

Ein neues Berufsverhalten im Gesundheitswesen ist nötig

Mehr Effizienz in der betrieblichen Praxis

Der demografische Wandel, die personalisierte Medizin, die neuen Medien – namentlich eHealth – und die gut informierten Patientinnen und Patienten fordern schon heute, und in nächster Zukunft noch intensiver, ein neues Berufsverhalten aller Involvierten im Gesundheitswesen. Das Festhalten an föderalistisch gewachsenen Strukturen einerseits und das jahrhundertealte Silodenken der Vertreterinnen und Vertreter der wichtigsten Gesundheitsberufe, wie Ärzte und Pflegefachpersonen, andererseits sind nicht mehr angebracht. Die Zeit ist reif für mehr Effizienz in der betrieblichen Praxis.

Das Spektrum der Erkrankungen hat sich in den letzten Jahren geändert und verlangt nach einer Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung und neuen Versorgungsmodellen¹. Es droht ein Mangel an Gesundheitsfachpersonen. Diese sollten deshalb effizienter eingesetzt werden. Der Weg dazu führt über Arbeitsteilung und die Bildung interprofessioneller Teams, in denen Vertreter der an der jeweiligen Leistung beteiligten Gesundheitsberufe ihre fachspezifischen Kompetenzen einbringen. Die interprofessionelle Arbeit fordert von allen Akteuren gemeinsame Schlüsselkompetenzen. Durch interprofessionelle Bildung können die Gesundheitsfachpersonen auf die Medizin der Zukunft vorbereitet werden.

Demografischer Wandel und Teilzeitarbeit

Für das Gesundheitssystem stellen die Entwicklungen in der personalisierten Medizin und die demografischen Veränderungen der Bevölkerung gleichermassen grosse Herausforderungen dar. Letzterer Punkt ist bedingt durch den steigenden Anteil älterer und alter Personen in der Gesellschaft. Personen in höherem Alter leiden vermehrt an einer oder mehreren chronischen Krankheiten sowie geriatrischen Syndromen, was zu einer absolut höheren Zahl Chronisch-Erkrankter führt. Die Akut-Medizin wird zur Chronisch-Erkrankten-Medizin. Vonseiten der Erkrankten steigt der Bedarf nach Gesundheitsfachpersonen. Der gesamtgesellschaftliche Trend zu Teilzeitarbeit führt zu einer weiteren Bedarfssteigerung.

Durch den steigenden Anteil von Ärztinnen im Arztberuf wirkt sich die durch Mutter- und Familienpflichten bedingte Teilzeitarbeit bei den per-

sonellen Ressourcen im ärztlichen Bereich besonders stark aus. Ein Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit nach längerer Familienpause ist heute immer noch schwierig. Gleichzeitig steigen viele Pflegefachpersonen etwa wegen Erschöpfung einige Jahre vor dem Erreichen des Rentenalters aus dem Beruf aus. Neue Arbeits- und Arbeitszeitmodelle für berufliche Wiedereinsteigerinnen und Personen über 55 Jahre können diesem Trend entgegenwirken. Die Praktikabilität der Teilzeitarbeit sollte unterstützt werden durch Tagesschulen und arbeitszeit-adaptierte Öffnungszeiten der Kinderkrippen. Das Gesundheitspersonal sollte sparsamer und den berufsspezifischen Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden.

Effizienter Einsatz der Gesundheitsfachpersonen

Die 24-Stunden-Bereitschafts-Dienste benötigen auf Grund ihres Leistungsauftrags und der ver-

fügbaren medizinischen Disziplinen mindestens drei vollständige Teams. Diese umfassen je nach Disziplin eine minimale Anzahl an Fachärztinnen, Pflegefachpersonen sowie weitere Gesundheitsfachpersonen, wie zum Beispiel Fachpersonen für medizinisch-technische Radiologie, biomedizinische Analytikerinnen, technische Operationsfachpersonen. Das Patientenvolumen ist in der Regel während der Nacht am geringsten. Dies hat zur Folge, dass das Personal der Notfallinstitutionen mit kleinem Einzugsbereich nachts oft nicht ausgelastet ist. In solchen Betrieben werden Personalressourcen gewissermassen verschwendet, dies bei einer drohenden Knappheit von Gesundheitsfachpersonen effizienter eingesetzt werden. Dies bedingt die Schliessung oder Zusammenlegung von Notfall- und Intensivstationen mit geringer Auslastung, von Geburtskliniken mit weniger als 700 Geburten pro Jahr, sowie von hochspeziali-

Der Autor: Dr. med. Max Giger



Dr. med. Max Giger hat während seiner über zwanzigjährigen Tätigkeit im Zentralvorstand der FMH und als Präsident des SIWF dazu beigetragen, die Qualität der ärztlichen Weiter- und Fortbildung zu verbessern. Als Weiterbildungsfachmann ist er heute ein gefragter Berater.

