

Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik Innovation in der Gesundheits- bildungspolitik stärken



Gibt die aktuelle Reformdynamik in der Bildung Antworten für den künftigen Versorgungsbedarf? Gibt es zukunftsfähige Referenzmodelle? Was lässt sich von ihnen lernen und auf andere Bildungsinstitutionen übertragen? Entsteht eine neue Unübersichtlichkeit? Wie überwindet Bildung die monoprofessionellen Silos? Lassen sich die Gesundheitsziele erreichen? Welche Innovationen kommen aus der Politik? Welche Innovationen können wir von der Politik erwarten? Wie kann interprofessionelle und intersektorale Innovation aus den Bildungsinstitutionen selber kommen? Wie werden Visionen und Ziele unabhängig von der Politikentwicklung umgesetzt?

Der Careum Dialog 2014 reflektiert die aktuelle Reformdynamik im deutschsprachigen Europa anhand der Postulate des Careum Working Paper 7 «Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik». Eine der zentralen Forderungen ist das Überwinden der aktuell dominierenden monoprofessionellen Bildungssilos zugunsten einer verstärkten interprofessionellen und intersektoralen Verflechtung der Aus- und Weiterbildung. Ziel des Careum Dialogs ist es, durch den Austausch von Entscheidungsträgern aus dem deutschsprachigen Europa die Reformprozesse und Umsetzungsschritte sichtbar zu machen sowie die Innovationen zu bündeln und zu vernetzen. Der Careum Dialog will als einzigartige Plattform dazu beitragen, die Dynamik zugunsten einer neuen Gesundheitsbildungspolitik zu stärken, indem das Delta zwischen den vielfach monierten Bildungsdefiziten und den stimmigeren Lösungen für die Bürger und Patienten sowie für die Gesundheitsfachleute und das Gesundheitssystem insgesamt beleuchtet wird.

Der Careum Dialog 2014

Die Umbrüche im Gesundheits- und Bildungswesen erfordern veränderte und teilweise neue Kompetenzen. Analysen zeigen, dass die Bildung damit nicht Schritt hält. Gleichzeitig kennzeichnet beide Bereiche ein ausgeprägtes Beharrungsvermögen und eine gewisse Reformunwilligkeit. Zudem stehen beide Politikfelder in gegenseitiger Abhängigkeit ohne wirklich zusammenzuarbeiten. Die Aufgabe, sie über Versorgungssektoren, Fachbereiche und Berufsgrenzen hinweg in einen Dialog zu bringen, ist deshalb anspruchsvoll. Der Careum Dialog dient dabei als vertraulicher Rahmen für den Gedankenaustausch zwischen zentralen Handlungsträgern aus der Politik, dem Gesundheits- und Bildungssektor, der Wissenschaft und der Wirtschaft. Der Dialog soll dazu beitragen, Impulse für bildungspolitische Innovationen zu geben und die Wegbereiter zu stärken.

Der Careum Dialog 2014 knüpft an die früheren Dialoge seit 2012 und die Diskussionsbeiträge der Teilnehmenden an. Es ist die Fortführung einer Reflexion, die sich in die internationale Diskussion über die Bildungsreformen im Gesundheitssystem einordnet. Dafür hat sich im englischen Sprachraum seit rund 10 Jahren der Begriff «workforce redesign» etabliert – notwendig ist demnach ein bewusster Schritt, um alle Fachpersonen, die im Gesundheitssektor arbeiten, bedarfsgerecht und zukunftsfähig aus- und weiterzubilden. Careum hat mit dem Working Paper 7 «Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik» einen Lösungsweg aufgezeigt, welcher fünf



Expertenworkshop

Die Teilnehmer

Reformansätze in der Bildungspolitik und deren Umsetzungsschritte standen im Mittelpunkt des Careum Dialogs 2014. Im Swiss Re Centre for Global Dialogue in Rüslikon bei Zürich diskutierten am 30. und 31. Januar 2014 über 70 Persönlichkeiten aus dem Gesundheits- und Bildungswesen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz das Spannungsfeld zwischen politischer Steuerung (z.B. nach Massgabe der europäischen oder länderspezifischen Gesundheitsziele) und akademischer Selbstverwaltung der Bildungsinstitutionen (insb. die Frage, wie eine eigenständige reflektierte Position neben den Erwartungen der Politik und der Berufsorganisationen umgesetzt werden kann).

