Umsetzung solcher Forderungen wegen der komplexen Rahmenbedingungen, Interessen und Zuständigkeiten schwierig gestaltet. Die im Lancet-Report vorgeschlagenen Reformmassnahmen müssen daher weiter – und zum Teil anders – gedacht werden.

3.2 Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik

Vor dem Hintergrund der Ottawa-Charta und aktueller Diskurse wie dem europäischen WHO-Konzept «Gesundheit 2020» sowie diverser neuer Bildungsdiskurse in den deutschsprachigen Ländern baut eine zukunftsgerichtete, reform- und bedarfsorientierte Gesundheitsbildungspolitik namentlich auf fünf Postulaten und vier strategischen Massnahmen auf:

Postulat 1

① Bildung auf Gesundheitskompetenz und eine neue professionelle Haltung ausrichten

Gesundheitskompetenz für alle Bürger

Bildung eröffnet Lebenschancen. Bildung ist eine Voraussetzung für Urteils- und Kritikfähigkeit, für Verantwortungsbewusstsein, Toleranz, Selbstbestimmung, Handlungsfähigkeit und soziale Teilhabe. Gesellschaftlich und gesundheitsbezogen stiftet Bildung einen hohen Nutzen, weil sie Ungleichheiten verringern kann, die Leistungsfähigkeit erhöht und wirtschaftliche Prosperität ermöglicht. Zudem ist für die Gesellschaft auch ein hohes Mass an Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Bürger entscheidend. Entsprechend muss ein gesellschaftliches Bildungsziel darin bestehen, Kompetenzen und Strategien zu vermitteln, um komplexe Sachverhalte zu bewältigen und gesundheitsförderliche Prozesse zu erkennen. Das sollte dazu beitragen, dass widerstandsfähige Gemeinschaften, eigentliche *Caring Communities* entstehen.

Eine neue professionelle Haltung für ein demokratisches Gesundheitssystem

Zur Bewältigung des Wandels müssen die Berufe im Gesundheitssystem – insb. die patientenbezogenen – mehr als fachliche Expertise haben. Sie benötigen übergreifende Kompetenzen und eine neue professionelle Haltung, d.h. insbesondere ein verändertes Selbst- und Aufgabenverständnis, welches durch eine konsequente Nutzerbeteiligung und Nutzenorientierung abrückt von professionsbezogenen Analysen, Aufgabendefinitionen, Ansprüchen und paternalistischen Handlungsmustern.

Gesellschaftliche Bildungsziele müssen auf Innovationsfähigkeit und Gesundheitskompetenz ausgerichtet sein. Bildung für die Berufe, die in den verschiedenen Funktionen des Gesundheitssystems tätig sind, muss zu einem funktionenübergreifenden Denken und einer neuen professionellen, an Ko-Produktion orientierten Haltung führen. Die dazu notwendigen Kompetenzen erfordern von allen lebenslanges Lernen.

Bildungsziele für Innovation, Gesundheitskompetenz und eine neue professionelle Haltung

2 Gesundheitsbildungspolitik umfassend denken

Postulat 2

Die Befähigung zur Krankenbehandlung ist nur eine von vier Aufgaben im Gesundheitssystem. Für ein wirkungsvolles Gesundheitssystem und hohen Gesundheitsnutzen braucht es auch verschiedenartige Fachleute und Berufsgruppen mit unterschiedlichen Kompetenzen für die Steuerung, Führung, Organisation, Technik und Logistik, für die Forschung, Systemanalyse, Nutzen-evaluation und Qualitätssicherung sowie für Public Health, Prävention, Gesundheitsförderung (s. Abb. 1). Nach Massgabe der vier Funktionsfelder des Gesundheitssystems sind neue Qualifizierungswege bereitzustellen, die gesellschaftliche Verantwortung wahrnehmen, indem sie vermehrt auf ambulante Versorgungsbedarfe und gemeindenaher Gesundheitsversorgung fokussieren und entsprechende Managementkompetenzen aufbauen.



Vierfeldertafel: Ein wirksames Gesundheitssystem umfasst zwingend vier Funktionsbereiche

Abbildung 1: Die vier notwendigen Funktionsbereiche des Gesundheitssystems. Bildung muss allen Funktionen gerecht werden – lebenslang und interprofessionell über die Grenzen der Berufe hinweg und mit Partizipation der Bürger, Patienten und Angehörigen.

© Careum

Um allen Funktionen des Gesundheitssystems gerecht zu werden muss die öffentliche Finanzierung, die heute fast ausschliesslich in die Ausbildung von patientenbezogen arbeitenden Heilberufen fliesst, überdacht und nach Massgabe des Gemeinwohls und des Bedarfs für populationsbezogene, organisationsbezogene und erkenntnisvermehrnde Funktionen neu geordnet werden.