An der Tagung von OdASanté zum Thema «Gesundheitsbranche – Die Zukunft wird anders» spricht er über die neuen Formen der Zusammenarbeit, welches sich aus den Verschiebungen unter den Versorgungsbereichen und die zunehmenden Spezialisierungen in Zukunft ergeben können. Die Tagung findet am 4. November 2015, von 10 bis 16 Uhr, im Stade de Suisse in Bern statt (www.odasante.ch).



Der interprofessionellen patientenorientierten Betreuung und Behandlung gehört die Zukunft. Sie verlangt von allen Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Gesundheitsberufe gemeinsame Schlüsselkompetenzen, wie Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Sprachgewandtheit, Beratungsfähigkeit und Eigenverantwortung. Ärztinnen und Ärzte sind stark gefordert.

sierten medizinischen Einrichtungen, welche beispielsweise Transplantationen oder Eingriffe am Herz-Kreislaufsystem (interventionelle Kardiologie und Neurologie, Herz- und Gefässchirurgie) durchführen.

Ärztinnen in Weiterbildung sollten einzig in fortgeschrittenen Lernstadien als erste ärztliche Anlaufperson des nächtlichen Notfalldienstes eingesetzt werden, da zu diesen Tageszeiten das Patientenvolumen und die Supervision mit Feedback durch Fachärztinnen oder Lehrpersonen und somit der Lerneffekt in der Regel reduziert sind.

Die Nachkontrollen von Patientinnen und Patienten nach chirurgischen Eingriffen und Arzneimitteltherapien, namentlich medizinisch-onkologischer Therapien, erfordern einen grossen zeitlichen Einsatz von Gesundheitsfachpersonen. Viele Nachkontrollen werden routinemässig nach einem orts- oder gelegentlich landesüblichen Standard durchgeführt. Der Nutzen vieler Kontrollen, vor allem bildgebender Verfahren wie Positronen-Emissionstomografie und -Computertomografie², ist bezüglich Morbidität und Mortalität zu hinterfragen. Sollten Ängste durch Kontrollen verhindert oder abgebaut werden, könnten sie auf Anamnese und klinische Untersuchung beschränkt werden. Die Patienten sollten einzig bei neuen Beschwerden wieder untersucht werden. Durch diese Massnahmen liesse sich Personal einsparen.

Hausärztinnen und Hausärzte und die Obligatorische Krankenpflegeversicherung könnten

entlastet werden, indem die Arbeitgeber im Falle von krankheits- oder unfallbedingter Abwesenheit erst ab dem sechsten Tag ein ärztliches Attest verlangten. In diese Richtung zielt das vom Nationalrat am 9. September 2014 angenommene Postulat Humbel 13.3224 «Entlastung der Krankenversicherung von ungerechtfertigten Kosten». Eine weitere Entlastung der Hausärztinnen könnte dadurch erreicht werden, dass die Routine-Untersuchungen zu Fahrtauglichkeit nur noch alle drei Jahre und primär als Screeninguntersuchung mittels standardisierter Testverfahren, dazu gehören der Sakkaden- und der Aufmerksamkeitstest³, durch entsprechend spezialisierte nichtärztliche Gesundheitsfachpersonen durchgeführt würden. Die Abgabe von Arzneimitteln – ausser in patientenbedingten Ausnahmefällen und Notfällen – könnte in diesem Zusammenhang konsequent durch Apothekerinnen erfolgen. Allein durch Reduktion oder Wegfall dieser drei Tätigkeiten könnten in ausgelasteten hausärztlichen Einzelpraxen, welche 150 bis 180 Patientenkontakte pro Woche verzeichnen, pro Woche bis zu acht Stunden für fachspezifische ärztliche Arbeit gewonnen werden. Weitere Zeit für ärztliche Arbeit ergäbe sich durch Kooperation mit anderen Gesundheitsfachpersonen, etwa Advanced Practice Nurses (Pflegeexpertin APN).

Interprofessionalität

Die fach- und berufsspezifischen Kompetenzen sollten den effizienten patientenorientierten Einsatz aller im Gesundheitswesen Tätigen bestimmen. Dies nach dem Motto: «Die rechte

Frau zur rechten Zeit am rechten Ort». Leistungen müssen stufengerecht respektive durch Personen mit den zu deren Erbringung minimal notwendigen fachlichen Kompetenzen erbracht werden. Das führt zu einem Skills Mix und einer kompetenzadaptierten interprofessionellen patientenorientierten Erbringung der Gesundheitsleistungen. Die Basler Visitenstandards⁴, die vor allem auf der Medizinischen Klinik des Universitätsspitals Basel eingehalten werden, ermöglichen durch eine gute und ausgewogene Kommunikation zwischen Ärztinnen, Pflegefachpersonen und Patientinnen einen qualitativ hochstehenden, sozial zufriedenstellenden und effizienten Ablauf der Visiten.

