



Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» – Phase III

# Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden

Bericht und Kommentar



## **Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und PflegerInnen in der ambulanten und klinischen Praxis**

Bericht aus dem Jahr 2007 und Kommentar 2011

Folgende Persönlichkeiten gehören der Arbeitsgruppe an,  
welche diesen Bericht 2007 im Auftrag der Steuerungsgruppe  
«Zukunft Medizin Schweiz» erstellt hat:

- Dr. Werner Bauer, Küsnacht (Vorsitz)
- Prof. Anne-Françoise Allaz, Genf
- Prof. Charles Bader, Genf
- Barbara Gassmann, Bern
- lic.oec. Pius Gyger, Zürich
- Dr. Jacques de Haller, Bern
- Dr. Romy Mahrer Imhof, Basel
- Dr. Peter Tschudi, Basel
- Priska Wildhaber Isler, Küsnacht

Bei der Ausarbeitung des Kommentars 2011 waren  
neben den Mitgliedern der Arbeitsgruppe auch folgende  
Persönlichkeiten beteiligt:

- Dr. Hermann Amstad, SAMW, Basel
- lic. phil. Nadja Birbaumer, SAGW, Bern
- Prof. Claudine Burton-Jeangros, Genf
- Dr Magdalena Rosende, Lausanne
- Prof. Ursula Streckeisen, Bern
- Prof. Peter Suter, SAMW, Presinge

## — Bericht

<b>Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis</b> .....	3
1. Auftrag und Vorgehen der Arbeitsgruppe .....	3
2. Die Medizin im gesellschaftlichen Kontext.....	5
3. Die Veränderungen der beruflichen Tätigkeit .....	6
4. Leitgedanken zu einer Medizin der Zukunft .....	8
5. Das Berufsbild der ÄrztInnen und Pflegefachpersonen .....	10
6. Konflikte und Konsequenzen .....	18
Literatur.....	23

## — Kommentar

<b>Neue Berufsbilder für fehlende Berufsleute?</b> .....	24
Das Gesundheitssystem verändert sich langsam, aber stetig .....	25
Der Wandel der Berufe aus dem sozialwissenschaftlichen Blickwinkel .....	25
Die Ökonomisierung der Medizin als treibende Kraft? .....	26
Konflikte und Konsequenzen: Wo stehen wir heute? .....	27
Ausblick: Die Zukunft der Medizin ist teamorientiert, interprofessionell und modular .....	31

Im Herbst 2007 veröffentlichte die SAMW-Arbeitsgruppe «Berufsbilder und Berufsidentitäten» den Bericht «Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis» (Schweiz. Ärztezeitung 2007; 88: 1942–1952).

2009 fand dazu – organisiert von einem Programmkomitee aus SAMW- und SAGW-VertreterInnen – in Bern eine Tagung statt zum Thema «Wandel der Berufsbilder im Gesundheitswesen: Aussensichten und Innensichten». Die frühere, um die SAGW-Expertinnen des Programmkomitees und SAMW-Vertreter erweiterte Arbeitsgruppe hat sich im August 2010 zu einem Nachfolgetreffen getroffen, um den damaligen Bericht kritisch – namentlich auch aus einer sozialwissenschaftlichen Optik – zu überprüfen. In der Zwischenzeit liegt als Resultat davon ein «Kommentar 2011» vor, der zusammen mit dem ursprünglichen Bericht in der vorliegenden Broschüre veröffentlicht wird.

**Bericht****Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis****1. Auftrag und Vorgehen der Arbeitsgruppe**

Der Bericht «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts» weist darauf hin, dass sich das Berufsbild des Arztes<sup>1</sup> und der Pflegefachpersonen in den vergangenen Jahrzehnten radikal gewandelt hat; dies habe gleichzeitig auch dazu geführt, dass sich Ärzte und Pflegenden in ihrer Berufsidentität verunsichert fühlen. Der Bericht geht davon aus, dass es in Zukunft zu weitgehenden Veränderungen der Rollendefinitionen unter den Berufen im Gesundheitswesen kommen wird.

Die Steuerungsgruppe des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz» hat dieser Problematik eine hohe Bedeutung zugemessen und deshalb beschlossen, sie zu einem Schwerpunkt der Phase III zu machen und eine Arbeitsgruppe mit folgendem Auftrag einzusetzen:

Die Arbeitsgruppe beschreibt in einem ersten Schritt die aktuellen Rollendefinitionen (Innen- und Aussensicht) der verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen (Ärzte/Ärztinnen und Pflegefachpersonen), skizziert die wahrscheinlichen Entwicklungslinien, benennt die möglichen Konfliktfelder und versucht, einen sinnvollen Soll-Zustand zu definieren.

In einem zweiten Schritt hält die Arbeitsgruppe fest, welche Massnahmen im Ausbildungsbereich und allenfalls in anderen Bereichen (z.B. neue Rollenverteilung; Öffentlichkeitsarbeit) getroffen werden müssten, um die Konfliktfelder zu entschärfen und allenfalls dem Soll-Zustand näher zu kommen.

Dieser Auftrag ist komplex und setzt ein hohes Ziel. Die Arbeitsgruppe ist sich bewusst, dass es bei der Bearbeitung dieser Fragestellung zahlreiche Abgrenzungs- und Schnittstellenprobleme mit anderen Berufen (z.B. Fachangestellte Gesundheit, medizinische Praxisassistentin) gibt. Da die Beziehung zwischen den diplomierten Pflegefachpersonen und den Ärztinnen und Ärzten als exemplarisch angesehen werden kann und hier auch zahlreiche Konfliktfelder

<sup>1</sup> Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in diesem Text gelegentlich nur die männliche oder weibliche Bezeichnung verwendet; selbstverständlich gilt sie jeweils für beide Geschlechter.

zu orten sind, hat sich die Arbeitsgruppe bei ihrer Analyse und ihren Empfehlungen auftragsgemäss auf diese beiden Berufsgruppen beschränken müssen. Sie hat sich dabei immer am Machbaren orientiert und versucht, den Bezug zur Realität nicht zu verlieren. Ins Zentrum ihrer Überlegungen hat die Arbeitsgruppe die Bedürfnisse der einzelnen Patienten gestellt, zudem hat sie sich an den Voraussetzungen für eine optimale Gesundheitsversorgung der Bevölkerung orientiert.

Der Text, der nun vorliegt, ist als Diskussionsgrundlage zu betrachten. Die Kenntnis des von der SAMW publizierten Berichtes «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts» muss als Grundlage vorausgesetzt werden. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Einschätzungen und Gewichtungen der Entwicklungen und ihrer Konsequenzen innerhalb der Arbeitsgruppe nicht absolut deckungsgleich sein können. Meinungsunterschiede bestehen durchaus; weil der Text aber eine Konsensarbeit der Gruppe darstellt, erachten es deren Mitglieder nicht als notwendig, diese Meinungsunterschiede explizit aufzuzeigen.

Die Arbeitsgruppe versteht unter dem Begriff des Berufsbildes die Beschreibung der Tätigkeiten und Aufgaben einer Berufsgruppe sowie die Darstellung des Umfeldes und der grundlegenden Voraussetzungen (gesellschaftliches Umfeld, Arbeitsbedingungen, Aus- und Weiterbildung) zur Ausübung des betreffenden Berufes. Ein Berufsbild enthält keinen detaillierten Lernzielkatalog.

Unter dem Begriff der Berufsidentität versteht die Arbeitsgruppe das Spezifische, das die Ausübenden eines Berufes für ihn empfinden, was den Beruf charakterisiert und ihn unterscheidet. Der folgende Text geht nicht speziell auf die Differenzierung dieser Begriffe ein.

Die Arbeitsgruppe versteht ihr Dokument als Grundlage für eine breite Diskussion und sie hofft, dass diese breite Diskussion im gleichen offenen, konstruktiven, zukunftsgerichteten Geist stattfinden wird, wie er innerhalb der Gruppe geherrscht hat.