Allen vier notwendigen Funktionsbereichen materiell und finanziell die gleiche Aufmerksamkeit schenken

In der Gesundheitsbildungspolitik sind Sichtweise und Geltungsbereich auszuweiten. Zusätzlich zu den jetzt bereits gut abgedeckten patientenbezogenen Funktionen müssen auch die populationsbezogenen, die organisationsbezogenen und auch die erkenntnisvermehrenden Funktionen zusätzliche Aufmerksamkeit erlangen.

Daher ist zu diskutieren und zu entscheiden, welche Bildungsmaßnahmen in welchem Ausmass steuerfinanziert und welche selbstfinanziert sind.

Postulat 3

③ Bildungsreformen sektorenübergreifend lenken

Das Leitprinzip «Gesundheit in allen Politikbereichen» hat in überzeugender Weise deutlich gemacht, dass die Verantwortung für Gesundheit und Wohlbefinden auch ausserhalb des engeren gesundheitspolitischen Handlungsfeldes angesiedelt werden muss. Bedarfsgerechte Bildung muss in analoger Weise den intersektoralen Dialog mit anderen Politikbereichen und den mitgestaltenden Akteuren suchen – im Bewusstsein ihrer jeweiligen Eigeninteressen – namentlich mit den verschiedenen Instanzen der öffentlichen Verwaltung, dem privatwirtschaftlichen Sektor sowie den Patienten und Angehörigen. Die Beteiligung dieser Stakeholder an der Politikgestaltung und den Entwicklungsarbeiten ist im Sinne einer für alle Beteiligten bedeutsamen Ko-Produktion zu konzipieren.

Ko-Produktion

Gesundheits- und Bildungsminister haben eine Advocacy-Aufgabe bei der Legislaturplanung und Budgetsteuerung

Die europäischen Regierungen, die das WHO-Rahmenkonzept «Gesundheit 2020» verabschiedet haben, sind aufgefordert, die Prioritäten zur Nutzung der Potenziale aller Funktionen und Berufsgruppen durch entsprechende Legislaturziele und die Budgetsteuerung in diese Richtung zu lenken.

Den Gesundheits- und Bildungsministern (der Länder bzw. Kantone und des Bundes) fallen zentrale Advocacy-Rollen bei der Abstimmung mit den anderen Ressorts zu, insb. mit den Finanzen und der Volkswirtschaft sowie der Forschung und Innovation und der Rechtsetzung.

Postulat 4

④ Kooperieren lernen: Strukturen und eine Kultur des Miteinander entwickeln

Versorgungsqualität und hoher Nutzen bleiben auch im raschen Wandel und bei knapper werdenden Ressourcen übergeordnete Ziele. Ihre Erreichung erfordert zwingend bessere Kooperation sowie interprofessionelles Denken und Arbeiten zwischen den Akteuren aller vier Funktionsfelder sowie die Kooperation mit den Bürgern und Patienten. Das Dogma, dass zuerst die eigene berufliche Identität gefestigt werden muss, bevor die gemeinsame Problemlösung erfolgen kann, ist nicht zukunftsfähig. Entsprechend müssen die Lernprozesse nicht nur zwischen den patientenbezogenen Berufen sondern auch mit und zwischen den anderen Berufen so angelegt werden, dass sie auf neue Versorgungsmodelle in den Kommunen und Regionen vorbereiten (s. Kap. 2.3).

Kooperationskompetenz befähigt zu interprofessioneller Kommunikation, zu Diskursanalyse und Konfliktbewältigung sowie zu einer respektvollen Haltung und Achtung des «Mehrerts» von Kooperation, welche weder die Klienten/Betroffenen noch andere Berufe bevormundet. Diese Haltung ist Teil eines transformativen Lernens, welches Studierende befähigt, im Team, in Organisationen und in der Gesellschaft Verantwortung zu übernehmen und sie stärkt, um als Transformatoren Leadership zur Bewältigung des Wandels zu übernehmen.

Die Ausbildung für Funktionen im Gesundheitssystem muss nebst der fachlichen Expertise prioritär die Kooperations-Kompetenzen fördern. Diese Kompetenzen erfordern neue methodische und didaktische Ansätze, welche sektorenübergreifende Prozesse, interprofessionelle Lernarrangements und Lernorte in der gemeindenahen Praxis umfassen. Für eine solche Aus- und Weiterbildung sind auch reflektierende Lehrende erforderlich, die diese anspruchsvollen Prozesse der Kompetenzaneignung moderieren können.

