



Empfehlungen der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» im Rahmen der Themengruppe «Arztberuf der Zukunft»

Datum: 29.04.2024

Ausgangslage

Angesichts der zahlreichen aktuellen Herausforderungen im Schweizer Gesundheitswesen haben die Mitglieder der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» im September 2019 beschlossen, sich mit der folgenden Frage zu befassen: «Wie werden sich der Arztberuf und die anderen Gesundheitsberufe in den nächsten Jahren entwickeln?» Ziel war es insbesondere zu evaluieren, ob die derzeitigen Bildungsinhalte und -formen noch geeignet sind, um auf die spätere Berufsausübung vorzubereiten. Zur Umsetzung des Projektes wurde die Steuergruppe «Arztberuf der Zukunft» gegründet. Ihr gehören folgende Organisationen an:

- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Vereinigung Schweizer Ärzte (FMH)
- Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)
- Schweizerischer Wissenschaftsrat (SWR)
- Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission (SMIFK)
- Schweizerische Hochschulmedizin (unimedssuisse)
- Vereinigung der Schweizer Medizinstudierenden (swimsa)
- Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)
- Vereinigung der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS),
- Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté).
- Santésuisse

Im Rahmen des Projekts wurden von 2021 bis 2023 drei Arbeitsgruppen gebildet: «Megatrends», «Patientinnen/Patienten und Öffentlichkeit» und «Kompetenzen zukünftiger Ärztinnen und Ärzte». Die ersten beiden Arbeitsgruppen haben ihre Arbeiten im Jahr 2022 abgeschlossen. Die dritte Gruppe war für die Formulierung von abschliessenden Empfehlungen zuständig.

Empfehlungen

1. CanMEDS-Rollen und kompetenzbasierte Bildung

Das CanMEDS-Modell und die kompetenzbasierte Bildung müssen das zentrale Konzept für die gesamte ärztliche Bildung und Tätigkeit sein.

Vorbemerkungen und Definitionen

Die ärztliche Bildung umfasst die universitäre Ausbildung, die Weiterbildung und die Fortbildung.

Die universitäre Ausbildung steht national unter der Verantwortung der SMIFK (Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission), die unter anderem die Inhalte der Ausbildung in Form eines Lernziel- und Fähigkeitskataloges definiert. Diese Empfehlungen werden von den jeweiligen Fakultäten individuell in deren Curriculum übertragen und umgesetzt. Im Rahmen regelmässiger Akkreditierungen der Fakultäten und der Universitäten werden die übergeordneten Themen der Ausbildung durch externe Expertinnen und Experten überprüft. Deren Empfehlungen werden von den Fakultäten aufgenommen und garantieren eine moderne Lehre in der Humanmedizin nach nationalen und internationalen Standards. Nationale Arbeitsgruppen verwenden den Lernziel- und Fähigkeitskatalog, um national einheitliche schriftliche und praktische Prüfungen am Ende des Studiums zu garantieren. Hierdurch wird ein einheitliches Niveau der Absolvierenden erreicht, bevor diese in die Weiterbildung überreten. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Ausbildung ist auf Seiten der Fakultäten und deren Dozierender eine regelmässige Sichtung der Lehrinhalte und eine Fokussierung auf die grundlegenden Kenntnisse und Fähigkeiten, die das ärztliche Fachpersonal benötigt. Eine zu spezifische und detailreiche Lehre wird dieses Ziel nicht erreichen können.

Der Erwerb eines eidgenössischen Arztdiploms ist erforderlich, um eine Weiterbildung zu abzuschliessen, die grösstenteils zu einem eidgenössischen Facharzttitel führt. Die Fortbildung, die nach dem Erhalt des Facharzttitels beginnt, garantiert das lebenslange Lernen der Ärztinnen und Ärzte.

Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), eine seit 2008 aus der FMH entstandene Institution, ist für Ärzteschaft, Behörden und Bildungsinstitutionen das Kompetenzzentrum rund um die ärztliche Weiter- und Fortbildung in der Schweiz. Es hat unter anderem die Aufgabe, gestützt auf die Weiterbildungsordnung die Weiterbildungen zu den verschiedenen Facharzttiteln für Ärztinnen und Ärzte umzusetzen. Diese Weiterbildungen müssen gemäss den Bestimmungen des Medizinalberufegesetzes (MedBG) und der Weiterbildungsordnung (WBO) erarbeitet werden, in welcher der Inhalt der Facharzttitel, der Schwerpunkte und der Fähigkeitsausweise, die Prüfungsformen, die Anrechnung von Weiterbildungsperioden, die Verfahren zur Titelerteilung und die Rekursmöglichkeiten geregelt werden. Die Inhalte und Programme der Weiterbildungen werden von den medizinischen Fachgesellschaften der FMH zusammen mit dem SIWF festgelegt.