## 2. Die Medizin im gesellschaftlichen Kontext

Ärzte und Pflegefachleute arbeiten nicht in geschützten Räumen. Die gesellschaftlichen Entwicklungen in allen Bereichen (vom Werte- bis zum Wirtschaftssystem) haben entscheidenden Einfluss auf die Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit. Die folgenden Trends sind von besonderer Bedeutung:

### **Zunehmende Diversifizierung**

Das Gesundheitswesen wandelt sich schnell und wird immer diversifizierter: mehr Anbieter, konkurrierende Modelle und Organisationen, neue Formen der Leistungserbringung, eine Vielfalt von Methoden, neue Tarif- und Lenkungssysteme. Ebenso wird die freie Arztwahl in Frage gestellt. Die Politik beeinflusst zunehmend alle Ebenen des Gesundheitswesens – und damit auch die Berufsbilder. Auch die Versicherer sind zu wichtigen Akteuren geworden, die ihre Interessen offensiv vertreten.

Wir beobachten eine zunehmende Multikulturalität sowohl bei den Patientinnen als auch bei den Mitarbeitenden.

Was bleiben wird, ist aber das Essentielle: Es wird immer Leidende geben, die Hilfe suchen, und die Kernaufgabe des Gesundheitswesens wird es immer sein, sich der Leidenden anzunehmen und ihnen diese Hilfe nach besten Kräften zu vermitteln.

### **Von der Gesundheitsversorgung zum «Gesundheitsmarkt»**

Die Spannungen zwischen dem auf den Menschen und auf das Menschliche zentrierten Auftrag des Gesundheitswesens und den immer mehr dominierenden ökonomischen Faktoren nehmen weiter zu. Die Entwicklungen im Gesundheitswesen werden zunehmend von wirtschaftlichen Interessen, den Marktkräften und ökonomischen Zwängen beeinflusst.

Auf der einen Seite erwirtschaften erfolgreiche Firmen (von Spital- und Labor Ketten über die pharmazeutische Industrie bis zur Medizintechnologie) hohe Gewinne, auf der anderen Seite bestehen drückende finanzielle Zwänge, welche weit herum zu Ratlosigkeit führen und die Hoffnung aufkeimen lassen, dass sich in und hinter dem, was das Wort «Management» beinhaltet, die Lösung der Probleme verbergen könnte.

Eine Anspruchshaltung mit entsprechenden Forderungen an das Gesundheitswesen, dessen Leistungen mehr und mehr als Konsumgut betrachtet werden, nimmt zu. Die Erwartung, dass alle Massnahmen sofort, perfekt und erfolgreich zu geschehen haben, steigt unter anderem auch in Relation zu den steigenden Versicherungsprämien. Gleichzeitig verringern sich zusehends die

Basiskompetenzen der Bevölkerung in Gesundheitsfragen und die Fähigkeit, kleinere Gesundheitsstörungen selbst zu bewältigen, geht zunehmend verloren. Zudem wird der Trend anhalten, wirtschaftliche und soziale Probleme zu medikalisieren.

#### **Feminisierung**

Während die Pflege schon lange als «klassischer Frauenberuf» gilt, zeichnet sich in der Medizin seit einiger Zeit eine ähnliche Entwicklung ab. Der Anteil der Frauen im Medizinstudium beträgt über 60%, und er ist weiter am Steigen. Diese «Feminisierung» wird unweigerlich Auswirkungen auf das Berufsbild haben.

#### **Informationsflut**

Die zur Verfügung stehenden Informationen kommen immer mehr in der Form einer papierernen und elektronischen Informationsflut daher, was die Orientierung für die Laien erschwert oder sogar verunmöglicht.

Um die heute angestrebten Ziele im Sinne von «shared decision making» oder «patient empowerment» zu erreichen, braucht es die Gewichtung der Information durch eine medizinische Fachperson.

---

### **3. Die Veränderungen der beruflichen Tätigkeit**

Immer deutlicher beobachten wir auch Veränderungen in der Ausübung der ärztlichen und pflegerischen Berufe. Allerdings gibt es neben den Kräften des Wandels auch bremsende Elemente, was in der Schweiz gegenwärtig das mosaikartige Bild eines Nebeneinanders von sehr traditioneller Leistungserbringung und zahlreichen Pilotprojekten und -modellen ergibt.

#### **Neue Berufe tauchen auf**

Die wohl bekannten und vermeintlich klar definierten Berufsbilder von Hausärzten, Spezialärzten, Pflegenden und anderen Berufsleuten im Gesundheitswesen geraten ins Rutschen. Neue Berufe tauchen auf, die Grenzen zwischen den bestehenden verwischen sich zum Teil. Erste Ansprechperson im Gesundheitswesen und Anbieter verschiedener Untersuchungen und Therapien ist nicht mehr notwendigerweise eine Ärztin oder ein Arzt, wie dies bisher mit Ausnahme der Alternativmedizin weitgehend die Regel war.



### **Vernetzung**

Teamarbeit und Vernetzung werden allgemein als Modelle der Zukunft betrachtet. Allerdings wird es in unserem Land noch lange Einzelpraxen, kleine Gruppenpraxen und auch entsprechende Organisationsformen im spitalexternen Bereich der Pflege geben. Der sinnvolle Wunsch nach einer langjährigen persönlichen Beziehung zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt ist in unserer Bevölkerung noch sehr stark verwurzelt, wobei sich viele, vor allem auch jüngere Leute durchaus die Freiheit nehmen wollen, von Fall zu Fall zu entscheiden, wohin sie sich wenden.

### **Aus- und Weiterbildung im Wandel**

Auch Aus- und Weiterbildung sind einem Wandel unterworfen, der mit der Einführung des Bologna-Modells im Bereich der Ärzte- und Pflege-Ausbildung zum ersten Mal eindrücklich manifest geworden ist. Die Konsequenzen sind noch nicht klar absehbar und Veränderungen auch in der Strukturierung der Weiterbildung werden folgen.

### **Die Arbeitsbedingungen ändern sich**

Von Ärzten und Pflegenden werden im Normalbetrieb keine Arbeitszeiten mehr verlangt werden können, die über diejenigen vergleichbarer Berufe (mit Notfall-, Nacht- und Feiertagsdienst) und Kaderfunktionen hinausgehen. Konfliktfelder verschiedenen Grades und verschiedener Art bestehen schon im Bereich folgender Schnittstellen und sie öffnen sich immer weiter:

- Spezialärzte >< Ärzte in der ärztlichen Grundversorgung
- Ärzte >< Pflegende >< andere Berufe in und um das Gesundheitswesen
- selbständige Ärzte und Pflegende >< Spitäler, Heime, Spitexorganisationen
- Medizin >< Ökonomie
- Leistungserbringer >< Kostenträger

---

## 4. Leitgedanken zu einer Medizin der Zukunft

Die Berufsbilder der Medizinalberufe erfahren Veränderungen und werden weitere Veränderungen erfahren, die den Beteiligten erst nach und nach bewusst werden. Für die junge Generation, die ihre Berufswahl und Karriere plant, sind die Berufsbilder und die auf ihnen basierenden beruflichen Perspektiven entscheidend wichtig. Mit Hilfe einer strukturierten Aus- und Weiterbildung sowie begleitenden Massnahmen muss versucht werden, einen definierten essentiellen Kern von Haltungen, Kenntnissen und Fähigkeiten, die ein Berufsbild prägen, zu erhalten oder auszubauen.

### **Niederschwellige Anlaufstelle**

Die erste Ansprechperson im Gesundheitswesen ist nicht notwendigerweise eine Ärztin oder ein Arzt.

Die erste Anlaufstelle soll eine niederschwellig kontaktierbare Institution (Praxisgemeinschaft, Zentrum, «medical home», Notfallstation, Netzwerk) sein, wo alle nicht spezialisierten Abklärungen und Behandlungen durchgeführt werden können und von wo direkte Überweisungen an die kompetenten Stellen erfolgen. Mit klaren Einschränkungen können auch Call Centers, Internetportale und Apotheken die Funktion einer ersten Anlaufstelle übernehmen.

