

Studie

„Zukunftsfähige Qualifikationsprofile für Ärztinnen und Ärzte“

Management Summary – Schlussfolgernde Zusammenfassung:

Mit nahezu 5,5 Millionen Erwerbstätigen und fast 280 Milliarden € Umsätzen ist die Gesundheitswirtschaft Deutschlands größter Wirtschaftszweig. Und: Gesundheitswirtschaft gilt als Zukunftsbranche; nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Allerdings ist unstrittig, dass ihre Potenziale für mehr Lebensqualität, Wachstum und Beschäftigung nur bei grundlegenden Erneuerungen ihrer Leistungsangebote und Arbeitsprozesse realisiert werden können. Hochkompetente Ärztinnen und Ärzte sind für die Erneuerung zu einer zukunftsfähigen Gesundheitswirtschaft von immenser Bedeutung. Reichen aber die heutigen Ausbildungsgänge, Studienangebote und die geltende Approbationsordnung aus, um den wachsenden Anforderungen gerecht werden zu können? Und: Auf welche Aspekte, Qualifikationen und Kompetenzen sollte in Zukunft mehr Gewicht gelegt werden, damit die Mediziner ihren Beitrag für mehr Gesundheit und Lebensqualität, für mehr Wirtschaftlichkeit und weniger Verschwendung im Gesundheitswesen sowie für nachhaltiges Wachstum in den Gesundheitsbranchen leisten können? Dies waren die Fragen, zu deren Beantwortung die Initiative Gesundheitswirtschaft (IGW) das Institut Arbeit und Technik (IAT) mit einer Studie beauftragte, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Bei den Arbeiten für diese Studie stützt sich das IAT auf mehrere Quellen: Die Analyse einschlägiger Veröffentlichungen, einer Aufbereitung und Systematisierung des Reformgeschehens in deutschen Modell- und Reformstudiengängen, Interviews mit Reformtreibern und Sachverständigen sowie einen Validierungsworkshop, auf dem Zwischenerkenntnisse im Rahmen eines Delphi-Verfahrens mit einschlägigen Experten kritisch begutachtet, ergänzt, gewichtet und zugespitzt wurden. Die zentralen Ergebnisse dieser Arbeiten werden im Folgenden in 10 Kernbotschaften dargestellt:

1. **Medizin – Ein hochkomplexes und megahybrides Kompetenzprofil:** Das Berufsbild eines Mediziners stellt hybride Anforderungen, muss unterschiedliche Inhalte und Referenzsysteme berücksichtigen. Medizinausbildung soll zum einen den medizinischen Nachwuchs sicherstellen und ihm eine naturwissenschaftlich fundierte

und zum eigenverantworteten praktischen Handeln befähigende Ausbildung garantieren. Zum anderen soll Medizinausbildung zum wissenschaftlichen Arbeiten und Forschen qualifizieren. Medizinisch-naturwissenschaftliche, sozialmedizinische und sozialtechnologische, ökonomische, kommunikative und auch sozial-ethische Wissensbestände und Fertigkeiten müssen mithin in einer zukunftsfähigen Medizinausbildung so miteinander verknüpft werden, dass sie in unterschiedlichen Berufsrollen und Arbeitszusammenhängen kompetent und problemlösungsorientiert zusammenwirken können.

2. **Medizinerbildung – Eine ewige Debatte mit beweglichen Zielen:** Seit Dekaden wird in Deutschland und international intensiv über Reformen der Medizinausbildung debattiert und diese Debatten haben auch Stück für Stück Eingang in die Approbationsordnung gefunden. Lange Zeit lag die Stärke der Medizinausbildung ganz wesentlich bei den naturwissenschaftlichen Grundlagen und bei den konkreten Maßnahmen einer heilenden, kurativen Medizin. Seit den 70er Jahren des zurückliegenden Jahrhunderts wurde dieser Schwerpunkt durch zusätzliche Anforderungen und Inhalte ergänzt: Patientenorientierung, Evidenzbasierung, Gesundheitsökonomie, Team- und Führungsfähigkeit, Ethik, interprofessionelle Anschlussfähigkeit waren hier zentrale Stichworte. Parallel zu dieser inhaltlichen Anreicherung wurde nach neuen Wegen der Kompetenzvermittlung gesucht: Statt weiterhin vorwiegend auf die Akkumulation von möglichst viel Wissen in den einzelnen Fachgebieten zu setzen, sollen Kompetenzen mit den Wissensbeständen aus den unterschiedlichen Fachgebieten problemspezifisch erschlossen und genutzt werden können.