Die ärztliche Bildung ist der wichtigste Hebel, um zukünftige Ärztinnen und Ärzte auf die Herausforderungen des Berufs in den kommenden Jahren vorzubereiten. In Kanada wurde das Kompetenzmodell CanMEDS entwickelt. Dieser international weit verbreitete Standard stellt ein Modell zur Beschreibung des gesamten Spektrums der ärztlichen Tätigkeit dar, das weit über das Fachwissen hinausgeht.¹ Es entspricht dem Bedürfnis nach selbstbestimmter, lebenslanger Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Der Ausdruck «Kompetenz» oder «Kompetenzen» wird sehr unterschiedlich verwendet und

¹ Breckwoldt, J. & Brodmann Maeder, M. (2022) La formation basée sur les compétences – une introduction. *Bulletin des médecins suisses*, 170-173.

entsprechend auch unterschiedlich gedeutet. In diesem Dokument werden Kompetenzen definiert als eine Kombination von theoretischem Wissen (Knowledge), (manuellen) Fähigkeiten und Fertigkeiten (Skills) und Haltungen (Attitude). Diese Definition wird auch bei der Beschreibung der sogenannten Entrustable Professional Activities EPAs (siehe unten) als zentrales Element in der medizinischen Bildung verwendet.

Entrustable Professional Activities EPAs können als die konkrete Beschreibung der ärztlichen Tätigkeiten verstanden werden und sind damit eine Konkretisierung des eher theoretischen, übergeordneten Rahmens der CanMEDS. Sie sind Teil der CanMEDS in der Ausbildung und werden zur Zeit in der ärztlichen Weiterbildung durch die jeweiligen Fachgesellschaften zusammen mit dem SIWF für ihr jeweiliges Fachgebiet entwickelt.

1.1 **Es ist zu prüfen, ob die Auswahlkriterien, die dem Zulassungsverfahren zum Medizinstudium zugrunde liegen, überarbeitet werden sollten**

Das CanMEDS-Modell diente als Grundlage für die Entwicklung des Schweizer Modells PROFILES² für die universitäre Ausbildung, das seit 2017 angewendet wird³. Im Juni 2023 hat die SMIFK die Revision der PROFILES 2.0 genehmigt.

Mit dem Inkrafttreten der PROFILES wurden die medizinischen Kompetenzen, die während der universitären Ausbildung zu erwerben sind, neu definiert. Allerdings muss auch das Profil der Kandidatinnen und Kandidaten für das Medizinstudium berücksichtigt werden. Ihr Potenzial ermöglicht überhaupt erst den Erwerb und die Ausübung solcher Kompetenzen. Obwohl die rein technischen Fertigkeiten lange Zeit als zentral angesehen wurden und dies für einen Grossteil der fachspezifischen Handlungen auch weiterhin zutrifft, haben andere medizinische Fertigkeiten zunehmend an Bedeutung gewonnen. So sind z. B. praktische Fähigkeiten, die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten (einschliesslich gemeinsamer Entscheidungsfindung) und anderen Berufsgruppen sowie ein ganzheitlicher Ansatz, der die Werte und Präferenzen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt, zu unverzichtbaren Kompetenzen geworden. Der heutige Eignungstest zum Medizinstudium (EMS) testet das Potential diese Kompetenzen entwickeln zu können, bewusst nicht. Die Frage der medizinischen Eignung wird zwar zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen des Studiums behandelt. Es ist jedoch zu untersuchen, ob das Vorhandensein eines entsprechenden Entwicklungspotentials dieser Kompetenzen bereits bei der Auswahl zukünftiger Medizinstudenten berücksichtigt werden sollte⁴. Der Entscheid zu einem Einbezug solcher Faktoren bei der Zulassung zum Medizinstudium liegt bei den Kantonen⁵.

Die Umsetzung dieser Empfehlung erfordert einen politischen Entscheid und eine enge Zusammenarbeit zwischen der SMIFK, swissuniversities, der Konferenz der Rektorinnen und Rektoren der schweizerischen Hochschulen, der Schweizerischen Hochschulkonferenz SHK, dem SIWF und den verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften.

Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Empfehlung liegt beim Staatssekretariat für

² PROFILES décrit les compétences, qui doivent être développées durant la formation universitaire en médecine, tant au niveau du savoir, du savoir-faire, que du savoir-être

³ Michaud, P. A., & Jucker-Kupper, P. (2016). The "Profiles" document: a modern revision of the objectives of undergraduate medical studies in Switzerland. *Swiss medical weekly*, 146.