### **Interdisziplinäre Teamarbeit**

Die Aufgabenverteilung wird sich in der Zukunft nicht mehr an hierarchischen, ständisch definierten oder mit einem formellen Titel verbundenen Kriterien orientieren. Interdisziplinäre Teamarbeit gewinnt mehr und mehr an Bedeutung: Ärzte werden vor allem im Bereich der Diagnose- und Indikationsstellung, Behandlung und Beratung, des «Disease Managements» komplexer Fälle und der spezialisierten Methoden ihre Wirkungsfelder haben. Pflegende werden zusätzliche Funktionen in Diagnostik, Therapie und Case Management übernehmen und diese selbstverantwortlich ausführen. Bestimmte technische Methoden, wie zum Beispiel die Sonographie, diagnostische Endoskopien oder Laseranwendungen, werden wahrscheinlich mehr und mehr auch von Nicht-Ärzten oder von Ärzten durchgeführt werden, die eine selektive Weiterbildung durchlaufen haben. Eine solche könnte allenfalls auch zu einer anderen Zertifikation als zu einem Facharzt Diplom führen.

Je weiter sich die Spezialisierung entwickelt und verästelt, desto wichtiger werden Generalisten mit immer wieder aktualisierten Kenntnissen der Methoden und Technologien, die zur Verfügung stehen. Ihre Aufgabe ist es, die Wegmarken entlang den Diagnostik- und Behandlungspfaden zu setzen.

### **Orientierung an den Bedürfnissen der PatientInnen**

Die Berufsbilder müssten sich idealerweise an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren; starke andere wirtschaftliche und politische Interessengruppen werden aber ihren Einfluss geltend machen. Dieser Einfluss wird sich vor allem über die Finanzierung auswirken und damit auch Konsequenzen bei der Finanzierung von Aus- und Weiterbildung haben. Die Weiterbildung wird mehr und mehr mit der Forderung konfrontiert, strukturiert und von einem möglichst frühen Zeitpunkt an gezielt zu erfolgen. Diese Forderung könnte auch auf die Ausbildungsphase ausgedehnt werden; das Bologna-Modell bietet die dafür nötigen Instrumente an sich bereits an.

### **Lebenslanges Lernen**

Die Weiterbildung muss strukturiert und modular aufgebaut sein. Das Spektrum der Tätigkeiten zu Beginn der Berufsarbeit wird immer seltener identisch sein mit demjenigen zum Zeitpunkt der Pensionierung. Deshalb muss es auch im Laufe eines Berufslebens mit vertretbarem Aufwand möglich sein, sich neue Kompetenzen anzueignen und das Berufsfeld zu wechseln. Zertifikatserteilung und Selektionsprozesse sind sinnvolle Instrumente zur Überprüfung von Kenntnissen und Fähigkeiten; gleichzeitig bergen sie die Gefahr, unter dem Vorwand der Qualitätssicherung von Interessengruppen für die Monopolisierung oder für die Zugangssteuerung missbraucht zu werden. Lebenslange, gezielte Fortbildung und die Bereitschaft zur stetigen Sicherung und Förderung der Qualität sind selbstverständliche Voraussetzungen zur Ausübung der Berufe im Gesundheitswesen. Die Überprüfung von Fortbildung und Qualität sowie das Erarbeiten von Qualitätskontrollinstrumenten müssen auf evidenzbasiertem Konsens beruhen und können nicht einseitig Sache der Leistungserbringer, einer staatlichen Stelle oder der Versicherer sein.

### **Diagnostizieren und Behandeln sind nicht alles**

Ein aktives Engagement in Prävention und Gesundheitsförderung, Lehre und Forschung, ein Interesse für «Public Health»-Aspekte sowie ökonomische Grundkenntnisse gehören ins Berufsbild der Gesundheitsberufe.

## 5. Das Berufsbild der ÄrztInnen und Pflegefachpersonen

Das Berufsbild der Ärzte und Pflegenden lässt sich dreistufig beschreiben und besteht aus:

1. *den gemeinsamen Grundelementen der Berufe des Gesundheitswesens:*

- das Basiswissen um das Wesen des Menschen und seine Funktionen
- die ethischen und deontologischen Prinzipien und eine darauf basierende Grundhaltung im Sinne der «medical humanities»
- grundlegende praktische Fertigkeiten
- die gemeinsame Sprache und die Fähigkeit, mit Patienten und anderen Fachpersonen adäquat zu kommunizieren
- Grundkenntnisse des schweizerischen Gesundheitswesens, der rechtlichen Grundlagen und der wirtschaftlichen Zusammenhänge
- Basiskenntnisse der Qualitätssicherung
- Verständnis für Lehre und Forschung

Die Vermittlung dieser Kenntnisse wird in die Ausbildungsgänge der jeweiligen Berufsgruppen integriert; gemeinsame Module sind vorstellbar.

2. *den gruppenspezifischen Berufsbild-Elementen je aller Ärzte und aller Pflegenden* (spezifische, aber nicht spezialisierte Kenntnisse der normalen und gestörten Funktionen des Menschen sowie die nötigen Grundfähigkeiten und Fertigkeiten wie Gesprächsführung, Beobachtung, Basis-Untersuchungs- und Behandlungstechniken)

3. *den besonderen Elementen der einzelnen Berufe im ärztlichen und pflegerischen Bereich* (spezialisierte, technische oder andere Kompetenzen je nach Funktion)

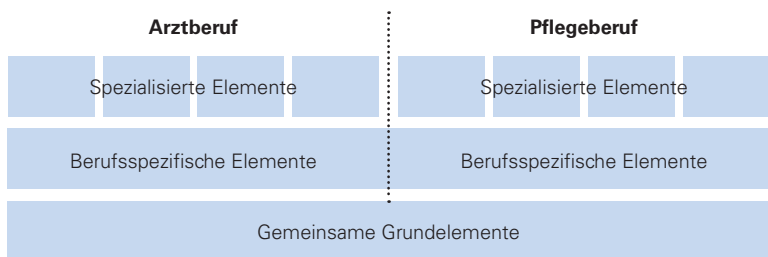


Abb. 1. Die Berufsbilder der Ärzte und Pflegenden lassen sich dreistufig beschreiben:

1) Grundelemente, die allen Berufen des Gesundheitswesens gemeinsam sind (z. B. ethische Prinzipien oder die Fähigkeit, mit Patienten zu kommunizieren), 2) berufsspezifische Elemente sowie 3) spezialisierte Elemente.

## A. Das zukünftige Berufsbild der Ärztinnen und Ärzte

### Aufgaben und Tätigkeiten

Der Arztberuf ist ein zentraler Beruf im schweizerischen Gesundheitswesen mit dem Auftrag der Prävention, der Diagnostik und der Therapie akuter Gesundheitsstörungen, der Palliation und der Rehabilitation sowie der Langzeit-Betreuung bei chronischen Leiden im Verbund mit anderen Berufsgruppen. Grundelement bleibt die persönliche, oft langfristige zwischenmenschliche Beziehung von Arzt und Patient.

Der Beruf umfasst zwei Haupt-Tätigkeitsfelder, dasjenige des in der medizinischen Grundversorgung tätigen Haus-, Heim- oder Spitalarztes und dasjenige des Spezialisten, der eine bestimmte Methode oder Technik beherrscht und sie im Rahmen eines Diagnostik- oder Behandlungskonzepts bei einem bestimmten Patienten anwendet. Die Zweiteilung der Medizin in einen ambulanten und einen stationären Sektor wird weiterhin bestehen, ändert jedoch zunehmend ihren Charakter (Wachstum des ambulanten Sektors, kürzere Hospitalisationen, personelle Verflechtung).

Beide Ärztgruppen üben ihre Tätigkeit in enger Zusammenarbeit und in einzelnen Bereichen auch im Wettbewerb mit anderen Berufsleuten aus.

Diese Ärztinnen und Ärzte, die in der ambulanten (Hausarztmedizin) und in der stationären (Notfallstationen und Abteilungen und Kliniken für allgemeine innere Medizin) ärztlichen Grundversorgung tätig sind, haben in der Regel eine Weiterbildung in allgemeiner oder innerer Medizin (in Zukunft im Hinblick auf die europäische Anerkennung ein Facharztstitel, der die international gültigen Kriterien für die allgemeine Innere Medizin erfüllt) hinter sich oder sie sind Kinderärzte.

Auch innerhalb vieler Spezialfächer gibt es wiederum eine Unterteilung in Grundversorgung und hoch spezialisierte Medizin (zum Beispiel praktizierende Augenärzte und Glaskörper- oder Netzhautchirurgen).