Moderation: Dr. Thomas Zeltner (Präsident Stiftung Science et Cité, Direktor Bundesamt für Gesundheit Schweiz 1991-2009)

Postulate und vier strategische Massnahmen umfasst (siehe letzte Seite). Dieser Anstoss ist in allen drei Ländern aufgegriffen worden.

Die Reaktionen zeigen allerdings auch, dass die Öffnung und Überwindung der monoprofessionellen Bildungsgänge noch auf Vorbehalte stösst. Der Careum Dialog 2014 hat entsprechend versucht, gezielt jenen innovativen Projekten und Innovatoren eine Plattform zu geben, die hinsichtlich des transformativen Lernens (Lancet Report) in Richtung der skizzierten neuen Gesundheitsbildungspolitik in die Zukunft aufgebrochen sind.

Die «Umrisse einer neuen Gesundheitsbildungspolitik» als Referenzrahmen

Dass die Aus- und Weiterbildung der Health Professionals nicht mit den absehbaren gesellschaftlichen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts Schritt gehalten hat, gehört seit dem Lancet-Report von 2010 zu den weltweit diskutierten Feststellungen, die im Kern kaum mehr bestritten sind.

Die Diskussionen an früheren Careum Dialogen haben gezeigt, dass die Impulse des Lancet Reports und des WHO Rahmenkonzepts Gesundheit 2020 (und andere in die gleiche Richtung wirkende Initiativen) zwar bedeutsam sind, aber wegen den wirtschaftlichen und epidemiologischen Entwicklungen für das Formulieren einer zukunftsfähigen Bildungsstrategie nicht ausreichen. Die Herausforderungen zeigen, dass neue Sicht- und Denkweisen bei den Regulatoren und bei allen im Gesundheitssystem Tätigen notwendig sind. Um die erforderliche Integration der unterschiedlichen Perspektiven zu erreichen, schlagen die Autoren des Working Papers vor, das Gesundheitssystem als Handlungsfeld umfassend zu betrachten, in dem vier Aufgabenfelder in gegenseitiger Abhängigkeit stehen.



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

Dieses Vierfelderschema schafft einen neuartigen Referenzrahmen für die gesamten Aufgaben. Dabei wird offensichtlich, dass das Gesundheitssystem nicht mehr mit Krankenversorgung und Heilung gleichgesetzt werden kann. Zukunftsfähige Lösungen brauchen deshalb mehr als Professionsent-

wicklung für die Krankenbehandlung – notwendig ist vielmehr die Befähigung zur intersektoralen Einbindung verschiedenartiger Fachleute aus allen vier Aufgabenfeldern (populationsbezogene Funktionen, patientenbezogene Funktionen, organisationsbezogene Funktionen, erkenntnisvermehrende Funktionen), weil diese in gegenseitiger Abhängigkeit stehen und im Alltag zusammen arbeiten müssen. In der Bildung sind deshalb solche Lernumgebungen zu schaffen, die über die Grenzen zwischen Disziplinen, Berufen, und Institutionen hinausreichen.

Der Careum Dialog 2014 lenkte deshalb den Blick insbesondere auf Strategien und Bildungsmodelle, welche die monoprofessionellen Silos sowie die Gräben zwischen den gesellschaftlichen Handlungsträgern und zwischen den verschiedenen Sektoren zu überwinden versuchen.

Innovative Politik

Angesichts der dynamischen Entwicklung im Bildungsbereich und der hohen Kosten sowie des Einflusses der Professionen und der Arbeitgeber stellt sich die Frage, wie und ggf. welche Innovationen aus der Politik kommen oder von dieser Seite zu erwarten sind.

Einen politisch gewollten Aufbruch in die Zukunft stellt die Strukturbildung im Bundesland Brandenburg (D) dar. Eine Situationsanalyse der Landesregierung Brandenburg zeigte klare Bedarfe und führte zu folgenden Prioritätensetzungen:

- besser qualifiziertes Lehrpersonal im Gesundheitswesen,
- besser qualifiziertes Leitungspersonal in den Einrichtungen,
- bessere Qualifizierung eines Teils des Pflegepersonals (Akademisierung).

