

POLITIK FORUM

Interdisziplinärer Gedankenaustausch

Herausforderungen an das Gesundheitspersonal in der Onkologie (Teil 2)

Am 9./10. Januar 2015 fand in Küsnacht ein Gedankenaustausch zu den Herausforderungen an das Gesundheitspersonal in der Onkologie statt, der vom Aezteverlag medinfo AG und Boehringer Ingelheim GmbH unterstützt wurde. Der zweite Teil der Berichterstattung über die interdisziplinäre Diskussion behandelt die veränderten Anforderungen an Rolle und Kompetenzen des Gesundheitspersonals infolge der Zunahme der Anzahl an Langzeitüberlebenden.

Aufrechterhaltung der Premium-Pflege – Risikofaktoren, Trends und Herausforderungen

„Gibt es einen Mangel an Arbeitskräften im Gesundheitswesen in der Schweiz? Lasst uns über Zahlen und Profile sprechen.“ begann Dr. phil. Beat Sottas, Careum Stiftung, Zürich. Die Dichte des Pflege-Personals in der Schweiz liegt weltweit an der Spitze und damit über dem OECD Durchschnitt. Es herrscht jedoch eine Fehlverteilung und das Personal ist nicht effektiv eingesetzt. Im Jahre 1970 betrug die Verhältnis zwischen eingesetztem klinischen Personal und einem typischen Patienten 2.5. Ende der 1980er Jahre war dieser Faktor 15 und heute dürfte diese Zahl noch viel höher sein (25?).

Die Ausbildungskapazität ist bei weitem zu niedrig. Jedes dritte Spital kann seine Ausbildungspflicht nicht erfüllen. Der Bedarf liegt weit über den Ausbildungskapazitäten. Gemäss Schweizerischem Gesundheitsobservatorium lag der Bedarf bis 2010 bei 120 000 bis 160 000, gemäss Careum bei 190 000, und das bei gleichzeitig hohen Ausfallraten und Teilzeitbeschäftigung. Es müssen mehr Professionelle in den nächsten 20 Jahren ausgebildet werden, als derzeit im gesamten Spitalbereich tätig sind.

Globale Krise im Gesundheitswesen

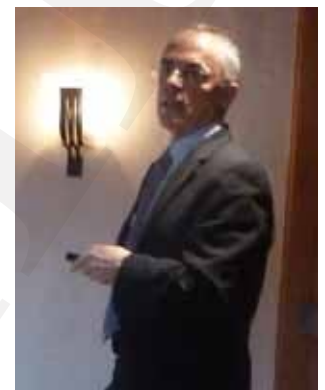
Die Lancet-Kommission konstatiert (Tab. 1) hinsichtlich einer Bewertung des globalen Status, dass es eine globale Krise bei der

Ausbildung von Personal im Gesundheitswesen gibt, das seinerseits jährlich 100 Milliarden \$ verschlingt – aber dennoch wenig Gegenwert für das eingesetzte Geld bietet:

- Quantitative und qualitative Ungleichgewichte hinsichtlich Angebot und Nachfrage bei Gesundheitsspezialisten
- Mismatch bzw. Mangel an Kohärenz, d.h. was gelernt wird, entspricht nicht den Gesundheitsbedürfnissen und den Bedürfnissen der Gesellschaft
- Interprofessionelle Arbeit ist entscheidend, aber Teamwork wird weder gelehrt noch gelernt
- Hierarchie wird gelernt mit Auswirkungen auf Beruf, Spezialisierung und Geschlecht
- Technisch-instrumentelle Lösungen werden gelernt, aber nicht die Systemperspektive, ihre Interdependenz, ihre Anreize und Zwänge
- Episodische Patientenkontakte statt kontinuierlicher Pflege
- Keine Ermutigung sich in der Führung zu engagieren mit dem Ziel einer Verbesserung der Leistung und des Nutzens

Zusammenfassend kann man Folgendes sagen: Fachleute werden nicht in der Anzahl und Art sowie mit den Einstellungen, die den Bedürfnissen der Gesellschaft entsprechen, ausgebildet.

Hundert Jahre nach dem bahnbrechenden Flexner Bericht über Ausbildungsprobleme erschien im Lancet, eine Reflexion zum State of the Art im Vergleich zu den Bedürfnissen.