3. **Zukunftsperspektive – Vom hochkompetenten „Einzelkämpfer“ zum Versorgungs(mit)gestalter und interprofessionellen Teamplayer:** Die Debattenbeiträge in den letzten Jahren zeigen, dass Mediziner in Zukunft verstärkt gefordert sind, nicht nur exzellente fachliche Leistungen und extrafunktionale Qualifikationen zu bieten, sondern auch zu einer verbesserten Organisation der Gesundheitsversorgung beizutragen - nicht allein, aber im gestaltungsorientierten, interprofessionellen Austausch mit anderen Gesundheitsberufen, im Dialog mit der (Gesundheits-)Politik und im Zusammenspiel mit Leistungserbringern und Kostenträgern. Interprofessionelle Zusammenarbeit kann durch verbesserte Kommunikationsfähigkeiten sowie durch Team- und Führungsfähigkeiten gestärkt werden. Ziel ist, dass aus Medizinern, die heute oft hochkompetente „Einzelkämpfer“ sind, patientenorientierte, orchestrierungsfähige Dienstleister, teamfähige Kollegen und empathische Führungskräfte werden.

4. **Strukturierte Medizin – Auf dem Weg zu einem neuen Leitbild für die verbesserte Versorgung:** Noch gibt es keinen breit geteilten Konsens darüber, wie die konkrete Architektur einer nachhaltig verbesserten Organisation der Gesundheitsversorgung aussehen wird. Vielfach und in wachsendem Maße wird in diesem Zusammenhang jedoch von einer „Strukturierten Medizin“ gesprochen. Noch ist das Leitbild einer „strukturierten Medizin“ unscharf. Immer wirkungskräftiger wird jedoch die Zielperspektive: „Strukturierte Medizin“ soll auf die steigenden Gesundheitsbedarfe und Gesundheitschancen moderner Gesellschaften antworten. „Strukturierte Medizin“ wird mehr Patientenorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit durch eine grundlegende Reorganisation der regionalen, intersektoralen aber auch der innerbetrieblichen Prozesse zu realisieren versuchen. „Strukturierte Medizin“ ist ein Leitbild für die Versorgungsgestaltung, das Prozessdesign und das professionelle Handeln. Eine systemische Perspektive der Analyse von Prozessen der Gesunderhaltung und Heilung wird dabei genauso die Debatten prägen wie der Ruf nach besserer interprofessioneller Zusammenarbeit und nach neuen Versorgungsstrategien für besonders krankheitsanfällige Bevölkerungsgruppen. Eine in diesem Sinne verbesserte Versorgung wird davon profitieren, dass bei der Entwicklung, Erprobung und Umsetzung von entsprechenden Systemlösungen die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern einerseits und vor- und nachgelagerten Branchen andererseits gelingt – von der Medizintechnik und den Life Sciences bis hin zu den Anbietern von betreutem Wohnen.
5. **Innovationslandschaft – Die Richtung stimmt, die Konturen sind noch sehr kaleidoskopisch:** Zentrale Aspekte der Debatten über zukünftige Anforderungen an die Medizinerausbildung sind durch die Erneuerungen in den Medizinstudiengängen aufgegriffen worden; dies trifft nicht nur, aber in besonderem Maße für die Modell- und Reformstudiengänge zu. Hier sind insbesondere Inhalte wie Patientenorientierung, Kommunikation, Evidenzbasierung, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemwissen oder auch Ethik stark akzentuiert worden. Und auch die Ausrichtung an Kompetenzbildung und Problemlösungsfähigkeit statt an reiner Wissensakkumulation ist deutlich gestärkt worden. Der Innovationszug in der deutschen Medizinerausbildung fährt mithin insgesamt in die richtige Richtung. Gleichwohl präsentiert sich das Erneuerungsgeschehen noch deutlich zu zaghaft und es fehlt an einer übersichtlichen, bundesweit einheitlichen Sortierung, Gewichtung, Kombinierbarkeit und Hierarchisierung der erarbeiteten Perspektiven. Darüber hinaus wurde in den Expertengesprächen und im Validierungsworkshop auch deutlich, dass bei einigen Inhalten in Zukunft noch eine stärkere Akzentsetzung gefordert ist. Genannt wurden vor allem Kompetenzen für ein Mitmachen und Umsetzen einer besser organisierten Medizin („Strukturierte Medizin“) sowie eine verbesserte Orientierung über und Vorbereitung auf zukünftige Berufsrollen und die Sicherung einer effizienten, flächendeckenden Primärversorgung.