Die Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (BTU) ist das Ergebnis dieser politischen Intervention zur Verstärkung des gesundheitswissenschaftlichen Studienangebotes. 2013 wurde die Technische Universität Cottbus und die Fachhochschule Lausitz zusammengeführt und mit dem Gesundheitscampus in Senftenberg gezielt neu positioniert. Dieser bildet nun ein Zentrum für gesundheitsbezogene Fachberufe im Bereich der Medizintechnologie, der Biotechnologie, der Medizininformatik, der Therapiewissenschaften / Physiotherapie und der Pflege. Hinzu kommen neue Studiengänge in Gesundheitsmanagement und klinischer Expertise. Auf diese Weise kann Interprofessionalität über die patientenbezogen arbeitenden Berufe hinaus angestrebt werden. Zudem entstehen Kooperationsperspektiven «auf Augen-

höhe» mit medizinischen Fakultäten, anderen Universitäten und ausseruniversitären Forschungseinrichtungen in Berlin-Brandenburg und darüber hinaus.

Dass die Erreichung der politisch gewollten Ziele nicht auf Anhieb gelingt, zeigen die kontroversen Debatten in der Öffentlichkeit und in den betroffenen Institutionen. Die Chancen, die sich aus den angestrebten Synergien («Zusammenlegen, was zusammen gehört aber getrennt gewachsen ist») und der Ausrichtung am regionalen Bedarf ergeben, werden durch das Festhalten an etablierten Strukturen gedämpft. Es zeigt sich, dass der strukturierende Eingriff im Sinne eines legislatorischen *fait accompli* viel Überzeugungsarbeit bei der Umsetzung erfordert.



Panel 1: Innovative Politik

In Österreich sind die Gesundheitsrahmenziele und die mit «Smart Power» vorangetriebenen Vereinbarungen über die Zielsteuerung sowie die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens Treiber von Innovationen. Unter dem Leitmotiv «best point of service» sollen in der Primärversorgung die Ansprechstrukturen verbessert werden, was Zuständigkeitsverschiebungen und Aufgabenübertragungen nach sich zieht. Zudem reicht der Blick weit über die Krankenversorgung hinaus und gewichtet Berufe im Bereich Health Management, Prävention, Gesundheitsförderung und Public Health neu. Hinderlich sind fehlende Experimentierklauseln und starre, ärztezentrierte rechtliche Vorgaben, welche Barrieren zwischen akademischen und nichtakademischen Berufen sowie zwischen den «Silos» der Professionen und Sektoren festigen.

Das Beispiel der neuen Karl Landsteiner-Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften in Krems (A) zeigt, wie im Zuge

der Reformen neue Opportunitäten für interprofessionelles und intersektorales Lernen genutzt werden können, um verschiedene Studienrichtungen (Health Sciences, Humanmedizin, Psychotherapie- und Beratungswissenschaften sowie Neurorehabilitationswissenschaften) in einem interdisziplinär aufgebauten Studienprogramm zusammenzuführen.

Für die Schweiz wurde am Beispiel des Gesundheitsberufegesetzes aufgezeigt, dass Veränderungen langwierige konsensbildende Prozesse und partnerschaftliche Aushandlungsprozesse erfordern. Die Politik muss damit zwangsläufig eine vermittelnde und moderierende Rolle einnehmen. Dieser Prozess ist allerdings nicht auf andere Länder übertragbar, weil diese nicht die gleichen Instrumente der partizipativen Politikgestaltung und der direktdemokratischen Steuerung haben.

Innovative Bildungsinstitutionen

Die Ausrichtung der Ausbildungen auf monoprofessionelle Expertise hat die Institutionen und Berufe stark gemacht. Gerade mit Blick auf epidemiologische Entwicklung werden aber Defizite deutlich: die Versorgung von Menschen mit (mehreren) chronischen Erkrankungen erfordert nicht Einzelinterventionen, sondern das Zusammenspiel einer wirkungsvoll agierenden Handlungsgemeinschaft von Fachpersonen mit unterschiedlichster Expertise und Qualifikation.