Dr. Beat Sottas

TAB. 1 Innovation vs. Dynamik der Ausbildungsziele im Gesundheitswesen

Institutionelle Bewegung	Verschiebung zu Universitäten	Verschiebung zu Universitätsspitalern, akademischen Ausbildungszentren	Verschiebung zu transmuralem Bildungsvereinbarungen
	1910	1960/1990	2010+
	Abraham Flexner: Wissenschaft und Tatsachen	Problem-orientiertes Unterrichten, Lernen anhand von Fällen	Kompetenzorientiertes, interdependentes Netzwerk-System
Erzieherische Strategie	Informativ: Wissenschaft + Wissen = Überlegenheit	Formativ: Persönlichkeit - Identität - Standpunkte	Transformativ: Leadership + Berater

Abhilfe schaffen

Möglichkeiten, die Krise im Gesundheitswesen zu überwinden wären:

- Professionelle Silos modifizieren
- Zusammen/voneinander/über die anderen lernen
- Informationstechnologie nutzen
- Lernarrangements im lokalen Setting der Primärversorgung schaffen
- Demokratisch und nicht diskriminierend interagieren
- Empfehlung des 4 C-Check des Lehr-Designs umsetzen (Criteria for admission, Competencies, Channels for learning, Career pathways)

Zudem folgen derzeit zu viele Personen einer einheitlichen Ausbildung. Möglicherweise wäre mehr Diversifizierung zu einem früheren Zeitpunkt notwendig (z.B. Pathologe, Chirurg). Die Wissenschaft wird mehr belohnt als die Pflege. Ziel sollte aber sein, dem Patienten zu folgen anstatt in einem Silo lernen. Da das Gesundheitswesen immer komplexer und fragmentierter wird, setzt die Patientensicherheit mehr denn je auf Teams von Personen mit einer Reihe von Fähigkeiten, die effektiv zusammenarbeiten. Was diese Fähigkeiten anlangt, und wie streng sie definiert, bewertet und reguliert sein müssen, das sind Fragen, die wir uns stetig stellen müssen (Fiona Godlee, BMJ 2008;337:a1722).

Der Referent machte anhand des Beispiels eines Krebspatienten auf den Umgang mit kritischen Situationen am Lebensende, auf die Folgen für die Angehörigen, die Institutionen, die behandelnden

Spezialisten, Hierarchien, Rivalitäten und Vorurteile (Angehörige = Patienten) aufmerksam.

Dr. Sottas stellte zum Schluss die Umriss einer neuen Gesundheitspolitik (Careum Working Paper) vor. Dementsprechend sollte von einer monoprofessionalen Geisteshaltung zu einer interprofessionalen und intersektionalen Strategie gewechselt werden.

Laufende Initiativen auf politischer Ebene

Die Schweiz hat 26 Kantone und viele Interessensvertreter. Dr. med. vet. Olivier Glardon, Yverdon, Leiter Bereich Akkreditierung und Qualitätssicherung des BAG, präsentierte zunächst eine Übersicht über die verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen und die entsprechenden Gesetze.



Dr. Olivier Glardon

Die **medizinischen Berufe**, welche Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Veterinäre und Chiropraktiker umfassen, unterliegen einem Bundesgesetz über die medizinischen Berufe (MedBG, FOPH). Es gibt fünf medizinische Fakultäten (mit kantonalen Gesundheitsdirektoren und Erziehungsdirektoren). Dazu kommen viele Gremien und Kommissionen (MEBEKO, Rektoren, Fachverbände und Spitäler).

Die **Gesundheitsberufe** (Pflegefachleute, Physiotherapeuten, Hebammen, Ergotherapeuten, Ernährungsberater) unterliegen dem Gesetz über Gesundheitsberufe (GesBG, SERI).

Es gibt höhere Fachhochschulen /Berufsfachschulen und Berufsschulen (kantonale Erziehungsdirektoren). Dazu kommen weitere Gremien, Ausschüsse und Kommissionen, wenige davon sind wirklich interprofessionell.

Zu den weiteren Berufen in diesem Segment zählen MTRA, Podologen, Logopäden, medizinische Sozialarbeiter, Osteopathen und andere nicht konventionelle Therapeuten.

Der Referent zeigte anhand des Beispiels einer Sectio im Kanton Zürich die Probleme in der Erlassung von Richtlinien oder deren Änderungen auf. Im Kanton Zürich darf die Zeit vom Entschluss bis zur Durchführung einer Sectio 15 Minuten nicht übersteigen. Diese Entscheidung wurde ohne Einbezug der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe oder der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie und Anästhesiologie gefällt und liess sich vorderhand trotz Intervention nicht ändern.