6. **„Strukturierte Medizin“ braucht „Strukturierte Ausbildung“**, sprich: Wissen für das Entwickeln und Umsetzen einer besser organisierten Medizin, die sowohl mehr gesundheitlichen Nutzen bringt als auch wirtschaftlicher erstellt werden kann, ist eine zentrale Zukunftsherausforderung, die ohne ein aktives Mittun von Medizinern kaum gelingen kann. In diesem Sinne qualifiziert eine zukunftsfähige Ausbildung für Mediziner auch zum Innovations- und Changemanagement. Gleichwohl spielen Themen wie etwa das systematische Entwickeln von branchen- und sektorenübergreifende Systemlösungen oder von Standards für integrierte Versorgungsketten oder von populationsorientierten regionalen Versorgungsstrukturen in der Medizinausbildung derzeit nur eine sehr untergeordnete Rolle; sie werden von Mediziner nach dem Studium zunehmend an sog. Business Schools oder in Weiterbildungsstudiengängen privater oder öffentlicher (Fach-)Hochschulen erworben oder sind (v. a. mit Blick auf Disease Management Programme) Teil der ärztlichen Fort- und Weiterbildung, in weiten Bereichen aber ohne Outcome-Überprüfung. Ein Spezialproblem der Entwicklung und Umsetzung entsprechender Ausbildungsmodule an den Medizinischen Fakultäten wird sein, dass es bislang nur wenige Möglichkeiten gibt, sich in der Praxis mit „Strukturierter Medizin“ vertraut zu machen. Zwar gibt es an vielen Stellen – etwa bei Kostenträgern, Krankenhäusern, in einigen Ministerialverwaltungen oder auch in den deutschen Gesundheitsregionen – vielfältige Aktivitäten zur Organisation einer verbesserten Medizin, allerdings muss Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren und der Universitätsmedizin beim Thema Ausbildung für die „Strukturierte Medizin“ noch systematisch organisiert werden.
7. **Berufsorientierung stärken:** Ein weiteres noch vernachlässigtes Thema der sich erneuernden Medizinausbildung ist in den Augen der interviewten Experten – und zusätzlich belegt durch jüngere empirische Forschung – das Thema Berufsorientierung. Eine zukunftsfähige Ausbildung für Medizinerinnen und Mediziner sollte das Orientierungswissen über zukünftige Berufsrollen deutlich ausbauen. Dabei ist sowohl die Rolle des Arztes/der Ärztin als Angehörige(r) einer Profession, als Forscher, als Arbeitnehmer und als Selbstständiger zu berücksichtigen. Gefordert ist nicht zuletzt eine Verknüpfung akademischer Qualität in Forschung und Versorgung mit den konkreten Anforderungen des Berufsfeldes. Bei der Auseinandersetzung mit zukünftigen Berufsrollen ist verstärkt auf Fragen einer lebensphasenorientierten Berufsplanung, auf das gender- und kultursensible Personalmanagement sowie auf die wachsende Bedeutung der intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit einzugehen. Bei den heutigen Medizinstudenten bestehen ganz besonders große Unsicherheiten über das Arbeitsfeld niedergelassener Ärztinnen und Ärzte; hier ist offensichtlich eines der dringlichsten

Gestaltungsfelder im Modernisierungsfeld Berufsorientierung. Es ist zudem zu verknüpfen mit verbesserter Unterrichts- und Anleitungsqualität der Studierenden durch praktizierende und erfahrene Ärzte mit Mentorenfunktion.

8. **Mehr Interprofessionalität:** Bessere Gesundheitsdienstleistungen werden in Deutschland in Zukunft breitflächig und nachhaltig nach Einschätzung so gut wie aller Experten nur dann zu realisieren sein, wenn die patientenorientierte Zusammenarbeit der Mediziner mit anderen Gesundheitsberufen deutlich verbessert werden kann. Solche interprofessionellen „Brückenschläge“ können am besten bereits im Studium eingeübt werden. Ein gutes Instrument dafür sind Ausbildungsmodule, in denen Mediziner gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen (z.B. Pflege oder Physiotherapie) problemlösungsorientiert zusammen lernen. Der „Bologna-Prozess mit seiner Bachelor und Master-Ausbildungsstruktur war darauf ausgerichtet, die interdisziplinären „Brückenschläge“ und spätere Berufsfeld-spezialisierungen zu erleichtern. Gerade deshalb ist verstärkt zu prüfen, wie auch die Mediziner Ausbildung von „Bologna“ profitieren kann.