Neue Bildungskonzepte zielen entsprechend darauf ab, die Schwächen des monoprofessionellen Modells zu kompensieren. Die Verschränkung unterschiedlicher Studiengänge und das Schaffen neuer Typen von Bildungsinstitutionen mit Entwicklungen hin zu einem interprofessionellen Gesundheitscampus sind zentrale Forderungen, um in der Ausbildung jene Befähigung zu nichtbevormundender Kooperation zu festigen, die für die Praxis existenziell ist. Dies bedingt auch, dass die in allen deutschsprachigen Ländern manifeste Ungleichbehandlung zwischen der Bildung für Krankenbehandlung und derjenigen anderer Berufe thematisiert wird (und auch die Hierarchisierung der patientenbezogenen Funktionen).

Die Diskussionen haben bestätigt, was auch im Careum Working Paper zur Neuausrichtung der Gesundheitsbildungspolitik vorgeschlagen worden ist, nämlich dass die Berufe, die für das Funktionieren ebenfalls entscheidend sind, in interprofessionelle und intersektorale Lernarrangements eingebunden werden müssen – nebst der Forschung und Evaluation sind dies auch gemeinsame Lernerfahrungen mit dem

Prozess- und Datenmanagement, der Planung, Steuerung, Administration und Finanzierung sowie der Logistik und dem Support. Einerseits wird damit schon in der berufsqualifizierenden Ausbildung das Verständnis für die komplexen Zusammenhänge des Gesundheitssystems geschärft, andererseits werden die künftigen Berufsleute befähigt, über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg miteinander zu kommunizieren und zu kooperieren. In solchen Lernerfahrungen erhalten künftige Fachpersonen prägende Impulse und erkennen, weshalb transformatives Denken, Entrepreneurship und Leadership in einem System entscheidend sind, das permanent unter hohem Reformdruck steht.

Wiederholt wurde angesprochen, dass eng gefasste Berufsgesetze (die letztlich einen bestimmten Arbeitsmarkt sichern) die monoprofessionelle «Versäulung» und «Silobildung» zementieren. Die jahrelangen Diskurse haben wenig bewirkt. Die breiten Widerstände gegen die interprofessionelle und intersektorale Öffnung ersticken vielfach Flexibilisierungen der Qualifizierungswege schon im Keim. Als Fazit wurde festgehalten, dass Innovationen in den Bildungsinstitutionen durch Weitsicht und Mut der Anbieter möglich werden – oder das Ergebnis von zivilem Ungehorsam und kalkulierten Regelverstößen sind.

In der Schweiz die Grenzen und Berufsilos überwinden?

Seit zehn Jahren laufen in der Schweiz umfassende Reformen für die Bildung in den Gesundheitsberufen. Die Gesetze (Medizinalberufegesetz, Fachhochschulgesetz bzw. das künftige Gesundheitsberufegesetz, Berufsbildungsgesetz, Psychologieberufegesetz) tendieren auch in der Schweiz dazu, die Abgrenzungen zu verfestigen statt abzubauen. Maurer und Gonon (2013) werfen in ihrer Analyse einen kritischen Blick auf die Lehre, wenn sie zum Schluss kommen,



Networking

dass in einer regelrechten Lehrplan-Euphorie moderne Lehrpläne und überrissene pädagogische Konzepte entstanden sind, die von der Annahme ausgehen, dass Ausbildungsprozesse umfassend gesteuert und kontrolliert werden können. Die gesetzlichen Ziele könnten kaum erreicht werden. Am Dialog gab es Stimmen, die darauf hinwiesen, dass diese wichtigen Reformen als unerwünschte Nebenwirkung «Reformitis» erzeugt haben: die vielen (teils wechselnden) Bildungsvorgaben und Bezeichnungen haben eine neue Unübersichtlichkeit geschaffen – für Menschen in der Berufswahl, für Arbeitgeber und auch für die Patienten und Bürger.

Dabei hat alles gut begonnen und ist alles gut gemeint: wesentliche Vorteile des vereinheitlichten Berufsbildungssystems sind die Bedarfsorientierung und das Prinzip «Kein Abschluss ohne Anschluss» mit vielen Möglichkeiten, sich lebenslang weiterzuentwickeln.

Die schweizerischen Gesundheitsziele 2020 bieten eine Chance, um angesichts der künftigen Herausforderungen die Bildung stärker auf die künftigen Herausforderungen auszurichten. Damit die unabdingbaren Kooperationskompetenzen sowie die Befähigung für den Umgang mit dem *slow motion disaster* (WHO) der chronischen Krankheiten und den veränderten Erwartungen mündiger Patienten effektiv aufgebaut werden können, braucht es auch in der Bildung ein gezieltes Veränderungsmanagement und ein Redesign der Gesundheitsbildungspolitik.