⁴ Als Grundlage könnte die Durchführung einer Langzeitstudie dienen, die auch den Einbezug des PROFILES Modells berücksichtigen könnte. Vergleiche auch: SWR. 2018. *Empfehlungen des Schweizerischen Wissenschaftsrates SWR für die BFI-Botschaft 2021–2024*. Kapitel 3.1.5. Medizinische Ausbildung: [Empfehlungen-des-SWR-fr-die-BFI-Botschaft-2021-2024.pdf \(wissenschaftsrat.ch\)](#); SWR. 2016. *Zulassungsverfahren für das Medizinstudium an den Universitäten mit Numerus clausus*. Kapitel 4.1.3.1. Nichtkognitive Merkmale: [Microsoft Word - HSR20170519_5.01-3d CSSI rapport test EMS-322A-def \(wissenschaftsrat.ch\)](#).

⁵ Zu diesem Zweck sollte eine Langzeitstudie, durchgeführt werden, die auch das PROFILES Modell berücksichtigen sollte und auf deren Grundlage zusammen mit den Trägerkantonen die Kriterien für die Zulassung zum Medizinstudium überarbeitet werden sollten.

Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) und bei der SMIFK.

1.2 Das CanMEDS-Modell muss als Grundlage für alle Ebenen der ärztlichen Bildung dienen

Seit 2017 stützt sich die universitäre Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten auf das PROFILES-Modell. In Bezug auf die Weiterbildung wurde vom SIWF eine umfassende Umsetzungsstrategie verabschiedet, die auf die systematische Integration vergleichbarer Ziele in die Weiterbildungsprogramme abzielt. Letztendlich sollten diese Bemühungen zur Implementierung einer kompetenzorientierten Weiterbildung führen. Auch die Fortbildung, die zur Aufrechterhaltung der Anerkennung der Qualifikationen durch das SIWF erforderlich ist, wird an diese Prinzipien angepasst werden müssen.

Die kompetenzbasierte Bildung fördert nicht nur den Erwerb der für die klinische Praxis erforderlichen Fähigkeiten, sondern bietet auch andere Vorteile. Der steigende Anteil von Frauen in der Ärzteschaft, kürzere Wochenarbeitszeiten und der Trend zu Teilzeitarbeit bei jungen Ärztinnen und Ärzten sind Faktoren, die deutlich mehr Flexibilität erfordern. Die kompetenzbasierte Bildung ist jedoch individueller und anpassungsfähiger, je nach Kompetenzniveau der Ärztin oder des Arztes. Die EPAs bieten auch einen flexibleren Rahmen, insbesondere für Weiter- und Fortbildungsprogramme. Sie können den individuellen Präferenzen und der Entwicklung der Berufsprofile angepasst werden.⁶ Um die Kohärenz zwischen allen Bildungsstufen und die Flexibilität der Bildung zu gewährleisten, ist es unerlässlich, dass die Einführung des PROFILES-Modells und der EPAs auf alle medizinischen Bildungsgänge angewandt wird. **Die von den Fachgesellschaften angebotenen Weiter- und Fortbildungsinhalte sollten entsprechend angepasst werden, um ebenfalls eine kompetenzbasierte Fortbildung zu etablieren.** Das SIWF hat Muster-Weiterbildungsprogramme entwickelt, um die Regelungen und das Qualitätsniveau der verschiedenen medizinischen Disziplinen zu vereinheitlichen und kompetenzorientiert auszurichten. Letztlich sollen die Kompetenzen des CanMEDS-Modells die Grundlage für die Evaluation auf allen Bildungsstufen darstellen.

Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Empfehlung liegt beim SIWF und bei der SMIFK.

1.3 Die Anforderungen für die Ausübung von Führungspositionen sind ebenfalls zu überprüfen.

Mit der Umstellung der ärztlichen Weiterbildung zur kompetenzbasierten Bildung und mit der Einführung von Entrustable Professional Activities EPAs werden die häufig sehr technisch orientierten Lernzielkataloge in den Weiterbildungsprogrammen ersetzt durch umfassende Beschreibung der ärztlichen Tätigkeiten, die neben dem notwendigen Wissen und den Fähigkeiten und Fertigkeiten einen ebenso grossen Wert auf die notwendigen Werte und Haltungen legen. Damit werden auch die Anforderungen an Kaderleute entsprechend angepasst werden müssen.

Die Zuweisung der Verantwortung für die Umsetzung dieser Empfehlung muss innerhalb der Plattform "Zukunft ärztliche Bildung" noch diskutiert werden.

1.4 Daten- und technologiegesteuerten Prozessen in der medizinischen Versorgung

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der Einfluss auf das Kompetenzprofil zukünftiger Ärztinnen und Ärzte hat, ist der zunehmenden Einsatz von daten- und technologiegesteuerten Prozessen in der medizinischen Versorgung.⁷ Der Einsatz digitaler Technologien und Algorithmen durchdringt in zunehmenden Masse alle Aspekte der Gesundheitsversorgung und übernimmt immer stärker die Deutungshoheit über ehemals ärztliche Tätigkeiten, wie beispielsweise Diagnosestellung, Therapieempfehlungen und invasive Eingriffe. Umso wichtiger ist es, dass