Kooperationskompetenz ist das wichtigste Bildungsziel; sie erfordert interprofessionelle Lernarrangements

5 Parallelstrategie für eine zukunftsorientierte Weiterbildung

Postulat 5

Bildungsstrategien behandeln meist Ausbildungen. Aspekte wie «lebenslanges Lernen» und «lernende Organisation» werden ungenügend wahrgenommen. Gleich wichtig wie die Ausbildung der künftig benötigten Fachleute des Gesundheitssystems ist die Weiterbildung aller bereits jetzt darin tätigen Menschen. Benötigt wird daher eine Parallelstrategie im Bereich der Weiter- und Fortbildung. Systematische und institutionell verankerte Weiterbildung (bzw. Fortbildung) und deren Finanzierung ist eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren des Gesundheitssystems von morgen.

Das Gesundheitssystem ist ein komplexes System, das unter hohem Druck steht, sich permanent zu wandeln und anzupassen – aber zugleich ein starkes Beharrungsvermögen gegen institutionelle Veränderungen aufweist. Es muss daher in erster Linie durch die darin Beschäftigten und unterstützt durch die Eigentümer und das Management laufend reformiert werden. Gerade die im Arbeitsmarkt immer wichtiger werdenden älteren Arbeitnehmer müssen ihre individuellen Erfahrungen und ihr Wissen in eine lernende Organisation einbringen können. Im Rahmen des lebenslangen Lernens stehen sie in der Verantwortung, sich in einer kontinuierlichen Reflexion für die künftigen Veränderungen fit zu machen. Darin liegen grosse Chancen und Potenziale für die Organisationsentwicklung: das Zusammenbringen der jungen und alten Arbeitnehmer in günstigen Lernarrangements schafft ein Umfeld, in dem die Herausforderungen mit den individuellen und betrieblichen Entwicklungsperspektiven abgeglichen werden können.

Eine Weiterbildungsstrategie stellt sicher, dass Innovation und Transformation aus dem System heraus möglich sind

Neben der zukunftsorientierten Ausbildung der Gesundheitsfachleute bedarf es einer parallelen Weiterbildungsstrategie für die derzeit Beschäftigten. Systematisch und institutionell verankerte Weiterbildung, lebenslanges Lernen und die Entwicklung in Richtung lernende Organisationen sind essentiell für ein anpassungsfähiges und reformorientiertes Gesundheitssystem von morgen. Parallel dazu sind die Patienten- und Bürger-Gesundheitsbildung zu stärken.

Diese 5 Postulate sind mit folgenden strategischen Massnahmen zu realisieren:

strategische Massnahme 1

Datengrundlagen und Wissen schaffen: Die Forschung über das Gesundheits- und Bildungssystem stärken

Zur adäquaten Gestaltung und Bewältigung des komplexen Wandels sind systematisch und kontinuierlich erhobene Daten über das Gesundheits- und Bildungssystem eine unerlässliche Voraussetzung. Notwendig ist ein Übergang von einer engen Versorgungsforschung zu einer Systemforschung. Die aktuelle Versorgungsforschung untersucht primär Abläufe und Wirkungen aus Sicht der Professionen und der Finanzströme. Vorhandene Daten beschreiben vor allem Strukturmerkmale (Beruf, Geschlecht, Fachrichtung und z.T. Beschäftigungsverhältnisse sowie die Erwerbsanteile im ambulanten oder stationären Sektor). Im Interesse einer reformorientierten Gesundheitsbildungspolitik müssen Forschung und Evaluation aber breiter angelegt sein und insbesondere die Verhältnisse, die Effekte neuer Anreize, die Bedarfs- und Inanspruchnahme sowie Organisations- und Kostenfragen, die Effektivität des Systems, die Prozessqualität und die Nutzersicht sowie die Kommunikation und Lebensqualität umfassen. Bisher gibt es zu wenig Forschung über die ganze Breite aller vier Funktionsbereiche des Gesundheitssystems. Analysen der politischen (Nicht-)Entscheide stehen ebenso aus wie funktionenübergreifende Evaluationen sowie interprofessionell angelegte Berufsfeld-, Prozess- und Wirkungsanalysen. Solche Themen sind Ausgangspunkte für neue Zielbestimmungen, die neben Grundlagen- und klinischer Forschung zukünftig deutlich stärker zu fordern und zu fördern sind (Adler/von dem Kneesebeck 2010).