Grundlagen zu Initiativen auf politischer Ebene

Initiativen eines Bundesamtes oder eine Administration können nur innerhalb eines legalen Rahmens (Gesetz, Handlung, Verfassungsartikel) und mit einem Mandat umgesetzt werden.

Der **gesetzliche Rahmen als Mandat für Initiativen** auf politischer Ebene umfasst:

- MedBG (Bundesgesetz für Med. Berufe)
 - Akkreditierung → Qualitätssicherung für die Akkreditierung postgradualer Curricula 2018
 - Berufsbilder und Auftrag für Radio-Onkologen oder Medizinische Onkologen
 - Schnittstellen zwischen Grundversorgung und Spezialisten und von einer Spezialität zur andern

Fazit

- Die strategischen Ziele in Bezug auf die künftigen Herausforderungen sind in den Schweizer Strategiepapieren und Gesetzen wiedergegeben, aber es existiert eine Lücke zwischen Evidenz und Praxis. Es gibt einen starken Widerstand und konservatives Denken innerhalb der Ausbildungsinstitutionen. Mono- und intraprofessionelle Silos wollen aufrechterhalten werden und erzeugen das Bild einer einzigen Profession
- Medizin: Der Schweizer Katalog der Lernziele ist ein gutes Instrument, die Lernenden zu praxisrelevanten Kompetenzen zu führen, aber die akademischen Rollenmodelle fordern Exzellenz und setzen Anreize für die akademische Forschung. Die Forderung nach interprofessionellem Training bleibt deshalb symbolisch. Ein 4-C Check ist notwendig
- Die Kapazitätsbedenken dienen als Schlüsselargument für massive Expansion, aber exzessive Kosten und offensichtlicher Mismatch stehen dem entgegen. Es fehlt der Wille, den Numerus Clausus und die Zulassungskriterien zu ändern. Es gibt wenig Ausbildung für ambulante Versorgung und neue Formen der Pflege. Mehr noch: Es gibt Widerstand gegen pluriprofessionale Pflege, der aus „akademischem Drift“ entsteht. Und es herrscht eine gewisse Resistenz gegen Präselektion (Grundversorger auf Master Niveau)
- Lösungen müssen aus der Praxis kommen, damit Silos und Aufteilung überwunden werden. Dies erfordert eine Leadership-Ausbildung in neuen Klinikumgebungen und damit transformatives Lernen sowie Change-Management Berater, die die sich hieraus ergebenden Herausforderungen bewältigen

- Nationaler Prüfungsausschuss → SCLO Revision
- GesBG (Bundesgesetz für Angehörige der Gesundheitsberufe)
 - Gemeinsame Arbeit mit SERI → Bachelor / Master. Professionelle und allgemeine Kompetenzen, unabhängig von der beruflichen Praxis, Haftung/Verantwortlichkeit, Register etc.

Mandate kommen von:

- Parlament: z.B. Nationale Demenz-Strategie (→ Dialog)
- Bundesrat
 - z.B. Nationale Strategie gegen Krebs (→ Dialog → Oncosuisse)
 - z.B. *Gesundheitsstrategie 2020* (Abb. 1)
- Departement
 - z.B. Nationales Förderkomitee Palliativpflege (FDHA + Eidg. Gesundheitsdirektorenkonferenz)
 - z.B. Masterplan Ausbildung von Gesundheitsberufen (FDEAER+Partner)
- Volksinitiative → Verfassung → Masterplan Grundversorgung → MedBG Revision
- Internationale Übereinkunft (z.B. CEDAW Committee of Discrimination Against Women)

Mandate sind möglich durch:

- Support / gemeinsame Arbeit der Verfassungsorgane
 - z.B. NCD Strategie vom Nationalen Dialog zur Gesundheitspolitik als Antwort auf die Ablehnung des Eidg. Präventionsgesetzes
 - z.B. Bericht über die Interprofessionalität und Nationale Konferenz aus der Plattform Zukunft der medizinischen Ausbildung
 - Charta der SAMW zur interprofessionalen Zusammenarbeit
 - Bericht über die Rekrutierung für klinische Forschung in der Schweiz mit der SAMW
- ERI Förderpolitik
 - Beispiel Bericht des Bundesrats Botschaft 2013-2018 (Masterplan Grundversorgung)
 - Beispiel Bericht des Bundesrats Botschaft 2017-2020 (zunehmende Anzahl von Studierenden in Humanmedizin und Krankenpflegeberufe)