⁶ Berchtold P., Schmitz C., Zwahlen M., Dauer der ärztlichen Weiterbildung Untersuchung über die Gründe der Abweichungen von der Mindestauster zum Erwerb des ersetzen Facharzttitels. 2019

⁷ NHS, The Topol Review : Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future 2019

zukünftige Ärztinnen und Ärzte Grundkompetenzen im Bereich dieser neuen digitalen Technologien haben, um sie in ihrem beruflichen Alltag einsetzen zu können. Neben der Kompetenzen im Bereich der technischen Aspekte müssen auch die ethischen und rechtlichen Implikationen der neuen Technologien im Curriculum abgedeckt werden. Angesichts der Dynamik in der Entwicklung der digitalen Technologien sind nicht unbedingt Detailwissen über deren mannigfaltigen Aspekte notwendig. Zentral sind persönliche Ressourcen der zukünftigen Ärztinnen und Ärzte wie Agilität, Resilienz und auch die Offenheit gegenüber diesen Entwicklungen.

Die Umsetzung dieser Empfehlung wird im Rahmen der Arbeiten der nächsten Themengruppe der Plattform "Zukunft ärztliche Bildung", "Digitalisierung und künstliche Intelligenz", erfolgen.

2. Qualität der ambulanten medizinischen Leistungen

Die Qualität von ambulanten medizinischen Leistungen muss sichergestellt werden.

2.1 ***Bildungsinhalte, die auf Kompetenzen in der ambulanten Medizin basieren, müssen auf allen Ebenen der ärztlichen Bildung integriert werden.***

Der technische Fortschritt und der Kostendruck im Gesundheitswesen führen zu einer zunehmenden «Ambulantisierung» medizinischer Leistungen. Dies trägt dazu bei, dass der Anteil der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte zunimmt. Im Jahr 2022 werden 53,4% der Ärztinnen und Ärzte überwiegend im ambulanten Bereich tätig sein, 45,1% im stationären Bereich und 1,5% in anderen Bereichen.⁸

Dieses Wachstum des ambulanten Sektors, das vor allem auf die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zurückzuführen ist, erfordert die Anpassung der vorhandenen ärztlichen Kompetenzen an den ambulanten Bereich bzw. die Entwicklung neuer Kompetenzen. Das Wachstum des ambulanten Sektors erfordert aber auch den Erwerb neuer Kompetenzen im stationären Sektor. **Derzeit hat jede Ärztin und jeder Arzt, unabhängig von ihrem oder seinem Tätigkeitsbereich, eine mehr oder weniger enge Verbindung zum ambulanten Sektor. Die Koordination zwischen den beiden Sektoren, ein grundlegendes Verständnis der ambulanten Strukturen und die Zusammenarbeit mit der ambulanten fachärztlichen Versorgung sind daher Kompetenzen, über die jede Ärztin und jeder Arzt verfügen sollte.**⁹ Im Sinne einer kompetenzbasierten Bildung ist es daher unabdingbar, dass diese Fähigkeiten stärker in die universitäre Ausbildung, die berufliche Weiterbildung und die lebenslange Fortbildung integriert werden.

Mit der Verschiebung von stationär zu ambulant verändert sich neben den jeweiligen Kompetenzen auch der Rahmen, in dem die Weiterbildung erfolgt. Behandlungskonzepte oder Fertigkeiten, die bisher im stationären Bereich eines Spitals gelernt werden konnten, werden jetzt in ambulanten Einrichtungen, teilweise auch ausserhalb des Spitals in Praxen erbracht. Die Weiterbildungsstellen müssen die notwendigen Massnahmen ergreifen, um diesen neuen Anforderungen im stationären und ambulanten Bereich gerecht zu werden; diese Veränderungen müssen auch bei der Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung berücksichtigt werden.

Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Empfehlung liegt beim SIWF.

⁸ Statistique FMH 2022

⁹ cf le chapitre 3 sur le task shifting et l'interprofessionnalité

2.2 **Mittel müssen eingesetzt werden, um den Verwaltungsaufwand für Ärztinnen und Ärzte zu verringern und so die Zeit für die Bildung im direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten zu erhalten.**

Durch die hohe Arbeitsbelastung und insbesondere den zunehmenden administrativen Aufwand haben Ärztinnen und Ärzte weniger Zeit für die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten. Die Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen und dem Gesundheitszustand angepassten medizinischen Versorgung setzt jedoch voraus, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Aufmerksamkeit auf die Patientinnen und Patienten richten. Laut den vom Obsan im Jahr 2015 veröffentlichten Zahlen verbringt nur ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte (35%) mehr als 75% ihrer Zeit im direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten.¹⁰ Diese Zahlen zeigen, dass der Umfang der Verwaltungsaufgaben immer weiter zunimmt, teils auf Kosten der Patientinnen und Patienten, teils auf Kosten anderer Tätigkeiten, und der ambulante Sektor bleibt davon nicht verschont. Häufig ist die strukturierte Weiterbildung die erste Aktivität, die unter diesem Ressourcenmangel leidet.