Daten für umfassenderes Wissen über das Gesundheits- und Bildungssystem

Das Wünschbare und die Ko-Produktion erforschen

Eine so verstandene Versorgungsforschung stösst rasch auf das Wünschbare als Gegenstand der Forschung²³. Veränderte Bedarfe erfordern Antworten zu Ausrichtung und Qualität der Ausbildungen und den Mengen an Berufsangehörigen. Dies sollte zu einer neuen (Berufs-) Bildungsforschung führen, welche den Kompetenzerwerb und die Befähigungen aus Sicht aller Mitgestalter und der Bedarfe reflektiert und bewertet. Diese Forschung könnte auch Fragen zu Fehlinvestitionen in überholte Ausbildungsstrukturen oder in eine berufsständisch orientierte Bildung klären. Zudem würde sie ermöglichen, die Absolventen besser auf die künftigen Gesundheitsmärkte, auf kooperationsorientierte Berufsverläufe

²³ Siehe dazu auch das Konzept «Throughput» von Pfaff 2003, in Pfaff und Schrappe 2010

und populationsbezogenen Nutzen hin auszubilden. Eine solche Ausrichtung der Forschung könnte zudem den heute vielfach marginalisierten Bildungspionieren mit gelungenen Ansätzen und *good practice*-Beispielen in der öffentlichen und fachlichen Diskussion die ihnen gebührende Sichtbarkeit und Aufmerksamkeit verleihen.

Als Instrument wird ein vom Gesundheits- und Bildungssystem gemeinsamer Forschungsfonds vorgeschlagen, der die Beforschung und Evaluation reformorientierter Bildungsstrategien (insb. deren Zielsetzungen, Massnahmen und Wirkungen) ermöglicht.

System-, Versorgungs- und Berufsbildungsforschung sind umfassend auf die gegenseitigen Abhängigkeiten von Bildungs- und Versorgungssystemen auszurichten. Sie muss insb. die ganze Breite der im Gesundheitssystem und in einer reformorientierten Gesundheitspolitik tätigen Akteure und Leistungen abbilden. Forschung hat eine zusammenführende Funktion: nebst der Ex-Post-Evaluation von Leistung, Wirkung und Kosten müssen auch Ausbildungsziele, -inhalte und Qualifizierungsverläufe, die Bildungsarchitektur und die Lernarrangements beobachtet und reflektiert werden. Die Förderrichtlinien der verschiedenen Instrumente sind entsprechend anzupassen oder mittels eines gemeinsamen Fonds zu vereinheitlichen.

Bildungsinstitutionen verändern:

mutige Annäherung an die Vision Gesundheitscampus zulassen

strategische Massnahme 2

Die aktuellen Bildungsstrategien sind vor 100 Jahren entwickelt und vor 50 Jahren konsolidiert worden. Universitäten, Fachhochschulen und Berufsfachschulen arbeiten i.d.R. mit professionsbezogenen Konzepten, die zu Abgrenzungen und Professionssilos führen. Die Potentiale interprofessioneller Kooperation, die Diversität und die Erfahrungen einer interprofessionellen Praxis können für die Bildung und damit auch nachgelagert auch nicht für das Gesundheitssystem genutzt werden. Auf der Ebene der Bildungsinstitutionen braucht es entsprechend eine langfristig angelegte Kultur- und Organisationsentwicklung sowie neue Lernarrangements, die zu einer neuen beruflichen Sozialisation führen.

**Bildungsinstitutionen als
Gesundheitscampus aufstellen**

Zur Überwindung dieser Mängel wurde von der OECD bereits in den 1970er-Jahren die Organisationsformen einer «Regional Health University» (Sottas et al. 2013) vorgeschlagen. Auf einem Gesundheitscampus soll die Verzahnung der Bildungsgänge und Qualifizierungswege durch interprofessionell angelegte Lernarrangements und Projektarbeiten sowie der Verlagerung von Teilen der Ausbildung in gemeindenahen Strukturen mit «echten» Patienten erreicht werden, zusammen mit Bürgern, Behörden und Angehörigen. Das Modell wurde weltweit an verschiedenen Orten implementiert (u.a. Linköping, McMaster, Tromsø, Kings College) und bietet auch heute eine visionäre Leitperspektive.

Bei der Transformation hin zu einer interprofessionellen Ausbildung sind vor allem die Vernetzung der Institutionen und die Durchlässigkeit der Ausbildungen und Niveaus (von Berufsausbildung bis Forschung und Entwicklung) mitzudenken (Wissenschaftsrat 2012). Was heute punktuell besteht, reicht nicht aus. Aber es gilt dort anzusetzen, wo Dynamik vorhanden ist und diejenigen zu stärken, die sich im Sinne der hier skizzierten Gesundheitsbildungspolitik bewegen. Entscheidend sind daher die richtigen Anreize für Veränderungen sowie der Einbezug aller im Gesundheitssystem tätigen Berufe, der Bürger und Patienten und der Unternehmen, damit sich Experimentierfelder mit neuen Typen von Bildungsinstitutionen und Lernarrangements herausbilden können.