Den Handlungszielen einer intersektoralen Gesundheitsbildungspolitik gerecht werden

Der traditionelle Expertenworkshop des zweiten Tages hat die Careum-Postulate zur Gesundheitsbildungspolitik mit den Entwicklungen in den drei Ländern verglichen. Das Spannungsfeld zwischen den Stärken der monoprofessionellen Bildung und dem Druck zur interprofessionellen und intersektoralen Öffnung und Verflechtung wegen den künftigen Versorgungserfordernissen bildete den roten Faden der intensiven und engagierten Diskussion. Dabei ist auch deutlich geworden, dass es einen Bruch gibt zwischen den Höhenflügen der innovativen Konzepte und den Niederungen des «Stammesdenkens» der Berufe.

Die Berufe müssten nicht nur neu gedacht werden – es sei vielmehr Zeit, von einem Strukturdiskurs zu einem Kulturdiskurs überzugehen. Die Bildung komme zu spät für die neuen Versorgungsmodelle, wenn die Regulierungen gemeinsames

Lernen und die Vermittlung berufsüberlappender Kooperationskompetenzen verhindern statt fördern.

Nach all den Initiativen seien Zweifel angebracht, dass Innovation aus der Bildung kommen könne. Das liege am klassischen Zuschnitt der Institutionen, die nicht innovationsorientiert seien, das liege aber auch an den Lehrpersonen, die mit alten Bildern im Kopf Berufssilos neu bauten statt transformatives Denken zu vermitteln, und das liege auch an den Studierenden, die in einer Wohlfühlzone ohne Exposition in gemeindenahen Versorgungsstrukturen sozialisiert würden, also ohne die Sorgen und Nöte der Patienten, Bürger und Angehörigen kennenzulernen (und dann einen Praxisschock erlitten). Mehr Erfolg würden da regionale, gemeindenahere Versorgungskonzepte versprechen, in denen die Wirtschaft und die Unternehmen massgebliche Treiber sind und die Kluft zwischen den in der Ausbildung vermittelten Kompetenzen und dem realen Bedarf in den Versorgungssettings verringert werden könne. Dort seien auch die Chancen für lernende Systeme besser – mit vielen offenen Optionen sowie zivilgesellschaftlichem Engagement und viel stärkerer Koproduktion durch die Bürger, weil die Veränderungen im Dialog vor Ort gut vermittelt werden können. In einem solchen Setting sei auch die Vierfeldertafel intuitiv verständlich. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg zeigten, dass die Strukturen auf der regionalen Ebene einen intersektoralen Dialog erlauben.

Insgesamt wurde dafür plädiert, eine Reduktion der Komplexität des Bildungssystems anzustreben, indem anstelle zahlreicher Ausbildungsvorgaben und einer professionszentrierten Bildungsstrategie mehr Freiräume und Diversifizierung innerhalb eines Berufs ermöglicht werden. Zudem könnten viele Inhalte in die Weiterbildung und das lebenslange Lernen verschoben werden.

Detaillierte Informationen sowie weiterführende Materialien finden Sie unter www.careum-dialog.ch

Ausblick

Am Careum Dialog 2014 wurde deutlich, dass den klaren Postulaten und strategischen Massnahmenvorschlägen Taten folgen müssen. Dabei dürfen die Pioniere im Interesse einer zukunftsfähigen Versorgung nicht müde werden, den notwendigen Kulturwandel in die Bildungsinstitutionen und in die Gesundheitspolitik hineinzutragen. Zudem muss dieser auch den Bürgern vermittelt werden, damit sie am Ende nicht blockieren – für dieses Policy-Marketing seien die Medien als Multiplikatoren gezielt einzusetzen. Wichtig ist insbesondere, die Talente nicht zu verschleudern und den Nachwuchs umsichtig zu begleiten, damit die künftigen Fachleute nicht mit konservierenden Haltungen aus dem Bildungssystem herauskommen.