In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, dass die Zeit, die für die medizinischen Kernaufgaben aufgewendet wird, nicht noch weiter reduziert wird. **Dazu müssen die administrativen Tätigkeiten anhand der zum Nutzen der Patientinnen und Patienten erbrachten Leistungen, der Kosteneffizienz und der Angemessenheit bewertet werden.** Darüber hinaus muss auch eine Optimierung der medizinischen Arbeitsteilung vorgenommen werden, damit das klinische Fachwissen der Ärztinnen und Ärzte vorrangig für klinische Aufgaben genutzt wird, während gleichzeitig die Attraktivität anderer, nicht-medizinischer Berufe potenziell erhöht wird (**Arbeitsteilung nach dem Prinzip, dass alle am 'Top of the Licence' arbeiten**).¹¹ Obwohl die Digitalisierung diese Belastung potenziell verringern könnte, ist derzeit eher das Gegenteil zu beobachten.¹²¹³ Massnahmen wie die elektronische Rechnungsstellung, die Einführung automatisierter Schnittstellen für Praxis- und Klinikinformationssysteme oder die Nutzung des elektronischen Patientendossiers (EPD) müssen diesen Umstand berücksichtigen, um bei ihrer Umsetzung eine Verringerung dieser administrativen Belastung zu gewährleisten. Den Ärztinnen und Ärzten müssen entsprechende Schulungen angeboten werden. **In diesem Sinne ist es von entscheidender Bedeutung, dass Lerninhalte zur Digitalisierung und Datensicherheit auf jeder Bildungsstufe integriert werden, und zwar mit dem Ziel, das Bewusstsein zu schärfen.** Ein gemeinsames Verständnis von digitalen Kompetenzen innerhalb aller Gesundheitsberufe würde auch die Zusammenarbeit erleichtern.

In Bezug auf die Weiterbildung müssen sowohl für die Auszubildenden, als auch für die Ausbildnerinnen und Ausbildner unbedingt **Bildungs- und Lernperioden reserviert werden, und zwar unabhängig von der Arbeitsbelastung.** **In diesem Zusammenhang muss die Leistung der Ausbildner und Ausbildnerinnen anerkannt und belohnt werden (z. B. durch Kreditpunkte).** Diese Massnahmen müssen durch die Gewährleistung einer dauerhaften und transparenten Finanzierung der Weiterbildung ergänzt werden.

Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Empfehlung liegt beim Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO).

¹⁰ Bulletin des médecins suisses, édition 2018/08, paru le 21 février 2018

¹¹ Kaplan GS, Meier CA, Zimlichman E, Kahn CN, Salzberg CA. Designing the Health Care Workforce of the future. N Engl J Med. 2022 Dec 7. doi: doi: 10.1056/CAT.22.0320

¹² Wenger N et al. Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts. Ann Intern Med. 2017;166:579-586. doi:10.7326/M16-2238 (<https://doi.org/10.7326/M16-2238>)

¹³ Singh N, Lawrence K, Sinsky C, Mann DM. Digital Minimalism - An Rx for Clinician Burnout. N Engl J Med. 2023 Mar 30;388(13):1158-1159. doi: 10.1056/NEJMmp2215297

3. Stärkung des Task Shifting und des Task Sharing

Die Grundlagen für die Umsetzung von Task Shifting und Task Sharing (TS/S) müssen gestärkt werden

Eine sinnvolle Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen des Gesundheitswesens soll eine optimale Verwaltung der Ressourcen des Gesundheitssystems ermöglichen. In diesem Sinne sollte jede Person in erster Linie die Aufgaben wahrnehmen können, die unter Einsatz aller erworbenen beruflichen Fähigkeiten «at the top of their skills» sind. Diese Aufteilung würde dazu beitragen, ein ausreichendes Angebot an Gesundheitsleistungen zu gewährleisten, um den wachsenden Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden. Sie würde auch anderen Berufsgruppen die Möglichkeit geben, neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu übernehmen. Eine sinnvolle Verteilung setzt jedoch voraus, dass sorgfältig überlegt wird, welche Berufsgruppen mit welchen Qualifikationen am besten geeignet sind, die medizinischen Aufgaben zu erfüllen, und welche Zertifizierungen erforderlich sind. Medizinische Leistungen, die bisher überwiegend von Ärztinnen und Ärzten erbracht wurden, müssen auch von anderen Berufsgruppen erbracht werden können. Diese müssen jedoch einer obligatorischen Fortbildung unterliegen und Leistungen erbringen, die gleichwertigen Qualitätskriterien genügen.¹⁴ Diese Entwicklung erfordert eine Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und eine Überprüfung der Finanzierungsgrundsätze. Diese Überlegungen sollten auch zu einer Optimierung der Aufgabenverteilung führen.