Die im Gesundheitssystem arbeitenden Berufe aller vier Funktionsfelder sollten auf einem «Gesundheitscampus» zusammengeführt werden. Diese Bildungsstrategie hat den Anspruch, mittels einer interprofessionellen Organisation von Lehre und Forschung über die Professionsgrenzen und die Funktionsbereiche hinweg den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt zu verbessern und durch Leadership bei der Vernetzung von Politik, Bildung und Gesundheit wesentlich zur Stärkung der Innovation und regionalen Wirtschaftskraft beizutragen.

strategische Massnahme 3

Regulierung: Gesetze dem Bedarf anpassen

Gesundheit ist ein hohes Gut, entsprechend tangieren die Gesetze zum Schutz und zur Erhaltung der Gesundheit fast alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Obschon die hier postulierte sektorenübergreifende Gesundheitsbildungspolitik die ganze Spanne nutzen will, muss sie sich zuerst mit den dominierenden Regelungen zur Krankenbehandlung und zur Berufsausübung sowie den von ihnen abgeleiteten Bildungsvorgaben auseinandersetzen. Auffallend sind die unübersichtliche Regulationsdichte und das parzellierte Berufsrecht mit Zulassungshürden, festgeschriebenen Monopolen sowie Haftungsdiskursen. Diese Regulierungen behindern eine effektive Prozessorganisation unter Einbezug aller vier notwendigen Funktionsbereiche des Gesundheitssystems, innovative Formen der Berufsausübung durch Aufgabenübertragung und sie werden daher den Nutzern und Patienten nicht gerecht. Dass das Haftungsrecht nicht zwingend personalisiert sein muss (im Sinne der individuellen Haftpflicht eines Einzelunternehmers) zeigt die Handhabung der Haftung in den Bereichen der Architektur und des Ingenieurwesens.

Entwicklung braucht Visionen. Dazu müssen die rechtlichen Rahmungen und Regulierungen sowohl im Gesundheitssystem als auch im Bildungssystem entwickelt und angepasst werden. Die beste Kooperationsfähigkeit nützt nichts, wenn die rechtlichen Bestimmungen innovative, bürgernahe und nutzerorientierte Ansprechstrukturen verhindern und neue Typen von Bildungsinstitutionen und Lernarrangements verbieten. Zurückhaltung bei der Rechtsetzung bzw. Dekonstruktion des aktuell überregulierten Systems könnte neue Freiräume ermöglichen. Nur eine rechtlich angemessene Rahmung der Gesundheitsarbeit lässt innovative Bildungsstrategien und neue Ansätze der Ausbildung auch fruchten.

Damit Innovation möglich wird, sind in den dichten Regelwerken Experimentierklauseln für neue Hochschultypen und Versorgungsformen erforderlich:

- Das Berufs- und Sozialrecht muss neue Formen der Haftungsregelungen entwickeln sowie insbesondere den Herausforderungen der Kooperation zwischen den im Gesundheitssystem tätigen Berufen gerecht werden und Aufgabenübertragungen ermöglichen.
- In der Bildung müssen förderliche Bedingungen für eine System- und Organisationsentwicklung geschaffen werden, die den Einbezug der Bürger und Patienten und der Unternehmen erlauben. Diese umfassen neben einer hohen Durchlässigkeit zwischen den Bildungstypen auch finanzielle Anreize.

**Experimentierklauseln
erlauben bessere inter-
professionelle Kooperation
aller vier Funktionsfelder**

Dialogstrukturen schaffen: eine kontinuierliche intersektorale Zusammenarbeit und Prozessmoderation ermöglichen

strategische Massnahme 4

Die Abstimmung zwischen dem Bedarf eines reformorientierten Gesundheitssystems und den Bildungsstrategien ist ungenügend. Es gibt keine geeigneten Schnittstellen und Plattformen für den Dialog. In einem komplexen und dynamischen System ist Reform ein ständiger Prozess. Die Prozessmoderation liegt wegen der Bedeutung der Gesundheit zum wesentlichen Teil in der öffentlichen Verantwortung, namentlich bei den Ressorts für Gesundheit sowie den Ressorts für Bildung und Wissenschaft. Weil in diesem Bereich auch viele nicht-staatliche Akteure tätig sind, müssen die Gesundheitswirtschaft und die Zivilgesellschaft in den institutionellen Dialog eingebunden werden.

