

# Workshop Vielfalt und Durchlässigkeit des Bildungsangebotes Health Professions in der Schweiz

3-Länder-Tagung VFWG, 28.9.2017, FH Campus Wien

---

**PETER C. MEYER**

PROF. DR. PHIL., TITULARPROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH  
EXPERTE UND BERATER, ZÜRICH  
BIS 2016 DIREKTOR DEPT. GESUNDHEIT ZHAW

# Stufen des Studiums in der Schweiz

---

- 1. Bachelorabschluss (BSc)** an FH = Berufsausbildung und –zulassung  
gilt für Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung und Diätetik, Hebammen  
circa 10% der Pflegediplome (Deutsch-Schweiz)
- 2. Masterabschluss (MSc):** für jeden FH-Gesundheitsberuf, 10% – 20% der Bachelor
  - für Lehre (BSc) und Forschung (Mitarbeit)
  - für «Advanced Practice» und Führung
- 3. Dokortitel (PhD):** 1% - 2% der Bachelor; in Kooperation mit Universitäten
  - für Lehre (MSc) und Forschung (Projektleitung)
  - für Praxis sind Weiterbildungen nützlicher!
- 4. Habilitation (oder gleichwertig):** Einzelfälle, an Universitäten
  - für Promotionsprogramme und Dissertandenbetreuung
  - Leitung von Forschungs-Abteilungen
  - keine Praxisrelevanz

# Bedarfe der Versorgungspraxis

---

- **Adäquate, breite Ausbildung:** nicht nur berufliche Expertise, sondern auch Teamfähigkeit, Kompetenzen in interprofessioneller Kooperation, Ökonomie, Gesundheitswesen uam (**CanMeds-Abschlusskompetenzen**)
- **Den Aufgaben angepasste Kompetenzen:** keine Unter-, Über-, oder Fehlqualifikation - es braucht nicht immer einen Hochschulabschluss.
- **Grundausbildung: GeneralistIn** (in Schweiz nur 1 generalistisches Pflegediplom)  
**Weiterbildung: Spezialisierung**, Lebenslanges Lernen, massgeschneidert
- **PatientInnen brauchen** adäquat qualifizierte **«Lotsen»:**  
Begleiter durch den Dschungel des Gesundheitswesens, z.B. Hausarzt, Physiotherapeutin als **Gatekeeper** für eine personalisierte, wirksame, wirtschaftliche Versorgung.  
Spezifische Weiterbildung in Case Management, Gesprächsführung, Versorgungsplanung etc.

# Welche Forschung brauchen wir?

---

- **Forschung soll kein selbst-referentielles System sein.** Gesundheitsforschung soll sich am Bedarf der Bevölkerungsgesundheit ausrichten (Public Health, Health for All)
- **An Universitäten: primär biomedizinisch-technische Forschung**  
Allgemeinmedizin, Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung sind marginal.
- **FH-Forschung orientiert sich am Bedarf der Bevölkerungsgesundheit** und an der Versorgungs-Praxis: Evaluationsforschung, Versorgungsforschung, Begleitforschung und Aktionsforschung zu innovativen Interventionen, Forschung über Salutogenese, Gesundheitsförderung und Prävention
- Einbezug der **Health Professionals in interprofessionellen Forschungsteams**, in interdisziplinärer Forschung.
- Forschung zur **regionalen Versorgung**, insbesondere zur Unter-, Über- und Fehlversorgung, Beteiligung an der regionalen Umsetzung der Forschung

# Konflikte und Kontroversen

---

## 1. **Autonomie versus Integrierte Versorgung**

zum Beispiel:

Direktzugang zu Physiotherapie (in CH chancenlos) vs. Überweisung von ÄrztInnen

## 2. **Monopole der Hochschul-Berufe versus Delegation an weniger Qualifizierte**

zum Beispiel:

- medizinische Versorgung auf Station durch «Physician Assistents» (D: ArztassistentIn) an Stelle von AssistenzärztInnen (Widerstand von Pflegeverbänden, nicht von Ärzteschaft!)

- Diabetes-Beratung durch Advanced Practice Nurses versus Medizinische PraxisassistentInnen (ArzthelferInnen) mit Weiterbildung

## 3. **Monoprofessionelle Professionalisierung versus Interprofessionalität**

oft Lippenbekenntnis zur Interprofessionalität; Herzblut liegt bei eigener Profession, entsprechende berufliche Sozialisation (In-group vs. Out-group)