Task Shifting und Task Sharing stehen im Zentrum dieser Neuverteilung von Aufgaben. Die beiden Begriffe werden in Praxis und Literatur oft zusammen erwähnt (TS/S) oder gar synonym verwendet, haben aber jeweils einen leicht anderen Fokus.

Définitions

- *Task shifting* : Dans le présent document, le task shifting désigne le *transfert* d'une tâche normalement accomplie par une profession, à une autre profession. Les professionnels coordonnent entre eux la répartition et/ou la réalisation de cette tâche. Celle-ci peut être réalisée de manière indépendante.
- *Task sharing* : Dans le présent document, le task sharing est considéré comme une forme de travail, qui consiste en la *réalisation d'une tâche en commun*, entre professionnels, dotés de qualifications différentes.

Begriffsverwendung

- *Task shifting* : Unter Task Shifting wird in diesem Dokument die *Übertragung* einer Aufgabe auf einen anderen Beruf verstanden, die normalerweise von einem Beruf ausgeführt wird. Die qualifizierten Fachkräfte koordinieren untereinander die Verteilung und/oder die Umsetzung dieser Aufgabe. Diese kann selbstständig durchgeführt werden.
- *Task sharing* : Task Sharing wird in diesem Dokument als Arbeitsform verstanden, bei der Fachkräfte mit unterschiedlichen Qualifikationen *eine Aufgabe gemeinsam ausführen*.

Die Umsetzung beider Konzepte erfordert ein hohes Mass an interprofessioneller Zusammenarbeit. Dies beinhaltet die enge Zusammenarbeit von Gesundheitsfachkräften aus verschiedenen Disziplinen und Berufen, einschliesslich der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Die Beteiligten arbeiten koordiniert zusammen, kommunizieren auf Augenhöhe

¹⁴ Eggimann P. Das Potenzial aller Gesundheitsberufe ausschöpfen. BMS 2023; 104(08):26-27 (<https://doi.org/10.4414/saez.2023.21554>)

und treffen gemeinsam Entscheidungen, wobei die Rollen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten aller Beteiligten respektiert werden.¹⁵ Diese Zusammenarbeit ist eine Grundvoraussetzung für jede Arbeitsteilung im Gesundheitswesen.

3.1 *Die Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung von Task Shifting und Task Sharing müssen näher untersucht werden*

Obwohl diverse Studien darauf hinweisen, dass die Behandlungsqualität beim TS/S zwischen der Ärzteschaft und weiteren Gesundheitsfachpersonen erhalten bleibt, ist die Umsetzung gemäss Niezen et al. (2014)¹⁶ oft herausfordernd: So können individuelle Eigenschaften der Fachpersonen (Qualifikationen, persönliche Kompetenzen) oder auch zwischenmenschliche bzw. berufliche Hindernisse (Teamkultur, Konkurrenzdenken, fehlendes gegenseitiges Wissen) eine Neuverteilung von Aufgaben hemmen. Barrieren können aber auch auf organisationaler (Arbeitskultur, Infrastruktur, Budget, divergierend Arbeitsabläufe) oder systemisch-institutioneller Ebene (Gesundheitssystem, rechtliche Rahmenbedingungen, z.B. Verantwortlichkeit gemäss Richtlinien fehlende finanzielle Anreize, Abrechenbarkeit, mangelnde Verfügbarkeit spezifischer Arbeitskräfte) bestehen.

Trotz dieser potentiellen Hürden gelingt es vielen Teams, TS/S erfolgreich umzusetzen. Um dies besser zu verstehen, sollten diese Beispiele genauer untersucht werden in bestehenden Fällen wie Pflege in fortgeschritten Praxis (Advanced Practice Nursing), klinische Fachspezialisten (Physician Associate), Medizinische Praxiskoordinator/innen (MPK), oder Apotheker/innen und andere nichtmedizinische Berufe. **Konkret sollte dabei beleuchtet werden, welche Art und ihre Modalitäten von TS/S zwischen welchen Beteiligten, welchen Situationen in diesen Teams umgesetzt wird.**

Ein detailliertes Wissen über die Funktionsweise von erfolgreichem TS/S könnte Rückschlüsse darüber geben, welche Aufgaben sich in welchen Situationen und bei welchen Berufsgruppen für ein TS/S anbieten, und wo gegebenenfalls eher davon abgesehen werden sollte. Die Erkenntnisse könnten auch dazu beitragen, Rückschlüsse über künftige Massnahmen zur Förderung von TS/S zuzulassen. So ist beispielsweise denkbar, dass eine detaillierte Untersuchung von aktuell umgesetztem TS/S aufzeigen könnte, welche Kompetenzen die jeweiligen Fachpersonen dazu befähigt haben, diese Zusammenarbeitsformen zu implementieren. Dies könnte einerseits das gegenseitige Verständnis zwischen den Fachpersonen der verschiedenen Berufsgruppen fördern und andererseits Bildungsanbietern sämtlicher Gesundheitsberufe wiederum eine Hilfestellung bei der Weiterentwicklung ihrer Curricula bieten. Dabei ist jedoch nicht ausser Acht zu lassen, dass die jeweiligen Berufsgruppen neben gewissen Schnittmengen auch weiterhin individuelle Curricula und Kompetenzprofile benötigen.