Die generalistisch tätigen Ärztinnen und Ärzte sind Experten in der Gesprächsführung (Anamnese, «shared decision making», Beratung), in der klinischen Diagnostik und Therapie, in der Prioritäten setzenden Beurteilung komplexer gesundheitlicher Probleme, in der Koordination diagnostischer und therapeutischer Methoden und in der Indikationsstellung im Hinblick auf die Überweisung an Spezialisten und spezialisierte Zentren.

Je nach Arbeitsplatz und persönlicher Kompetenz führen sie die indizierten technischen Massnahmen (z.B. Ultraschalluntersuchungen, kleine diagnostische und kurative Eingriffe) selber durch oder sie überweisen die Patienten für alle Massnahmen, die effizienter, wirtschaftlicher oder kompetenter durch eine andere Fachperson durchgeführt werden können, an eine solche Fachperson innerhalb oder ausserhalb ihres eigenen Teams.

Sie beteiligen sich am Notfalldienst und besuchen ihre Patienten zuhause oder in Pflegeinstitutionen. Die Koordination, die Interpretation von Befunden, das Erarbeiten von Konsequenzen und die Kommunikation mit den Patienten sind ihre Kernaufgaben.

Die Attraktivität des Berufes beruht auf der fachlichen Herausforderung bei der Bewältigung komplexer Probleme, auf den oft lange dauernden, zwischenmenschlichen Beziehungen mit den Patienten und im Team und auf der Schlüsselstellung, die diese ärztliche Tätigkeit auf Grund der Entscheidungskompetenzen im Gesundheitswesen einnimmt.

Die Spezialärztinnen und -ärzte sind Fachleute mit höchster Kompetenz in einem bestimmten methodischen Bereich. Dabei kann es sich um technische Anwendungen (z.B. spezialisierte chirurgische Eingriffe, invasive diagnostische Verfahren, radioonkologische Therapien) oder um andere Spezialverfahren (z.B. Psychotherapien und onkologische Behandlungsmethoden) handeln.

Bei Patienten mit einem einzigen wesentlichen Krankheitsbild kann der Spezialist für die Zeitperiode der spezialärztlichen Behandlung auch die integrale ärztliche Verantwortung übernehmen. In allen Fällen, wo mehrere gesundheitliche und allenfalls auch zusätzliche soziale, psychosoziale, pflegerische oder andere Probleme bestehen, erfolgen die spezialärztlichen Massnahmen in enger Zusammenarbeit mit dem hausärztlichen Betreuungsteam. Die spezialärztliche Tätigkeit erfordert die volle Kompetenz für das betreffende Spezialfach, dessen Leistungen aber immer im Rahmen eines umfassenden, kurativen oder palliativen Behandlungs- und Betreuungskonzeptes erbracht werden müssen.

Die Attraktivität des Berufes beruht auf der fachlichen Herausforderung durch die Anwendung moderner, anspruchsvoller, sich wandelnder technischer oder anderer Methoden, auf dem hoch wirksamen Beitrag zur Diagnostik und Therapie im Rahmen eines Teams oder eines Netzwerks und auf dem Bewusstsein, bei korrekter Indikationsstellung den Patienten entscheidende Hilfe leisten zu können.

Zu allen ärztlichen Berufen gehört die Bereitschaft zu einem temporär überdurchschnittlichen Einsatz bei der Bewältigung von Notfallsituationen und zum Leisten von Nacht- und Feiertagsdienst.

### **Berufliches Umfeld**

Ärztinnen und Ärzte können sich beruflich nur dann voll und ihrer Aus- und Weiterbildung entsprechend entfalten, wenn die Arbeits- und Rahmenbedingungen adäquat sind.

Die diagnostische und therapeutische Freiheit im Rahmen anerkannter beruflicher und fachlicher Standards (Richtlinien, WZW) bleibt – ob Arzt in freier Praxis oder im Angestelltenverhältnis – eine Grundvoraussetzung für die ärztliche Tätigkeit.

Ökonomische Faktoren, Rahmenbedingungen, Argumente bis hin zu Zwängen prägen die heutige Medizin mit. Ärzte müssen fähig sein, an ihren Arbeitsplätzen ihre Position überzeugend einzubringen und wirkungsvoll zu vertreten. Dies gilt im Hinblick auf die Kosten verordneter Massnahmen, doch auch das korrekte Wahrnehmen eigener Interessen steht jedem Berufsstand zu und kann immer wieder notwendig sein.

Mehr und mehr arbeiten auch die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte in einem Netzwerk, das in Form eines Teams in einem Zentrum oder auch dezentralisiert organisiert sein kann. Die Zusammenarbeit mit den Pflegenden ist für die zweckmässige Betreuung der Patienten von zentraler Bedeutung, wobei diese Zusammenarbeit nicht durch ein formell hierarchisches Verhältnis geprägt ist, sondern von der Fragestellung ausgeht, wer für welche Funktion kompetent ist und sie optimal erfüllen kann. Nach erfolgter ärztlicher Abklärung und bei klarer Therapie gibt es bestimmte Beratungen, Nachkontrollen und Behandlungsmassnahmen, die im Rahmen eines definierten Konzepts sinnvollerweise und eigenverantwortlich an Pflegende übergeben werden können.

Die Integration der ärztlichen Tätigkeit in Teamarbeit muss zu einer Entlastung von administrativer Tätigkeit, von der Bewältigung des Personalwesens, vom Bestellwesen und ähnlichen paramedizinischen Pflichten führen und erlaubt damit die Konzentration auf das Wesentliche des Arztberufes.

Die Entlohnung muss der beruflichen Qualifikation und der zu tragenden Verantwortung entsprechen und so ausgestaltet sein, dass keine unerwünschten Anreize entstehen. Interessenkonflikte in Richtung Mengenausweitung sind ebenso zu vermeiden wie solche in Richtung Minderversorgung.

### **Voraussetzungen zur Ausübung des Berufes**

Der Arztberuf hat als erste Voraussetzung den Abschluss eines Medizinstudiums auf der Masterstufe und das Bestehen des Staatsexamens. Dieser stellt die allen gemeinsamen Basiskenntnisse, die gemeinsame Sprache und soweit möglich eine gemeinsame Grundhaltung sicher.

Ob in Zukunft spezifische Masterabschlüsse für bestimmte medizinische Berufsfelder angeboten werden, ist denkbar, aber noch ungewiss. Es ist zum Beispiel vorstellbar, dass für den Bereich der Forschung oder für umschriebene, technisch orientierte Tätigkeitsfelder ein eigener Abschluss in Frage kommt, ein Weg, den ja die Zahnärzte schon lange gegangen sind. Für alle ärztlichen Funktionen, die über einen Einzeleingriff an einem bestimmten Patienten hinausgehen, ist aber der gleiche, allgemein verbindliche Studienweg und Abschluss notwendig.

Die zweite Voraussetzung besteht in einer Weiterbildung, nach deren Abschluss eine Person befähigt sein muss, im entsprechenden Fachbereich eigenverantwortlich tätig zu sein. Die Wichtigkeit einer strukturierten, systematisch auf das gewählte Tätigkeitsfeld vorbereitenden Weiterbildung kann gar nicht genügend betont werden. Sie hat grundsätzlich für alle Facharzttitel gleichwertig zu sein.

Im Laufe der Weiterbildungszeit muss auch das Bewusstsein der persönlichen Verantwortung, die Bereitschaft zur Arbeit in einem Team sowie zu Lehre und Forschung, die Einsicht in die Notwendigkeit der Fortbildung und des Hinterfragens der Qualität gefördert werden – mithin alle Aspekte, die im englischen Sprachbereich mit dem Wort «professionalism» bezeichnet werden.

Basiskonntnisse ökonomischer Mechanismen und Zusammenhänge sind für die tägliche Arbeit und für erfolgreiches Argumentieren unabdingbar, ebenso die Bereitschaft, die eigene Arbeit zu hinterfragen, sich gezielt fortzubilden und an Qualitätssicherungsprojekten teilzunehmen.

Qualitätsmassnahmen, die von staatlichen Stellen oder von Versicherern verlangt werden, bedürfen einer unbestreitbaren Legitimation.

Ein flexibel und modular gestaltetes Weiterbildungssystem muss es ermöglichen, sich auch im Laufe des Lebens mit vertretbarem zeitlichem Aufwand beruflich umzuorientieren und in einem benachbarten Fachbereich die nötige Kompetenz zu erwerben.