Konkrete Vorschläge für das weitere Vorgehen betreffen das gemeinsame Entwickeln von Modulen für intersektorales Lernen (auch gerade in der Weiterbildung, weil auch diejenigen Innovatoren sein müssen, die schon im System arbeiten). Als Massnahmen genannt wurden interprofessionelle und intersektorale Berufsbildungsforschung, grenzüberschreitende Ausbildungen, wissenschaftliche Publikationen zum Careum Working Paper, ein Exzellenz-Programm für das Anschieben des Kulturwandels und zur Stärkung der Innovatoren, eine Drei-Länder-Summer-School oder ein Drei-Länder-Doktorandenprogramm, eine Versorgungsforschung im Dialog mit der regionalen Gesundheitswirtschaft, den Patienten und dem häuslichen Umfeld, oder auch ein «PISA für Gesundheit».

In einem Fazit und Rückblick wird der Careum Dialog als einzigartige und ideale Plattform gewürdigt, die sich für die Stakeholders sehr bewährt habe. Die Impulse und das Setting machten Mut und gäben Kraft, um den zuweilen dornenvollen und zähflüssigen Reformprozess weiter zu treiben.

Mit dieser Mission soll der Dialog zur Gesundheitsbildungspolitik 2015 weitergeführt werden. Im Zentrum sollen aktuelle Kontroversen in der Gesundheitsbildungspolitik und auch Fragen zur Finanzierbarkeit stehen.

Beat Sottas, Ilona Kickbusch, Adrian Scherrer

Autoren

«Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik»

Die fünf Postulate und die vier strategischen Massnahmen zeigen den politischen Steuerungsinstanzen, den Bildungsinstitutionen und den im Gesundheitssystem tätigen Unternehmungen, wie die Veränderungsprozesse der Bildung der Berufe im Gesundheitssystem angegangen werden kann.

Fünf Postulate

1. Bildung auf Gesundheitskompetenz und eine neue professionelle Haltung ausrichten

Gesundheitsbildungsziele müssen auf Innovationsfähigkeit der Gesellschaft und die Gesundheitskompetenz der Bürger ausgerichtet sein. Bildung für die Berufe, die im Gesundheitssystem tätig sind, muss zu einem funktions- und sektorenübergreifenden Denken sowie einer neuen professionellen Haltung führen (demokratisch und ohne Paternalismus).

2. Gesundheitsbildungspolitik umfassend denken
In der Gesundheitsbildungspolitik ist der Geltungsbereich auszuweiten. Nebst der Bildung für patientenbezogene Funktionen müssen auch die populations- und organisationsbezogenen sowie die erkenntniserweiternden Funktionen hinsichtlich Regulierung und Finanzierung die gleiche Aufmerksamkeit erhalten.

3. Bildungsreformen sektorenübergreifend lenken
Die Regierungen, die das WHO-Rahmenkonzept «Gesundheit 2020» verabschiedet haben, sind aufgefordert, eine Gesundheitsbildungspolitik zu etablieren und diese durch entsprechende Legislaturziele und die Budgetsteuerung prioritär in diese Richtung zu lenken.

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

4. Kooperieren lernen und eine Kultur des Miteinander entwickeln

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

5. Parallelstrategie für Weiterbildung und Kompetenzerweiterung

Neben der zukunftsorientierten Ausbildung der Gesundheitsfachleute bedarf es einer Vision für das Change Management der aktuell im System tätigen Berufe und Beschäftigten. Systematische und institutionell verankerte Weiterbildung, lebenslanges Lernen und die Entwicklung in Richtung lernende Organisationen sind essentiell für ein anpassungsfähiges und reformorientiertes Gesundheitssystem von morgen – parallel mit der Patienten- und Bürger-Gesundheitsbildung.

Vier strategische Massnahmen

- die Versorgungsforschung funktionsübergreifend ausrichten, um bessere Datengrundlagen über das Gesundheits- und Bildungssystem zu schaffen.

- die Bildungsinstitutionen verändern und als Gesundheitscampus aufstellen, in dem alle im Gesundheitssystem arbeitenden Berufe der vier Funktionsfelder gemeinsam lernen.

- die Gesetze dem Bedarf anpassen und im Berufsrecht, im Bildungsrecht zurückhaltend regulieren und Diskriminierungen beseitigen.

- Strukturen für einen kontinuierlichen Dialog und Zusammenarbeit zwischen den Berufen und den Sektoren sowie zwischen Gesundheits- und Bildungsplanung schaffen.