**Strukturen für den Dialog und
die Zusammenarbeit schaffen**

_____ **Gesundheitsberuferrat oder Gesundheitsbildungsrat**

Analog verhält es sich mit der Prozessmoderation im fachlichen Bereich und in der Bildung. Mit Blick auf die Vielfalt der Berufe in den vier Funktionsfeldern ist dies anspruchsvoll. Dennoch erscheint es zweckmässig, die Gesundheitsbildungspolitik insgesamt zwecks Sicherung der Kohäsion und interprofessionellen Kooperation durch einen Kreis von Fachexperten aus der gesamten Branche zu begutachten und zu begleiten. So könnte ein Sachverständigenrat die Entwicklung in der Bildung für alle Berufe des Gesundheitssystems beurteilen sowie Ziele und strategische Massnahmen vorschlagen, um sie zusammenzuführen. Die Mission des oft genannten «Gesundheitsberuferrates» müsste allerdings nach Massgabe der in der Vierfeldertafel genannten Funktionen erweitert werden, weil sie in den aktuellen Diskussionen zu einseitig auf die Krankheitsberufe bzw. die patientenbezogenen Funktionen ausgerichtet ist.

Ein Sachverständigenrat soll – analog zum Gesundheitsforschungsrat in Deutschland – Rahmenprogramme festsetzen und die Entwicklung einer «Roadmap Gesundheitsbildungsentwicklung» fördern, welche die Berufe in allen vier Funktionsfeldern des Gesundheitssystems umfasst. Der Aufbau eines länderübergreifenden Netzwerkes der nationalen Initiativen könnte dafür wichtige Impulse geben.

4. Ausblick

34

Mit der Skizzierung der Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik sind die Verhältnisse noch nicht verändert. Die Careum Stiftung und die Autoren wollen sich mit der präsentierten Vision und den Postulaten in die Debatte einmischen, weil die sich rasch wandelnden Herausforderungen der Gesundheitswelt mit dem starken Beharrungsvermögen der Akteure und der Teilsysteme kontrastieren. Auch wenn die Veränderungen evolutionär gedacht werden, geht es um Veränderungswilligkeit und damit auch um Machtfragen. In der Bildung sind Veränderung und Transformation in aller Regel nicht das Ergebnis radikaler Kursänderungen, sondern die Folge von Diskursen und langen Prozessen, in denen viel *Soft Power* notwendig ist also kritische Reflexion, lautes Hinterfragen und beherrztes Aushandeln in Dialogen mit allen Stakeholdern.

Zur Erreichung der Ziele des europäischen Rahmenkonzepts «Gesundheit 2020» braucht es eine neue Gesundheitsbildungspolitik. Diese WHO-Strategie beschäftigt sich aber nur wenig mit den Konsequenzen für die Bildung der im Gesundheitssystem Tätigen. Diese Lücke gilt es zu schliessen. Der Careum Dialog 2013 hat u.a. mit dem vorliegenden Working Paper versucht, Wege aufzuzeigen, wie aus den grossen gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Herausforderungen (z.B. der Demographie, der Innovations- und der Wettbewerbsfähigkeit) neue Handlungsziele für die Gesundheitsbildungspolitik erwachsen können. Diese Initiative will nicht isoliert dastehen, im Gegenteil: sie fügt sich ein in ein neues Denken, das sich auch in den österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen, in den gesundheitspolitischen Prioritäten 2020 der Schweiz, in den Empfehlungen des deutschen Wissenschaftsrates zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen, in diversen Strategiepapieren zur Interprofessionalität, in den laufenden Diskussionen über die Gesundheitsberufe und die Grundversorgung in der Schweiz oder in den Reflexionen zur Nachhaltigkeit der Reformen findet.

Am Careum Dialog 2013 waren sich die Teilnehmer einig, dass ein Zeithorizont von einem knappen Jahrzehnt für die Umsetzung wirkungsvoller Massnahmen nicht ausreichend ist. Es braucht mitunter zwanzig Jahre, bis neue Prioritäten in den Lehrplänen verankert sind und im Gesundheitssystem zu einer kritischen Masse an Personal führen, welche die Ausrichtung auf diese Prioritäten wie selbstverständlich durch ihr Alltagshandeln umsetzt.

Das Working Paper präsentiert keine fertige Strategie. Die vorgeschlagenen Postulate und Massnahmen sollen als Einladung zum Weiterdenken einer zukunftsfähigen Gesundheitsbildungspolitik verstanden werden. Es will die Organisationsentwicklung in der Bildungslandschaft vorantreiben und Pioniere ermutigen. Aus den Vorschlägen können in einem nächsten Arbeitsschritt untereinander abgestimmte Umsetzungskonzepte für die länderspezifischen Gesundheitsbildungspolitiken als gemeinsame Aufgabe aller im Gesundheits- und Bildungssystem Engagierten in einem dialogischen Prozess definiert und konzipiert werden. Weil dieser Dialog zwischen den beiden Systemen sowie den Bürgern/Patienten und der lokalen Versorgung aus den geschilderten Gründen nicht von selbst anläuft ist es angezeigt, mittels einer *Road Map* diese intersektorale Abstimmung durch länderspezifisch vernetzte Projektgruppen vorzubereiten und zu begleiten. Dabei ist unbestritten, dass die Konkretisierung mittels Experimentierklauseln und Modellprojekten durch die Schaffung geeigneter Austauschplattformen in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Steuerungsgremien und Regulatoren geschehen muss. Und: wo Dynamik vorhanden ist, sind diejenigen zu unterstützen und zu stärken, die sich im Sinne der hier skizzierten Gesundheitsbildungspolitik bewegen.

Careum strebt an, den Dialog unter diesen Prämissen weiterzuführen und das Verhältnis von Gesundheitspolitik und Bildungspolitik mit möglichst vielen Partnern neu zu beleuchten. Dieser Dialog soll helfen, das bislang unterentwickelte Verhältnis zwischen dem Gesundheitssystem und dem Bildungssystem und Gräben zwischen gesellschaftlichen Handlungsträgern (z.B. Wissenschaft und Praxis, Medizin und anderen Professionen, Zivilgesellschaft und Verwaltung), zwischen den Versorgungssektoren und den Politikbereichen zu überbrücken.

Literaturverzeichnis

36

Adler G, von dem Kneesebeck J-H 2010. Gesundheitsfachberufe:
Auf akademischen Wegen. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107(9):

APPG 2013. All the Talents. How new roles and better teamwork can release
potential and improve health services. London: All-Party Parliamentary Group.

BAG 2013. Gesundheit 2020: Eine umfassende Strategie für das
Gesundheitswesen. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

<http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>

Bundesministerium für Gesundheit 2012. Rahmen-Gesundheitsziele für
Österreich. Wien.

Christmas S, Millward L 2011. New medical professionalism.
The Health Foundation, London.

Cooke M, Irby D M, O'Brien BC (2010). Educating Physicians:
A Call for Reform of Medical School and Residency. San Francisco: Jossey-Bass

EC 2012. Action Plan for the EU Health Workforce. Strasbourg:
European Commission. SWD(2012) 93 final;
http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/dyna/enews/enews.cfm?al_id=1247

Ewers M, Grewe T, Höppner H et al. 2012. Forschung in den Gesundheitsfach-
berufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in
Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Supplement Nr. 2.
Stuttgart: Thieme

Frenk J, Chen L et al. Health professions for a new century: transforming
education to strengthen health systems in an interdependent world.
The Lancet, Nov 29, 2010. Deutsche Übersetzung
http://www.stiftung-careum.ch/de-ch/careum/publikationen/lancet_report.html

Herzlinger, R 2013. 21st-Century Health Care Management Education:
Confronting Challenges for Innovation with a Modern Curriculum. a White Paper
based on: Benchmarks for confronting the Challenges for Innovation in Health
Care with a modern Curriculum. Harvard Business School. Boston.

Institute for Healthcare Improvement. 2012. Triple Aim Initiative. Cambridge.
<http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>

Kickbusch I 2006. Die Gesundheitsgesellschaft. Gamburg:
Verlag Gesundheitsförderung

Kuhlmann E 2012. Organisationsroutinen und Arbeitskräftemanagement im Gesundheitssystem. Vortrag am 27.11.2012. Heinrich Böll Stiftung «It´s a womans world. Gendertrends in den Gesundheitsberufen»
<http://www.boell.de/calendar/VA-viewevt-de.aspx?evtid=11981>

OECD 1977. Health, Higher Education and the Community. Towards a Regional Health University. Report of an International Conference at OECD Paris, 15th – 18th December 1975. Paris: OECD.

Pfaff H 2003. Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M (Hg.) Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern: Hans Huber 2003: 233-240.

Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2011. Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer

Robert Bosch Stiftung 2011. Memorandum Kooperation Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart.

Sachverständigenrat SVR-G 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung. Gutachten. Dokumentation und Kurzfassung unter:
<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf>

Sachverständigenrat SVR-G 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. Dokumentation und Kurzfassung unter:
<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=396>

Sottas B, Brügger S, Meyer PC 2013. Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice. Mit regionaler Versorgung und interprofessioneller Bildung zu bedarfsgerechten Gesundheitsfachleuten Gesundheit. Winterthur: ZHAW.

Toffler A 1983: Die dritte Welle, Zukunftschance. Perspektiven für die Gesellschaft des 21. Jahrhunderts. München: Goldmann
(Übersetzung von The third wave, 1980)

WHO 2008. Primary Health Care. Now more than ever. World Health Report 2008. Geneva: World Health Organization.

WHO Europa 2012. «Gesundheit 2020». Kopenhagen: World Health Organization.