9. **„Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“ realisieren:** Unter dem Dach der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) wird an einem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) gearbeitet. Er soll die vielen verschiedenen Ansprüche an eine zukunftsfähige Medizinausbildung erfassen, sortieren, bewerten und gewichten. Ein solcher Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog wird von den für die vorliegende Studie konsultierten Experten mit Nachdruck begrüßt. Auch andere Gesundheitsberufe – vor allem die Pflege – zielen auf die Entwicklung vergleichbarer Kataloge. Dies eröffnet dann auch eine Basis für den Austausch und die Abstimmung von Inhalten und Schnittstellen der Gesundheitsberufe untereinander. Auf der Basis eines solchen nationalen Lernzielkatalogs kann dann auch überprüft werden, ob und wie die deutsche Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen weiterentwickelt werden kann. In ihrer jetzigen Fassung und in ihrer jetzigen Umsetzung in den Ausbildungsgängen, ihren Lehr-, Lern- und Prüfungsmethoden jedenfalls wird sie von vielen Experten als Hindernis für eine größere Zukunftsfähigkeit in der Mediziner Ausbildung gesehen. Es fehlt nicht nur die verbindliche bundesweite Implementierung von Lernzielkatalogen mit entsprechenden Kompetenzfestlegungen, sondern es mangelt auch an sich anschließenden, verbindlichen nationalen Durchführungs- und (auf Outcome zu überprüfende) Definitionskatalogen zur Weiter- und Fortbildung.

10. **„Weniger ist mehr“ – Neue Lehr- und Lernmethoden stärken:** Trotz des vielfältigen und z. T. unübersichtlichen Rufs nach neuen Inhalten ist unstrittig, dass die Basis der ärztlichen Ausbildung auch in Zukunft medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten bilden, die auf einem soliden naturwissenschaftlichen Fundament stehen. Wenngleich die Kritik an der hohen und dominierende Bedeutung naturwissenschaftlichen Wissens – bei gleichzeitiger Vernachlässigung sozialmedizinischer Ursachen für Gesundheit und Krankheit – der wichtigste Grund für die Konzeption von Modell- und Reformstudiengängen war, ist eine naturwissenschaftliche Fundierung auch für das zukünftige Medizinstudium dennoch unerlässlich. Die zu vermittelnden Kenntnisse und Fertigkeiten sollten aber nicht im Sinne ständig sich vergrößernder und abrufbarer, archivierter Wissensbestände, sondern Problem- und Kompetenzorientiert vermittelt werden („Weniger ist mehr!“). Dies ermöglicht nicht nur, die Lern- und Lehrinhalte gleichzeitig zu effektivieren und zu verschlanken, sondern erleichtert auch, dass verstärkt mit Blick auf praktische Anwendungserfordernisse gelehrt werden kann, so dass bei den Studierenden frühzeitig und nachhaltig ein hohes Maß an Patientenorientierung, Patientenkommunikation und -begleitung möglich wird. Parallel zur Effektivierung der Vermittlung von naturwissenschaftlichen und medizinischen Kenntnissen durch Problem- und Kompetenzorientierung entsteht dann auch Manövrierspielraum für eine Ergänzung der Ausbildungsinhalte im oben skizzierten Sinne.

Der Auftrag für die vorliegende Studie war, die aktuellen Debatten und Aktivitäten um die ärztlichen Qualifikationen und um die Medizinausbildung in Deutschland zu beschreiben, zu analysieren und zu systematisieren. Bei den dafür erforderlichen Literaturanalysen, Recherchen und Expertengesprächen stellte sich langsam aber sicher heraus, dass die Debatte und auch die Erneuerungsaktivitäten selbst vor einer Zäsur stehen. In den letzten Jahren wird nämlich immer deutlicher, dass in Deutschland eine verbesserte Organisation der Versorgungsstrukturen nötig und machbar ist, damit mehr Gesundheit und Lebensqualität bei gleichzeitig erhöhter Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung entstehen können.