Vier prioritäre Gebiete für politische Massnahmen

➤ Erste Priorität – Sicherstellung der Lebensqualität

Ziele sind:

- Förderung moderner Formen der Grundversorgung
- Ergänzung Gesundheitsschutz
- Intensivierung der Gesundheitsförderung und des Krankheits-schutzes

➤ Zweite Priorität – Stärkung der Chancengleichheit und der Eigenverantwortung

Ziele sind:

- Verstärkung der gerechten Finanzierung und des Zugangs
- Aufrechterhaltung der Bezahlbarkeit der Gesundheit durch Steigerung der Effizienz
- Unterstützung der Versicherungen und der Patienten

➤ Dritte Priorität – Sicherung und Steigerung der Qualität der Gesundheitsversorgung

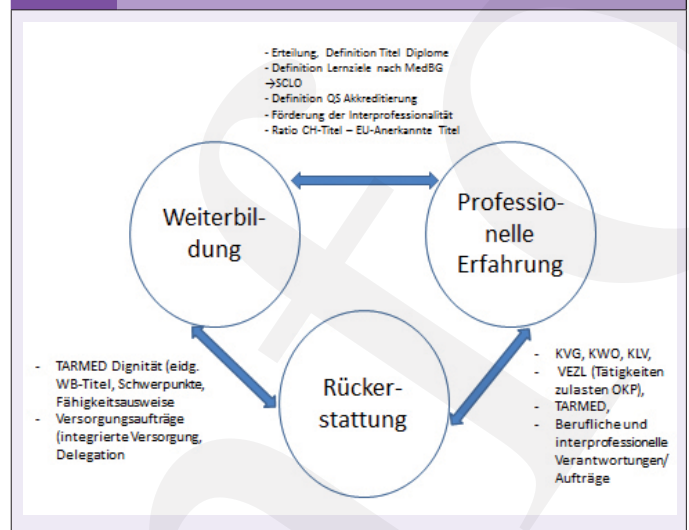
Ziele sind:

- Förderung der Qualität der Dienste und der Gesundheitsversorgung
- Stärkere Nutzung von e-health
- Mehr und gut ausgebildete Arbeitskräfte im Gesundheitswesen

Das Gesundheitsberufegesetz GesBG

ABB. 1

Beispiele für laufende Initiativen (Gesundheit 2020)



- Teilrevision der Bundesverfassung von 1999 → Regelungskompetenz über sämtliche Berufsbildungsbereiche dem Bund übertragen
- Neues Berufsbildungsgesetz von 2004 und Teilrevision des Fachhochschulgesetzes 2005 → Gesundheitsberufe auf Gesetzesstufe integriert
- Neue Verfassungsbestimmungen zur Bildung in 2006 → einheitliche Steuerung des gesamten Hochschulbereichs
- Neue HFKG (1.1.2015) → Bund verliert Regelungskompetenzen im Fachhochschulbereich
- Erhöhte Anforderungen an Ausbildungen und Berufsausübung im Gesundheitsbereich → erhöhter Regelungsbedarf und Qualitätsanforderungen → eigenes Gesundheitsberufegesetz für die Gesundheitsberufe auf Hochschulstufe

➤ Vierte Priorität – Transparenz, bessere Kontrolle und Koordination schaffen

Ziele sind:

- Vereinfachung des Systems und Schaffung von Transparenz
- Verbesserung des Managements und der Gesundheitspolitik

Der Referent gab zusätzlich einen Einblick in einige Details, wie

- interprofessionelle Kollaboration, interprofessionelle Ausbildung
- integrierte/koordinierte Gesundheitspolitik
- „Qualität der Gesundheitsversorgung, „Qualität der Bildung und Ausbildung“
- Spezialisierung und Sub-Spezialisierung (Einfluss auf postgraduale Ausbildung)

Die Kernaussagen des Referenten waren

- Antizipiere die Wechsel und sei proaktiv
- Suche nach interdisziplinären und interprofessionellen Antworten/Lösungen
- Verstehe das System, denke global, nutze das System, aber bleibe „politisch“ transparent, „interdisziplinär“ fair und „institutionell effizient“

▼ Eleonore E. Droux, Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Quelle: Herausforderungen an das Gesundheitspersonal in der Onkologie – ein Gedankenaustausch, Symposium vom 9. / 10.1.2015 in Küsnacht ZH unterstützt von Boehringer Ingelheim