Autorinnen und Autoren

38

Beat Sottas ist Stiftungsrat und Mitglied des Leitenden Ausschusses von Careum. Er kommt aus dem Bildungswesen und hat an der Universität Freiburg (Schweiz) das Zweitstudium mit einem Doktorat in Sozialwissenschaften (1992) abgeschlossen. Nach zehn Jahren Forschung und Lehre an der Universität Bern übernahm er in der Bundesverwaltung Kaderpositionen in den Bereichen Forschung und Bildung, wo er die Aus- und Weiterbildungspolitik prägte. Seit Anfang 2008 unterstützt er als selbstständiger Berater öffentliche Verwaltungen, Bildungsinstitutionen und Unternehmen der Privatwirtschaft in Fragen der Gesundheitsbildungspolitik.

Wichtige Projekte: Abschlusskompetenzen der Gesundheitsberufe der Fachhochschulen, Fachmaturität Gesundheit, Übersetzung des Lancet-Reports, innovative Ansprechstrukturen in der ambulanten Versorgung.

Heidi Höppner ist seit 2002 Professorin für Physiotherapie und lehrt seit 2012 an der Alice Salomon Hochschule in Berlin. Sie studierte Sozial- und Gesundheitswissenschaften (MPH) in Hamburg und Hannover und promovierte an der Hamburger Hochschule für Wirtschaft und Politik. Vor dem Studium absolvierte sie Berufsausbildungen im Gesundheitssystem (Arzthelferin und Physiotherapeutin) und war von 1983 – 2002 als Physiotherapeutin tätig. 2008 bis 2012 war sie Vorstandsvorsitzende des Hochschulverbundes Gesundheitsfachberufe HVG e.V. und seit 2007 Sprecherin der Fachkommission Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Politik / HVG e.V.. Seit über 10 Jahren engagiert sie sich für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe an Hochschulen und ist Mitglied in verschiedenen Expertengruppen sowie Mitautorin von Statements und Empfehlungen, z.B. im erweiterten Ausschuss Medizin des Wissenschaftsrates in Deutschland.

Ilona Kickbusch ist Stiftungsrätin und Mitglied des Leitenden Ausschusses von Careum. Sie prägte während ihrer langjährigen Tätigkeit bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die europäische und internationale Gesundheitspolitik und hat wesentlich zur Ottawa Charter für Gesundheitsförderung beigetragen. Dafür wurde sie von der Universität Göteborg mit der Ehrendoktorwürde ausgezeichnet. Sie war Professorin an der Yale University und leitet derzeit ein Programm zur Globalen Gesundheit in Genf. Sie berät eine Vielzahl von nationalen und internationalen Organisationen, so auch die WHO. Mit ihrem Buch «Die Gesundheitsgesellschaft» (2006) hat sie einen viel beachteten Erklärungsansatz für die Rolle der Gesundheit im 21. Jahrhundert vorgelegt.

Jürgen M. Pelikan ist emeritierter Professor für Soziologie an der Universität Wien, Direktor des WHO-CC für Health Promotion in Hospitals and Health Care am Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research. Als Gesundheits-, Medizin- und Organisationssoziologe mit systemtheoretischer Ausrichtung hat er zur Pflege- und Medizinerbildung, Psychiatriereform und Sachwaltschaft, Qualität, Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit in der Krankenversorgung sowie in letzter Zeit zu Gesundheitskompetenz / Health Literacy geforscht und publiziert, sowie europäische und österreichische Implementations- und Reformprojekte geleitet. Er war verantwortlich für die Führungskräfte-Ausbildung in der Verwaltungsakademie des Bundes und arbeitet regelmäßig als Gruppendynamiker in Österreich und der Schweiz.

Josef Probst ist Generaldirektor des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Er absolvierte ein Jus-Studium an der Universität Linz, wo er vier Jahre als Assistent am Institut für Arbeitsrecht tätig war und 1977 promovierte. 1982 wechselte er in die österreichische Sozialversicherung (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse), wo er 1984 die Leitung des Direktionsbüros für den Vertragspartnerbereich übernahm. Im Mai 1991 wurde er nach Wien berufen, um die Funktion des Generaldirektor-Stellvertreters im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu übernehmen. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten in den letzten Jahren zählten die Erstellung des im Herbst 2010 vorgestellten Masterplans Gesundheit der österreichischen Sozialversicherung sowie das Vorantreiben der Reform des österreichischen Gesundheitssystems, welche 2012 beschlossen wurde.

Impressum

Herausgeberin/Konzept

Careum Stiftung, Juni 2013

Konzept

Careum Stiftung

Gestaltung

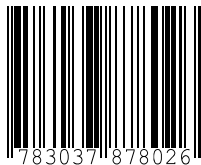
AGENTUR FRONTAL AG, Willisau

Produktion

Careum Verlag

Titelfoto

© vladgrin – Fotolia.com



9 783037 878026

ISBN 978-3-03787-802-6