Die Studie zeigt, dass eine solche neue, besser strukturierte Medizin nur mit, aber keineswegs ohne oder gegen die Medizinerinnen und Mediziner entstehen kann. Gegenwärtig gehen erste Akteure in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland – Kostenträger, Krankenhäuser, Gesundheitsregionen – erste Schritte in Richtung einer „strukturierten Medizin“. Weitere Akteure sind gespannt, welche Erfahrungen und Ergebnisse dabei erzielt werden und sind darauf vorbereitet, sich ebenfalls einschlägig zu engagieren. Ärztinnen und Ärzte stehen entsprechenden Aktivitäten zum Teil mit großen Vorbehalten gegenüber. Grund dafür ist oftmals die Befürchtung, eine „Strukturierte Medizin“ könne dazu führen, dass notwendige medizinische Hilfen zu stark unter ökonomischen Gesichtspunkten bewertet und in der Folge möglicherweise sogar unterlassen

würden. Die Autoren der vorliegenden Studie verbinden mit ihrer Arbeit die Hoffnung, dass sich diese Skepsis bald in Mitgestaltungsbereitschaft umwandeln lässt und dass sich die Medizinischen Fakultäten daran machen, die Ärztinnen und Ärzte der Zukunft besser für dieses Aufgabenfeld vorzubereiten.

In diesem Kontext werden auch die Auswahlkriterien für die Zulassung zum Medizinstudium unter Reflektierung der persönlichen Eignungen und der gesellschaftlichen Erwartungen gründlich und im internationalen Kontext zu überdenken sein. Nicht jede Ärztin, nicht jeder Arzt muss Spezialist für die Entwicklung und Umsetzung verbesserter Versorgungsstrukturen werden. Aber dennoch sollten alle Mediziner in Zukunft über die Notwendigkeit dieser Aufgabe und über die wichtigsten Baustellen und Ansätze orientiert sein – und diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die Interesse und Leidenschaft haben, sich aktiv für eine besser strukturierte Medizin einzusetzen, werden mit ihrem Engagement von der einschlägigen Gesundheitswirtschaft dringend gebraucht – gerade auch dort, wo es darum geht, ethische Wertorientierungen und wirtschaftliches Handeln in Übereinstimmung zu bringen.

In den achtziger und neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts hatten große Teile der deutschen Wirtschaft auf die gestiegene Leistungsfähigkeit ihrer japanischen Konkurrenz zu reagieren. Über ein sehr grundlegendes Redesign ihrer inner- und überbetrieblichen Organisationsstrukturen gelang es, die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen und europäischen Anbieter nachhaltig zurückzugewinnen. Ganz zentral für den Erfolg war, dass im Verbund mit Anbietern aus vor- und nachgelagerten Bereichen, zum Teil sogar in Zusammenarbeit mit Konkurrenten, Systemlösungen für mehr Kundenorientierung, Qualität und Effizienz gefunden werden konnten. Die Gesundheitswirtschaft steht derzeit vor einer ähnlichen Herausforderung.

Es ist sicherlich nicht möglich, die Lösungen aus der Industrie aus dem vergangenen Jahrhundert eins zu eins für die Gesundheitswirtschaft zu übernehmen. Der Verweis auf die Erfahrungen aus der Industrie sollte aber Mut machen, dass die Herausforderung, mehr Gesundheit und Lebensqualität und gleichzeitig mehr Wirtschaftlichkeit zu schaffen, machbar sind. Wichtige Bausteine hierzu sind das frühzeitige Erlernen Sektor- und Professionsübergreifende Zusammenarbeit, das Mitmachen bei der Entwicklung und Umsetzung von Systemlösungen für mehr Gesundheit, Qualität und Effizienz und mehr Verantwortung für soziale Inklusion, sprich: Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen für alle Teile der Bevölkerung. Schafft die deutsche Gesundheitswirtschaft diesen Innovationsschritt nicht, drohen Rückschritte bei der gesundheitlichen Versorgung und möglicherweise sogar ein Versorgungssystem, dass stärker als heute von medizin- und patientenfernen Akteuren geprägt sein wird. Deutschland braucht in den nächsten Jahren zusätzliche Ärzte, um den in einigen Bereichen drohenden Ärztemangel zu überwinden. Und diese Ärzte sollten nicht völlig anders als heute ausgebildet sein. Unerlässlich ist aber, dass in den nächsten Jahren solche Kompetenzen verstärkt vermittelt werden, die Ärztinnen und Ärzte befähigen, eigenständig, kompetent und auch wertorientiert an dem Design besser

organisierter Versorgungsstrukturen mitwirken zu können. Die Studie zeigt, dass bei Akteuren und Experten aus ganz unterschiedlichen gesundheitswirtschaftlichen Arbeitszusammenhängen ein großes Interesse an einer besser organisierten, an einer „Strukturierten Medizin“, besteht und das dieses Thema auch durch eine entsprechend strukturierte Medizinausbildung aufgegriffen werden soll. Die Chancen, dies auch umzusetzen, waren noch nie so gut.

Winrich Breipohl

Michaela Evans

Josef Hilbert

Gelsenkirchen, im September 2011