Die Zuweisung der Verantwortung für die Umsetzung dieser Empfehlung muss innerhalb der Plattform "Zukunft ärztliche Bildung" noch diskutiert werden.

3.2 *Die Interprofessionalität muss gestärkt werden, um effiziente Task shifting und Task sharing zu ermöglichen.*

Studien deuten darauf hin, dass fehlendes Wissen über die Kompetenzen der jeweils anderen Fachpersonen eine Barriere für erfolgreiches TS/S ist. Die interprofessionelle Zusammenarbeit, d.h. eine Zusammenarbeit entsprechend der Fähigkeiten jedes Einzelnen mit dem Ziel, die Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu optimieren, ist ein Weg, um dieses gegenseitige Wissen zu stärken und die Voraussetzung für TS/S zu stärken.

Eine aktuelle, repräsentative Umfrage bei den fünf grössten ambulant tätigen

¹⁵ OFSP Programme de promotion interprofessionnalité dans le domaine des soins 2017-2020

¹⁶ Niezen M.G.H. et Mathijssen J.J.P. Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. 2014

Gesundheitsberufen in der Schweiz zeigt, dass Fachpersonen in hohem Grade bereit sind, interprofessionell zu arbeiten.¹⁷¹⁸ Sie zeigt aber auch, dass viele der Fachpersonen den Lead beim Erstkontakt und der Fallführung nach wie vor in ihrer eigenen Berufsgruppe ansiedeln. Dies lässt vermuten, dass das gegenseitige Wissen über die Kompetenzen der anderen Berufe, das darauf aufbauende Vertrauen und damit auch die Voraussetzung für eine echte interprofessionelle Zusammenarbeit noch Optimierungspotenzial haben.

Aus diesem Grund muss **Interprofessionalität in der Bildung und Berufspraxis weiter gefördert, und gestärkt** werden. **Es braucht daher eine koordinierte Verpflichtung** für Bildungsinstitutionen, die Interprofessionalität in die Bildung zu integrieren mit der notwendigen Gewichtung in den Rahmenlehrpläne, ohne dabei den Blick auf die Entwicklung der professionsspezifischen Kompetenzen und Werte zu verlieren. Wichtig wäre in diesem Kontext **die Kompetenzorientierung im Bildungskonzept sämtlicher Gesundheitsberufe** zu verankern, namentlich in der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Die Erarbeitung und Verwendung eines gemeinsamen **Kompetenzkatalogs** (wie z.B. CANMeds) für alle Gesundheitsberufe, würde es ermöglichen, gemeinsame Module anzubieten.

In diesem Zusammenhang wäre es ebenfalls sinnvoll, genauer und laufend zu untersuchen, welche Kompetenzen in welchen Situationen gefordert sind und wie sich die **Kompetenzspektren der verschiedenen Berufe** im Gesundheitswesen überschneiden bzw. voneinander unterscheiden und wo sie sich optimal ergänzen. Dies könnte als Entscheidungsgrundlage für die Frage dienen, welche Leistungen von den verschiedenen Berufen angeboten, verantwortet und auch verrechnet könnten sollen. Eine realistische Analyse sollte zeigen, welche Berufsgruppen hierbei einbezogen könnten könnten.

Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Empfehlung liegt beim BAG.

4. Stärkung der engen Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen

Der partnerschaftliche Einbezug von Patientinnen und Patienten im Sinne der gemeinsamen Entscheidungsfindung und der ganzheitlichen Versorgung muss weiter gestärkt werden.

4.1 Durch eine Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung kann das Selbstmanagement gefördert und eine echte Entscheidungsfindung ermöglicht werden.

Die gemeinsame Entscheidungsfindung hat zum Ziel, den bestmöglichen Behandlungspfad für Patientinnen und Patienten in ihrer individuellen Situation zu bestimmen. Sie basiert auf dem respektvollen, wechselseitigen Austausch der Perspektiven der ärztlichen Fachperson und derjenigen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Zudem würde die Förderung einer besseren Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung die Umsetzung von Konzepten wie z.B. *Smarter Medicine* sowie ein 'shared decision making' erleichtern. Durch eine partnerschaftliche Interaktion auf Augenhöhe fördern die Ärzte die Fähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten, Fragen zu stellen und die vorgeschlagene Behandlung zu verstehen, so dass sie ausreichend informiert sind, um gemeinsam mit den Gesundheitsfachkräften eine Entscheidung treffen zu können. Entscheidungen, die mit den Patientinnen und Patienten geteilt werden, erhöhen deren Akzeptanz. Sie ermöglichen es, Untersuchungen und Behandlungen einzuschränken, deren Nutzen oder Wirksamkeit entweder fraglich oder nicht an die individuelle Situation der betroffenen Personen angepasst ist.¹⁹ Oft wird eine Abstimmung zwischen diesen