## B. Das zukünftige Berufsbild der Pflegenden

Das Berufsbild der diplomierten Pflegefachfrau/des diplomierten Pflegefachmanns basiert auf den gemeinsamen Grundelementen der Berufe des Gesundheitswesens und auf der Definition der professionellen Pflege, wie sie nachstehend erläutert wird.

### Aufgaben und Tätigkeiten

Menschen jeden Lebensalters und in unterschiedlichsten Lebenssituationen können auf Pflegeleistungen von ausgebildeten Pflegefachpersonen angewiesen sein. In der Prävention geht es darum, Gesundheit von Individuen und Familien zu fördern und zu erhalten und gesundheitlichen Schäden vorzubeugen. Kranke Menschen brauchen Pflegeinterventionen bei der Behandlung ihrer Krankheiten. Sie und ihre Familien brauchen Unterstützung im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und Therapien auf ihren Alltag. Das Tätigkeitsfeld umfasst die Durchführung von Massnahmen beim Einzelnen und in der Familie zur Wiederherstellung der Gesundheit, zur Bewältigung des Krankseins und zur Begleitung in Krisen und beim Sterben. Ein weiteres Tätigkeitsfeld der Pflegenden kann eine bestimmte Zielgruppe oder die gesamte Bevölkerung darstellen. Dort geht es darum, Strategien zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege zu entwickeln und/oder Strategien zur Förderung der langfristigen Gesundheit.

Professionelle Pflege wird in unterschiedlichsten Settings im Gesundheitswesen angeboten: gemeindenah (Spitex-Organisationen, Mütter-/Väterberatung, Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren) in hochspezialisierten Institutionen (Universitäts- und Spezialkliniken) oder in der Gesundheitsförderung/Prävention (Arbeitsplätze, Schulen).

Pflegende mit einer generalistischen Ausbildung auf Niveau Bachelor übernehmen die pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten im stationären, ambulanten oder häuslichen Bereich. Sie schätzen gemeinsam mit den Patienten und ihren Angehörigen den Bedarf an Pflege und Betreuung ein, planen Massnahmen, führen diese durch und evaluieren ihre Arbeit. Sie sind Experten in Gesprächsführung (Anamnese, shared decision making, Beratung). Sie beurteilen den Bedarf an notwendiger Unterstützung zur Durchführung von Therapien und den Unterstützungsbedarf in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie beraten und begleiten Patienten und Angehörige gezielt, um das Selbstmanagement im Umgang mit Krankheit und Therapie zu erhöhen, und die Adhärenz zu Therapien zu stärken. Sie beraten Patienten und Angehörige darin, gesundheitliche Risiken zu erkennen und zu mindern.

Pflegende haben bei der Gestaltung des Betreuungsplans eine wichtige Koordinationsfunktion. Ziel dabei ist, Auswirkungen des Krankseins auf den Alltag des Patienten möglichst gering zu halten. Pflegende planen die Betreuung in Zusammenarbeit mit ärztlichen KollegInnen und unter Einbezug weiterer Berufsangehöriger (Hauspflege, Sozialdienst, Physiotherapie etc).

Ihre Ausbildung erlaubt den Pflegenden, ihre fachlichen Grenzen zu erkennen und Fachpersonen anderer Gesundheitsberufe bei Bedarf beizuziehen (z.B. «Hausarzt», Spezialärzte, Ernährungsberaterin).

Die Optik der Pflegenden ist weniger auf die Krankheit als auf das Kranksein ausgerichtet und darauf, zu helfen, mit Unzulänglichkeiten infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung im Alltag zurechtzukommen; ihr Denken ist durch die Nähe zum Patienten und seinem Alltag gekennzeichnet.

Pflegende, die sich einer vertieften klinischen Praxis zuwenden, können bezogen auf eine definierte Patientenpopulation (z.B. Herzinsuffizienz, Onkologie, Neugeborene) oder bezogen auf ein bestimmtes Versorgungssetting (Ambulatorium, Spezialklinik, Spitex, Intensivstation usw.) qualifizierte Arbeit leisten. Pflegende mit vertiefter Praxis sind auf Masterstufe ausgebildet. Sie verfügen über erweiterte Kompetenzen im technisch/medizinischen Bereich und/oder in Beratung und Begleitung (z.B. spezialisierte geriatrische Pflege, pädiatrische Pflege, Diabetesberatung, Herzinsuffizienzberatung, Koronare Rehabilitation). Diese Pflegenden haben eine Weiterbildung in spezialisierten Fachbereichen absolviert. Sie sind dazu ausgebildet, neue Konzepte der Versorgung in einer Institution einzuführen und andere Pflegende evidenzbasiert anzuleiten. Sie sind in der Lage, neue Konzepte der Versorgung und Beratung zu entwickeln und einzuführen. Sie wenden dazu wissenschaftliche Methoden der Erkenntnisgewinnung an.

### **Berufliches Umfeld**

Pflegende können den Beruf im Angestelltenverhältnis oder in eigener Praxis / Pflegeinstitution anbieten. Ihr Handeln orientiert sich an den ethischen Normen und an den definierten Qualitätsstandards ihres Berufsstandes.

Gegenüber Dritten bringen Pflegende ihre Position bei der Begleitung von Patienten und Angehörigen überzeugend ein und vertreten diese wirkungsvoll. Sie sind in der Lage, eigene berufliche Interessen sowie die Interessen der Pflegeabhängigen zu vertreten.

Pflegende sind wesentliche Kooperationspartner in den Netzwerken der medizinischen Versorgung. Sie sind befähigt, in Teams zu arbeiten. Diese Teams können in zentralisierten Strukturen (Spitäler, Heime, etc.) oder dezentral (Spitex der Gemeinde, medical home, Versorgungsnetzwerk) in Zusammenarbeit mit Ärzten oder anderen Gesundheitsberufen tätig sein. Die Zusammenarbeit

ist dabei auf eine optimale, zweckdienliche Betreuung und Begleitung von Patienten und ihren Angehörigen ausgerichtet. Pflegende übernehmen dabei je nach Situation koordinierende, leitende oder ausführende Funktionen. Sie übernehmen Aufgaben wie die Durchführung von Behandlungsmassnahmen nach ärztlicher Diagnosestellung und Therapiefestlegung, Vorsorgemassnahmen, Beratungen, Nachkontrollen und die langfristige Begleitung von Patienten.

Die Teamarbeit muss so organisiert sein, dass Pflegende sich auf das Wesentliche ihres Berufes konzentrieren können und von administrativen Aufgaben, Materialbewirtschaftung und Personalwesen entlastet sind.

Pflegende bieten ihre Dienstleistungen in vielen Fällen während 24 Stunden und 7 Tagen die Woche an. Die Rahmenbedingungen zur Ausübung des Berufes sind so zu gestalten, dass es den Pflegenden möglich ist, ihre Angebote wirkungsvoll, zweckmässig und wirtschaftlich selbstverantwortlich im Rahmen von beruflichen und fachlichen Standards anbieten zu können.

### **Voraussetzungen zur Ausübung des Berufes**

Eine professionell Pflegende bringt einen Berufsabschluss auf Bachelorstufe mit. Diese Ausbildung befähigt sie, den Beruf in seiner generellen Ausrichtung auszuüben. Danach kann eine Spezialisierung erfolgen.

Es werden Masterabschlüsse angeboten, die befähigen, in speziellen Arbeitsbereichen vertieftes Fachwissen/technische Fähigkeiten zu erwerben oder sich spezifischen Patientengruppen mit besonderem Beratungs- oder Begleitungsbedarf zuzuwenden. Pflegende mit einem Master können in diesen Fachbereichen eigenständig verantwortungsvolle Funktionen übernehmen.

Der Abschluss einer Weiterbildung befähigt die Pflegenden in entsprechenden Fachbereichen, Tätigkeitsfeldern oder Techniken eigenverantwortlich tätig zu sein. Diese Weiterbildungen sind auf eine klar umschriebene berufliche Tätigkeit auszurichten. Standards und Qualitätsmerkmale sind dabei im Auge zu behalten. Ein modulares Weiterbildungssystem ermöglicht, sich im Laufe des beruflichen Werdegangs mit vertretbarem zeitlichem Aufwand weiterzuentwickeln, sich neu zu orientieren oder in ein benachbartes Berufsfeld zu wechseln. Durchlässigkeiten interdisziplinär und multidisziplinär sind eine Selbstverständlichkeit. Module sind mit anderen Gesundheitsberufen gemeinsam zu entwickeln und zu besuchen, wenn es sich um Grundlagen der Berufe im Gesundheitswesen handelt oder wenn es die interdisziplinäre oder multiprofessionelle Zusammenarbeit betrifft.

Pflegende mit einem Bachelor führen die Pflege praktisch durch, sie handeln dabei evidenzbasiert. Sie lernen im Laufe ihrer Ausbildung die wissenschaftlichen Methoden und Arbeitsweisen kennen. Ihre Mitarbeit bei Forschungsprojekten ist daher wünschbar. Studierende im Masterprogramm dagegen sind zwingend darauf angewiesen, Forschungsarbeiten unter Anleitung durchführen zu können. Eine eigenständige, wissenschaftliche Karriere erfolgt nach Erlangen eines Doktorats. Pflegende mit Masterausbildung können diesen Titel anstreben.

---

## 6. Konflikte und Konsequenzen

Auch angesichts aller Veränderungen der Gesellschaft, der beruflichen Tätigkeit und der Rahmenbedingungen muss das erste Ziel der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens die optimale Patientenbetreuung sein und bleiben.

Die Veränderungen der Berufsbilder, wie wir sie skizzieren und erwarten, werden sich zum Teil unter dem Druck von Innovations- und Marktkräften von selber ergeben.

Um sie in die Richtung zu lenken, die sich wirklich an den Bedürfnissen von Bevölkerung und Patienten orientiert, werden aber lenkende und unterstützende Massnahmen unumgänglich sein. Diese müssen vor allem in den Bereichen Aus- und Weiterbildung, Gestaltung innovativer Arbeitsmodelle, Honorierung und Gesetzgebung ansetzen.

Die zu erwartenden Entwicklungen bergen ein beträchtliches Konfliktpotential, wobei es vor allem zur Akzentuierung schon bestehender Konflikte und weniger zu völlig neuen Spannungsfeldern und Interessenkollisionen kommen dürfte.

Es geht dabei vor allem um die Besitzstandswahrung und um die Schnittstellen zwischen Generalisten und Spezialisten, zwischen Ärzten, Pflegenden und anderen Berufen im Gesundheitswesen, zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, zwischen freiberuflich Tätigen und Institutionen, zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor und zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern.

Falls es gelingt, zukunftsorientierte Berufsbilder sinnvoll umzusetzen und ihnen Akzeptanz zu vermitteln, wird sich die Zusammenarbeit verbessern, die Schnittstellenprobleme werden entschärft und die Effizienz der Leistungen verbessert. Vorerst aber werden einzelne Gruppen die traditionellen Rollen und Muster hartnäckig verteidigen, weil sie befürchten, dass gerade sie zu den Verlierern der Veränderungen gehören werden.

Ohne in die Details zu gehen, sieht die Arbeitsgruppe somit folgende Konsequenzen und Massnahmen, die mithelfen können, die potentiellen Konflikte zu entschärfen und den Wandel der Berufsbilder nicht einfach «geschehen zu lassen», sondern ihn soweit überhaupt möglich aktiv zu gestalten:

**Konsequenzen für die beiden Berufsgruppen der Ärzte und der Pflegenden:**

- *Die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten von Ärzten und Pflegenden und diejenigen innerhalb der einzelnen Berufsgruppen sind neu zu definieren.*  
Für einen Teil dieser Abgrenzung können wohl allgemein akzeptierte Richtlinien erarbeitet werden, der andere Teil muss sinnvollerweise aber jeweils innerhalb der einzelnen Institutionen erarbeitet und festgelegt werden (Spital, Ambulatorium, Zentrum, Praxisgemeinschaft, Netzwerk). Für einzelne Arbeitsbereiche braucht es allerdings zuvor gesetzliche Anpassungen (z.B. für eine erweiterte Verordnungskompetenz für Pflegefachpersonen).
- *Die Ausbildung auf Bachelorstufe vermittelt in Zukunft im Sinne eines Tronc commun sowohl den Ärzten als auch den Pflegenden neben ihren jeweiligen spezifischen Kenntnissen gemeinsame Grundelemente (Prinzipien, Basiswissen, Fertigkeiten, Sprache: vgl. Pt. 5/1). Diese gemeinsamen Module müssen erarbeitet werden.*
- *Neue Modelle der interdisziplinären Teamarbeit (HMO, weiterentwickelte Managed Care-Modelle, interdisziplinäre Praxisgemeinschaften, dezentrale Zusammenarbeit in Netzwerken etc.), bei der die einzelnen Berufe entsprechend ihren Kernkompetenzen eingesetzt werden können, sind zu fördern (vgl. Pt. 5/A und B). Staatliche Regulierungsmassnahmen und neue Versicherungsprodukte müssen unterstützend und nicht blockierend wirken.*  
Die Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass es für Modelle mit Verbesserungen der interdisziplinären Zusammenarbeit möglichst wenig Schranken und keinen zusätzlichen administrativen Aufwand gibt.
- *Die Berufsverbände haben die Aufgabe, die notwendigen Massnahmen einzuleiten und miteinander im konstruktiven Gespräch zu bleiben.*  
Der Geist des Beharrens und Bewahrens muss der Überzeugung Platz machen, dass im Gesundheitswesen neue Modelle und Konzepte aktiv gestaltet, getestet und immer wieder verbessert werden müssen.

**Konsequenzen für den Arztberuf:**

- *Die Lerninhalte auf Bachelor- und Masterstufe sind in regelmässigen Intervallen den gesellschaftlichen und fachlichen Erfordernissen anzupassen.*  
Die Ausbildung der Ärzte mit dem Berufsziel einer klinischen Tätigkeit bleibt auf Bachelor- und Masterstufe im Kern für alle identisch. Für Studenten mit dem Berufsziel theoretische Medizin oder für ganz spezifische, technisch orientierte Berufe sind eigene Masterlehrgänge denkbar. Mit dem neuen Medizinalberufegesetz und der Bologna-Reform sind die Voraussetzungen geschaffen, um diese Anliegen umzusetzen.
- *Für komplexe Gesundheitsstörungen sind Disease Management-Modelle zu entwickeln und Patientenpfade in Diagnostik und Therapie zu definieren, für die jeweils ein generalistisch tätiger Arzt die Verantwortung übernimmt.*  
Diesem Arzt obliegt nach der Diagnosestellung primär die Aufgabe des Koordinators, er erklärt und bespricht mit den Patienten die sinnvollen Massnahmen. Durchgeführt werden diese Massnahmen jeweils durch die Fachpersonen innerhalb oder ausserhalb des Teams, die dafür geeignet und kompetent sind (z.B. Pflegefachperson, Assistentin, Spezialist, Spezialinstitution).
- *Die Weiterbildung ist ab Beginn strukturiert und für alle Fachbereiche gleichwertig.*  
Klar definierte Curricula müssen den Anwärtern den Entscheid für ein Fachgebiet ermöglichen; ein solcher Entscheid ist mit Hilfe von Mentoring möglichst früh im Laufe der Weiterbildung zu treffen.
- *Es braucht genügend akkreditierte Weiterbildungsplätze in Spitälern und in Praxen und ein genügendes Angebot an Teilzeitstellen (v.a. auch für Frauen in Weiterbildung)*

**Konsequenzen für Pflegeberufe:**

- *Der Bachelortitel muss auch in der Deutschschweiz und im Tessin zum Normalabschluss der Pflegeausbildung werden. (In der Westschweiz seit 2002 eingeführt.) Die Möglichkeiten, in der Pflege einen Master- oder Dokortitel zu erwerben, sind zu fördern.*
- *Die Lerninhalte sind im Hinblick auf den zukünftigen Tronc commun in der Ausbildung mit den Ärzten anzupassen. Die Ausbildung auf Bachelorstufe vermittelt in Zukunft sowohl den Ärzten als auch den Pflegenden neben ihren spezifischen Kenntnissen gemeinsame Grundelemente (gleiche Module für Prinzipien, Basiswissen, Fertigkeiten, Sprache: vgl. Pt. 5/1).*
- *Die Nachwuchsrekrutierung ist mit Hinweis auf die breiten beruflichen Möglichkeiten zu intensivieren.*

**Konsequenzen für die Politik, für die Versicherer und für die Berufsorganisationen:**

- *Die gesetzlichen Bestimmungen sind dahingehend zu überprüfen, dass ärztliche Delegationsregelungen und an institutionelle Gegebenheiten geknüpfte Tarifregelungen einer verbesserten Kompetenz- und Verantwortlichkeitsaufteilung nicht im Wege stehen. Gesetze und Verordnungen sind so anzupassen, dass die in diesem Bericht geforderte Anpassung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten möglich ist (z.B. Art. 25 Abs. 2a, Art. 35 KVG, Art. 7 KLV, Art. 49 KVV). Damit wird auch Pflegenden die Tätigkeit als selbständige Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ermöglicht.*  
 Art. 35 KVG führt ja jene Leistungserbringer auf, deren Leistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt werden. In diese Liste sind auch selbständig tätige Pflegende aufzunehmen.
- *Bestehende Tarifmodelle sind dahingehend anzupassen und zu flexibilisieren, dass die in diesem Bericht geforderte Neuverteilung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten die nötige finanzielle Grundlage findet.*  
 Dies bedeutet zum Beispiel, dass bestimmte Leistungen pauschalisiert oder als Leistungsgruppe durch eine Gesundheitsorganisation verrechnet werden können.

- *Netzwerkmodelle und die koordinierte Betreuung (coordinated care) müssen aktiv gefördert werden, damit die in diesem Bericht geforderte Neuverteilung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auch in den Strukturen ihre Entsprechung findet.*

Dies bedeutet, dass alle Stakeholder ihre Verantwortung gegenüber dem Gesundheitswesen wahrnehmen und innovative Versicherungsmodelle erarbeiten, die einerseits marktkonform sind, andererseits aber einer patientenzentrierten Optimierung der Leistungserbringung durch interdisziplinäre Teams nicht im Wege stehen.

- *Die Berufsverbände sind gefordert, die unbedingt notwendige Informations- und Überzeugungsarbeit bei Politikern, Versicherern, Meinungsbildnern, anderen Entscheidungsträgern und in der Öffentlichkeit zu leisten.*

Erste Voraussetzung dafür ist, dass die eigenen Mitglieder hinter den prinzipiellen Überlegungen zu den Berufsbildern der Zukunft und hinter den auszuarbeitenden Detailkonzepten stehen.

**Empfehlung an den Vorstand der SAMW:**

- *Ausarbeitung einer «Charta for Coordinated Care»*
- *Durchführung einer Veranstaltung zum Thema «Zukünftige Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden» (Zielpublikum: ÄrztInnen, Pflegende, Politiker, Versicherer, Journalisten)*



## Literatur

- Kesselring Annemarie, de Geest Sabina **Medizin und Pflege: siamesische Zwillinge?** SAMWbulletin 3/2002
- Bürgi H. et al. **Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training** Joint Commisss of the Swiss Medical School, 2002
- SRK **Ausbildung zur dipl. Pflegefachfrau / zum dipl. Pflegefachmann** Ausbildungsbestimmungen, 2002
- Kaufmann Claude **Medizin im Aufbruch: Neues Berufsbild, neues Gesetz, neue Ausbildung** www.unipublic.unizh.ch/magazin/gesundheit/2002/0595/
- Nordt Carlos **Strukturwandel der medizinischen Grundversorgung: Ursachen und Wirkung der ärztlichen Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichen Praxismodellen** Auszug (Zusammenfassung) aus Dissertation, Phil. Fakultät UniZH, 2003
- Charta zur ärztlichen Berufsethik** SÄZ 2003; 84: 2347–2349
- Spichiger Elisabeth et al. **Professionelle Pflege – neu definiert: Zwei Kernaussätze und acht Ergänzungen** Krankenpflege 8/2004
- Bovier Patrick et al. **Santé des médecins de premier recours en Suisse** Primary Care 2004;4: Nr 47, 941–947
- Buchan James, Calman Lynn **Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles** OECD Health Working Papers 17, 2005
- Gassmann Barbara **Zusammenarbeit oder Konkurrenz?** SÄZ 2005; 86: Nr. 29/39, 1763
- Grüniger Ueli **Braucht es den Hausarzt noch?** Primary Care 2005; 5 Nr. 3
- Simoens Steven, Villeneuve Mike, Hurst Jeremy **Tackling Nurse Shortages in OECD Countries** OECD Health Working Papers 19, 2005
- de Haller Jacques **Gibt es bald keine Hausärzte mehr? (Interview)** NZZ am Sonntag, 27. 11. 2005
- Woodroffe Elizabeth **Nurseled general practice: the changing face of general practice?** Brit. Journal of General Practice 2006; 8: 632–633
- Beer Jürg H., Kaspar Kurt **Ärztlicher Grundversorger als Berufsziel** NZZ, 14. 3. 2006
- The Advanced Medical Home** ACP, A Policy Monograph 2006
- Stiftung Careum (Hrsg.) **Grenzen aufheben – Thesen zur Zukunft der Ausbildung für Gesundheitsberufe** Careum-Festschrift 2006
- Freudenheim Milt **Attention Shoppers: Low Prices on Shots in Clinic** New York Times, 14. 3. 2006
- Siegrist Michael, Orlow Pascale, Giger Max **Weiterbildung und Arbeitssituation aus Sicht der Assistenzärzte** SÄZ 2006; 10: 379–386
- Simoens Steven, Hurst Jeremy **The Supply of Physician Services in OECD Countries** OECD Health Working Papers 21, 2006
- FMH **Ja zu Vernetzung und Qualität – ja zu «Managed Care»** Thesen der FMH zu zwei aktuellen, zentralen Themen im Schweizer Gesundheitswesen SÄZ 2006; 87: 1533–1539
- Weinberger Steven et al. **Position Paper: Redesigning Training for Internal Medicine** Annals of Internal Medicine 2006; Nr. 6
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, **Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Kurzfassung 106 Seiten)** 2007
- A proposal for coordinated care** Policy Monograph SGIM, JGIM 2007

## Kommentar

### Neue Berufsbilder für fehlende Berufsleute?

Die SAMW hat den Bericht «Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis» im Sommer 2007 in der Schweizerischen Ärztezeitung veröffentlicht; hingegen wurde damals – im Gegensatz zu den anderen Berichten im Rahmen des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz» – keine Broschüre gedruckt, die zusätzlich hätte verteilt werden können.

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

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

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

## **Das Gesundheitssystem verändert sich langsam, aber stetig**

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

Einige der im Bericht bereits erwähnten Entwicklungen, namentlich die Feminisierung des Arztberufes und der zunehmende Personalbedarf im Gesundheitsbereich, haben sich seither noch akzentuiert. Die 2009 veröffentlichte Studie des OBSAN sowie der Versorgungsbericht von GDK und OdASanté zum zukünftigen Bedarf an Pflegepersonal hat auch die Politik aufgerüttelt und zu zahlreichen Vorstössen geführt. Es besteht Einigkeit darin, dass es nicht richtig ist, die personellen Lücken mit Fachleuten aus dem Ausland zu füllen und dadurch zur weltweiten Migration im Gesundheitswesen beizutragen.

## **Der Wandel der Berufe aus dem sozialwissenschaftlichen Blickwinkel**

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

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

Die Erwartungen und Verhaltensweisen der PatientInnen sind beeinflusst durch verschiedene gesellschaftliche Zugehörigkeiten (soziale Schicht; Altersgruppe; Geschlecht) und durch vielfältige Wertsysteme. Diese Vielfältigkeit und die Bedeutung der sozialen Faktoren sind zu berücksichtigen, wenn es darum geht, die adäquate Betreuung eines Patienten zu beschreiben.

### **Die Ökonomisierung der Medizin als treibende Kraft?**

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

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

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

Eine rasante Ökonomisierung auf Seiten der Versorger ist spürbarer als noch vor vier Jahren, ausgehend von den Beitragsleistenden und der Politik mit unverhältnismässigen Auswüchsen bezüglich Administration, Kennzahlen-/Datenerfassung und -nachweis, Controllingmassnahmen und mit einer Ergeb-

nisqualität, die immer weniger als adäquat bezeichnet werden kann. Problematisch ist, wenn die Ergebnisqualität ausschliesslich monetär und im Sinne der Kostensenkung verstanden wird und schwer messbare Qualitäten wie «verlässliches Sorgen für jemanden» vernachlässigt werden.

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

### **Konflikte und Konsequenzen: Wo stehen wir heute?**

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

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

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

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

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

(siehe Bericht Seite 19)

Ziel einer solchen Neu-Definition der Arbeitsbereiche muss es ja sein, dafür zu sorgen, dass jede Berufsgruppe im Bereiche ihrer Kernkompetenzen ihren spezifischen Beitrag zur bestmöglichen und effizienten Versorgung der Patienten leisten kann. Dies geschieht einerseits innerhalb der einzelnen Institutionen im Rahmen liberaler Regelungen, die vor allem die Qualität sicher stellen. Nötig sind aber Anreize, optimierte Rahmenbedingungen (z. B. in der Gesetzgebung) und unterstützende Massnahmen, damit neue Modelle auch wirklich realisiert werden können. Ärzte und Pflegende, aber auch andere Berufsgruppen müssen Verschiebungen ihrer Kompetenzen akzeptieren lernen. Sie dürfen dafür einen Abbau von bürokratischen Belastungen, eine Verwesentlichung ihrer Tätigkeit und eine bessere Arbeitsqualität erwarten. Seit der Publikation des Berichtes sind Einzelprojekte bekannt geworden, eine breite Entwicklung in Richtung einer neuen Interprofessionalität lässt sich noch nicht feststellen.

*Die Ausbildung auf Bachelorstufe vermittelt in Zukunft sowohl den Ärzten als auch den Pflegenden gemeinsame Grundelemente.* (siehe Bericht Seite 19)

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

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

(siehe Bericht Seite 19)

Die breite Einführung solcher Modelle (interprofessionelle Gruppenpraxen, Gesundheitszentren, «patient centered medical homes») benötigt mehr als nur die verbale Unterstützung und das Wohlwollen von Politikern und Journalisten. Eigentliche konkrete Bemühungen sind in den letzten Jahren aber nicht zu beobachten gewesen, obwohl immer klarer wird, dass nur dann eine Chance besteht, genügend Nachwuchs zu finden, wenn auch das Berufsleben mit den Vorstellungen von einer befriedigenden Lebensgestaltung kongruent ist. Die Zahl der Gruppenpraxen nimmt wohl zu, doch handelt es sich häufig nicht um wirklich integrierte Modelle, sondern um einige Ärzte mit der gleichen Adresse und dem durchaus berechtigten Bestreben, Unkosten zu teilen und zu senken, meist

ohne weitere Durchlässigkeit zwecks Verbesserung der Patientenversorgung. Erfreulich ist, dass es doch weiter gehende Pioniergruppen gibt und dass auch einzelne Gemeinden beginnen, entsprechende Projekte zu unterstützen, weil sonst die medizinische Grundversorgung in ihrem Gebiet gar nicht mehr sicher gestellt wäre. Solche Möglichkeiten von «public-private partnership» sind noch zu seltene, aber positive Zeichen für neue Entwicklungen. Die Übernahme von Praxen und Ärztezentren durch Krankenversicherer ist dagegen keine erstrebenswerte Entwicklung, da sie der «Gewaltentrennung» im Gesundheitswesen zuwider läuft und zu unlösbaren Interessenkonflikten führen muss.

*Die Berufsverbände haben die Aufgabe, die notwendigen Massnahmen einzuleiten und miteinander im konstruktiven Gespräch zu bleiben.* (siehe Bericht Seite 19)

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

*Es braucht genügend akkreditierte Weiterbildungsplätze in Spitälern und in Praxen und ein genügendes Angebot an Teilzeitstellen.* (siehe Bericht Seite 20)

Ausbildung und Weiterbildung sind Investitionen in die Zukunft und nicht bloss Kosten, an denen mit dem Rotstift des Sparens herum gestrichen werden kann. Wenn es nicht gelingt, Ausbildung und Weiterbildung quantitativ und qualitativ sicher zu stellen, brauchen wir uns über Berufsbilder, zukunftsgerichtete Modelle und hohe Qualität der Versorgung im Gesundheitswesen eigentlich gar keine Gedanken mehr zu machen. Dann ginge es allenfalls nur noch um Notstandspläne!

*Der Bachelortitel muss auch in der Deutschschweiz und im Tessin zum Normalabschluss der Pflegeausbildung werden.* (siehe Bericht Seite 21)

Für diese Forderung gibt es mehrere Gründe. Die Anforderungen an die professionell Pflegenden sind weiterhin am Steigen. Das Gefüge der Pflegeberufe ist zudem tiefgreifenden Änderungen unterworfen. Mit der «Fachfrau/Fachmann Gesundheit» und der «Pflegepraktikerin» wurden neue Berufe eingeführt, welche unter Aufsicht und unter Anleitung von diplomierten Pflegefachpersonen arbeiten. Angemessene Investitionen in die Bildung sind im Interesse der Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung von grösster Bedeutung.

*Die Nachwuchsrekrutierung ist zu intensivieren.* (siehe Bericht Seite 21)

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

*Gesetzliche Bestimmungen und Tarife sind dahingehend zu prüfen und so anzupassen, dass sie den Veränderungen von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten nicht im Wege stehen.* (siehe Bericht Seite 21)

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



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

Der 2007 veröffentlichte Bericht hat die Diskussion zu wichtigen Themen rund um die Berufsidentitäten und ihre Veränderungen eröffnet. Er beschreibt einen ganzen Strauss von Möglichkeiten und Massnahmen, wie unser noch gut funktionierendes Gesundheitswesen im positiven Sinn weiter entwickelt werden kann. Dabei spielt kompetentes und engagiertes Gesundheitspersonal eine ausschlaggebende Rolle. Ökonomische Überlegungen dürfen die uralten Anliegen der Menschheit rund um ethische Fragestellungen weder pervertieren noch verdrängen. Solange es Menschen gibt, welche für die gute Sache und für andere Menschen einstehen, besteht Hoffnung auf gute Lösungen.

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

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

Die breite Anerkennung des bedrohlichen Problems ist eigentlich eine gute Nachricht – besser spät als nie. Doch wie bei anderen späten Diagnosen wird die Therapie nicht einfacher. Es braucht jetzt stärkere Mittel, die Korrektur des Defizits wird mehr Zeit in Anspruch nehmen, Komplikationen sind nicht auszuschliessen und die Heilungschancen sind durchgezogen. Allein mit der Erhöhung der Zahl von Ausbildungsplätzen werden wir die Misere nicht beheben können. Es braucht zusätzliche mutige Massnahmen, besonders um die «leaky pipeline» abzudichten, d. h. den Verlust von ausgebildeten Fachkräften möglichst klein zu halten. Es gilt, Werte und Ideen der jüngeren Generationen mehr zu beachten – namentlich auch, um den Frauen zu erlauben, berufliche und Lebensziele langfristig zu vereinbaren. Die Mehrheit der Gesundheitsfachleute ist bereits heute weiblich; jede Reform hat dieser Tatsache Rechnung zu tragen. Sollte ein Kommentar zum Bericht über die Berufsbilder im Jahre 2015 nochmals zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen wie der heutige, wäre der Versuch, Schaden vom Gesundheitswesen abzuwenden, wohl gescheitert!

Weitere Exemplare dieser Broschüre (in deutscher oder französischer Sprache) können bei folgender Adresse bezogen werden:

Schweizerische Akademie der  
Medizinischen Wissenschaften (SAMW)  
Petersplatz 13, 4051 Basel  
Tel. +41 (0)61 269 90 30, mail@samw.ch

© Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2011

Gestaltung: vista point, Basel  
Druck: Schwabe AG, Basel/Muttenz  
Auflage: D 1200 Ex., F 600 Ex.



Die SAMW ist Mitglied der  
Akademien der Wissenschaften Schweiz



---

**SAMW**

Schweizerische Akademie  
der Medizinischen  
Wissenschaften

---

**ASSM**

Académie Suisse  
des Sciences Médicales

---

**ASSM**

Accademia Svizzera delle  
Scienze Mediche

---

**SAMS**

Swiss Academy  
of Medical Sciences