In der Rehabilitationsmedizin ermöglicht das Aufnahme- und Behandlungskonzept unter Einsatz einer elektronischen Patientenakte eine patientenorientierte Kommunikation und einen effizienten Einsatz der verantwortlichen Personen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Therapie und Sozialdienst. Alle an der Behandlung einer Patientin Beteiligten haben gleichberechtigten Zutritt zur Krankenakte und die Möglichkeit zum Eintragen von Fakten und Fragen. Wir finden Interprofessionalität auch in der Anästhesiologie, in der Notfallmedizin, in der Palliative Care, in der Psychiatrie, in der Geburtshilfe und in der medizinischen Onkologie. Das patientenorientierte Zusammenarbeiten der Vertreterinnen und Vertreter aller involvierten Gesundheitsberufe könnte nach dem Modell der Rehabilitationsmedizin im Interesse der effizienten und sicheren Leistungserbringung in weiteren medizinischen Disziplinen eingeführt werden. Zusätzlich sollten

Apothekerinnen bei Arzneimitteltherapien vermehrt miteinbezogen werden.

Kompetenzen

Kompetenzen charakterisieren die Handlungsfähigkeiten von Menschen, sich in neuen, offenen, komplizierten, unüberschaubaren, komplexen und dynamischen Situationen selbstorganisiert zurechtzufinden und aktiv zu werden. Kompetenzen bilden die Voraussetzungen zur Selbstorganisation. Sie sind die komplexen, zum Teil versteckten Potenziale und umfassen implizite Erfahrungen genauso wie Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Werte und Ideale.⁵ Kompetenzen werden auf den Lehr- und Lernorientierungen der internationalen Kommission über die Erziehung zuhanden der UNESCO⁶ basierend in die folgenden vier Basisgruppen unterteilt: personale Kompetenz, Aktivitäts- und Handlungskompetenz, Fach- und Methodenkompetenz und Sozial-kommunikative Kompetenz. Diese vier Basisgruppen können in je sechzehn Schlüsselkompetenzen unterteilt werden. In Aus-, Weiter- und Fortbildung wird im deutschsprachigen Raum vor allem Gewicht gelegt auf die Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten im Bereiche der Fach- und Methodenkompetenz. Die anderen drei Bereiche wurden bis anhin grösstenteils vernachlässigt.

Korrekte Kommunikation erhöht die Patientensicherheit

Sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz wurden von Ärztinnen und Ärzten nach der Ausbildung⁷ respektive nach der Facharztweiterbildung⁸ Schwächen im Bereich der sozial-kommunikativen Kompetenz, namentlich in der Gesprächsführung mit Patienten, festgestellt. Kommunikationsfähigkeit der Fachärzte beeinflusst die Zufriedenheit und die Therapieadhärenz der Patienten. Die korrekte Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen erhöht massgeblich die Patientensicherheit. In Erkenntnis der Bedeutung der Kommunikation entwickelte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften unter dem Präsidium von Prof. W. Langewitz, Universität Basel, einen Leitfaden zu Kommunikation im medizinischen Alltag⁹. Dieser Leitfaden sollte als offizielles Lehrmittel in der Aus- und Weiterbildung zu und von Fachärzten eingesetzt werden. Im englischsprachigen Raum wird der Vermittlung von Kommunikationsfähigkeit in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung grosse Bedeutung beigemessen. So besteht an der Harvard Medical School seit 2010 ein akademisches Departement für Medizinische Kommunikation¹⁰.

In der Schweiz und in Deutschland wurden in den Jahren 2009 bis 2011 Studien und Expertenratings zu den notwendigen Kompetenzprofilen im Bereiche der Humanmedizin durchgeführt¹¹. Für Ärztinnen und Ärzte resultierten die folgenden vier Berufskompetenzen als fundamental: Kommunikationsfähigkeit, Wissensmanagement, Teamfähigkeit und Fähigkeit zum ergebnisorientierten Handeln. Die dazu erforderlichen Lerninhalte sollten in Aus- und Weiterbildung vermittelt und die Kompetenzen vor allem bei der täglichen ärztlichen Arbeit an und mit Patientinnen und Patienten unter Aufsicht mit Feedback¹² durch lehrverantwortliche Fachärztinnen entwickelt werden.

Schlüsselkompetenzen für die Interprofessionalität

Die interprofessionelle patientenorientierte Betreuung und Behandlung verlangt von allen Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Gesundheitsberufe gemeinsame Schlüsselkompetenzen, wie Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Sprachgewandtheit, Beratungsfähigkeit und Eigenverantwortung. Die Vermittlung der gemeinsamen theoretischen und praktischen Lerninhalte sollen in interprofessionellen Lehrgefässen vermittelt werden. Die gemeinsamen Schlüsselkompetenzen können optimal in der stationären und ambulanten Patientenversorgung entwickelt werden. Die aus unterschiedlich sozialisierten Berufen stammenden Personen lernen sich gegenseitig kennen und arbeiten zusammen.

In der Schweiz werden heute die Kooperationsfähigkeit bei universitären Erste Hilfe-Kursen («Life Support») und geburtshilflichen Anästhesiekursen, die Teamfähigkeit in Kursen zu Palliative Care interprofessionell vermittelt. Weitere Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit, Eigenverantwortung und Problemlösungsfähigkeit könnten – ähnlich wie in den durch Studierende der Medizin geführten Projekten in Ambulatorien (Student Run Clinics)¹³ – in durch interprofessionelle Lehrteams geführten stationären und ambulanten Ausbildungsstationen entwickelt werden. Vergleichbare Lehransätze werden in der Schweiz bislang einzig im Gastgewerbe und im Detailhandel angewandt. Durch Lernende geführte Lehrgefässe erfordern eine kontinuierliche Supervision mit Feedback durch entsprechend ausgebildete und verantwortliche Fachpersonen der beteiligten Gesundheitsberufe sowie eine kritische Evaluation der Lernerfolge¹⁴. In der Schweiz könnten gemeinsame Teams aus Studierenden der Medizin, Ärzten in Weiterbildung, Studierenden der Pharmazie, Pharmazeuten in Weiterbildung sowie Studie-

renden der Pflege, Therapie und Sozialen Arbeit gebildet werden und stationär oder ambulant Patienten, insbesondere ältere Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten, betreuen. Durch diese interprofessionelle Erziehung könnten die Kompetenzen für die Medizin der Zukunft entwickelt werden.

Legenden

- 1 Giger M, De Geest S. Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt. *Schweiz. Ärztezeitung* 2008; 89: 1839–1843
- 2 Schnipper L.E, Lyman G.H, Blayney D.W, Hoverman J.R, Raghavan D, Wollins D.S, Schilsky R.L. American Society of Clinical Oncology 2013 Top Five List in Oncology, *JCO* 2013; 31:4362–4370
- 3 Furter K, Weber T, Menozzi M, Johannsen H, Muser M, Schmitt K-U. Fahreignung älterer Personen *Swiss Medical Forum* 2015; 15: 183–185
- 4 Weber H, Langewitz W. Basler Visitenstandard – Chance für eine gelingende Interaktionstriade Patient-Arzt-Pflegefachperson *Psychother Psych Med* 2011; 61: 193–195
- 5 Heyse V, Schlüsselkompetenzen: Erfolgreiche Brücken zu selbstbestimmten Patienten in *Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen*, Heyse/Giger Hrsg. medhochzwei, Heidelberg, 2015
- 6 Learning the treasure within. Report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century. UNESCO 1996
- 7 Janson K. Schonungslose Diagnose: Eine Befragung junger Mediziner in Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung, Fuchs/Koch/Scriba Hrsg. Deutscher Ärzteverlag Köln 2013
- 8 Siegrist M, Sütterlin B, Burgermeister L.C, Bauer W. Beurteilung der Weiterbildung durch Fachärztinnen und Fachärzte Schweiz. *Ärztezeitung* 2015; 96: 758–763
- 9 <http://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden.html> (abgerufen 19.08.2015)
- 10 Drazen J.M, Shields H.M, Loscalzo J. A Division of Medical Communication in an Academic Medical Center's Department of Medicine. *Acad Med.* 2014; 89: 1623–1629
- 11 Heyse V, Schircks A.D.(Hrsg.) Kompetenzprofile in der Humanmedizin, Waxmann, Münster 2012
- 12 Rogausch A, Berendonk C, Giger M, Bauer W, Beyeler C. Ziel und Nutzen des Arbeitsplatz-basierten Assessments im klinischen Alltag. *Schweiz Med Forum* 2012; 12: 214–217.
- 13 Schutte T, Tichelaar J, Dekker R.S, van Agtmael M.A, de Vries T.P.G.M, C Richir M.C. Learning in student-run clinics: a systematic review *Medical Education* 2015; 49: 249–263
- 14 Thistlethwaite J, Kumar K, Moran M, Saunders R, Carr S. An exploratory review of pre-qualification interprofessional education evaluations *J Interprof Care*, 2015; 29(4): 292–297