¹⁷ Brandt, S. K., Essig, S. & Balthasar, A. (2023). Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ausgewählter Berufsgruppen (Obsan Bericht 06/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

¹⁸ Hausarzmedizin, Pharmazie, Pflege, Physiotherapie, MPA/MPK

¹⁹ <https://www.smartermedicine.ch/de/home>

Perspektiven aber durch eine bestehende Wissens-Asymmetrie erschwert:

Für ein Gelingen einer zufriedenstellende Entscheidung der Patientin, im Idealfall gar einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, muss die ärztliche Fachperson eine Brücke zwischen diesen beiden Perspektiven schlagen. Dabei kommt der ärztlichen Fachperson eine Gatekeeperfunktion priorisierende und koordinierende Funktion.

Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Empfehlung liegt beim BAG.

4.2 ***Die Kompetenzen für den Umgang mit unterschiedlichen Perspektiven (einschliesslich Kulturen und Religionen) müssen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung gefördert werden – insbesondere auch im Hinblick auf den Umgang mit Patientendaten***

Wie in Empfehlung 1 erwähnt, ist ein ganzheitlicher Ansatz in der heutigen medizinischen Versorgung essentiell. Ärztliche Fachpersonen müssen ihre Patientinnen und Patienten in erster Linie als eigenverantwortliche Person mit unangreifbaren Rechten und Wünschen in ihrem gesamten Umfeld sehen, bevor sie auf ihre rein somatischen und/oder psychologisch-psychiatrischen Bedürfnisse fokussieren. Ein ganzheitlicher Ansatz trägt dabei auch den unterschiedlichen ethischen Haltungen und Werten der betroffenen Menschen Rechnung.

Haltungen und Werte sind in grossem Masse von der persönlichen, kulturellen, sozialen Situation und Herkunft einer Person geprägt. Die Einschätzung zweier Personen, was in einer Situation wünschenswert oder vertretbar ist, kann daher sehr unterschiedlich ausfallen. Ähnlich wie bei der oben erwähnten Diskrepanz zwischen fachlicher und persönlicher Einschätzung muss der Arzt oder die Ärztin also auch hier einen Perspektivenwechsel vollziehen können und eine Brückenfunktion einnehmen, um die Behandlung bestmöglich auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten auszurichten.

Die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung muss den Ärztinnen und Ärzten eine Offenheit gegenüber der Diversität von Werten und Haltungen vermitteln sowie sie dazu befähigen, mit dieser Diversität adäquat umzugehen. Wie in Empfehlung 1 angetont, könnten ethische Aspekte angemessene Umgangs- und Kommunikationsformen, Interesse an Menschen und Fähigkeiten zu Empathie und Einfühlungsvermögen bereits bei der Auswahl der Studierenden, d.h. bei den Aufnahmeprüfungen, stärker berücksichtigt werden.²⁰ Hierbei kommt den Universitäten sowie der SMIFK eine führende Rolle zu. Der spätere professionelle Umgang mit eigenen und fremden Haltungen und Werten sollte wiederum entlang des ganzen Bildungspfades kontinuierlich gestärkt und an neue Gegebenheiten individuell angepasst werden. Der Lead läge hier bei den Fachgesellschaften und dem SIWF.

Auch im Kontext der digitalen Transformation nehmen ethische Aspekte immer stärker eine zentrale Rolle ein. So muss beispielsweise der Umgang mit Patientendaten ethischen Aspekten Rechnung tragen. In diesem Sinn sollte analog zu den obigen Ausführungen auch hier ein partnerschaftlicher Umgang und eine gemeinsame Entscheidungsfindung angestrebt werden.

Eine zentrale Voraussetzung für einen stärkeren partnerschaftlichen Umgang ist die gegenüber den Patientinnen und Patienten in Echtzeit transparente, gemeinsame Dokumentation von Patientendaten zwischen Ärztinnen und Ärzten einschliesslich allfälligen weiteren in die Behandlung involvierten Gesundheitsfachpersonen.

Insgesamt kommt der ärztlichen Fachperson eine wichtige Rolle im Umgang mit ihren Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen zu. Sie trägt eine grosse Verantwortung und sollte dabei ihre Denkweise sowie ihr Handeln stets den Umständen und unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen anpassen und regelmässig reflektieren. Nur so kann eine vertrauliche Beziehung aufgebaut werden, eine wesentliche Voraussetzung für eine gesamtheitliche und patientenzentrierte Versorgung.

Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Empfehlung liegt bei der SMIFK.

²⁰ Directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM)