

Emanzipiert & akkreditiert in die Sackgasse

New Medical School-Konzepte
zur Überwindung der strukturellen Minderwertigkeit

Dr. Beat Sottas

Hochschulen für Gesundheit Berlin Okt16

Strukturelle Minderwertigkeit

2016

1 Aspekte struktureller Minderwertigkeit

Frauenberufe = psychosozialer Support, Reparaturassistentz

«soft science» «true science» bzw. technisch-instrumentelle Intervention

Fach-Hochschulische Forschung:

“Kapitänsprinzip”

Daseins- und Emanzipationsbeleg

...Meuterei?

Späte Akademisierung mit Sondergesetzen bzw. Experimentierklausel

Bachelor ist Standard-Berufsbefähigung 3 statt 6 Jahre + Weiterbildung

Distinktion Fachhochschule (Nicht-Universität) vs. Medizin. Hochschule

Gut qualifiziertes Assistenz-Arbeitskräftereservoir

Duales Ausbildungsmodell als Hypothek

«Hochschuletikette oben drauf gemacht»

Nicht Teil der EU-Sonderrichtlinien im G-Bereich

Allg. Richtlinie = Mobilität Facharbeiter und Handwerker

2 Aspekte struktureller Minderwertigkeit



Beispiel Schweiz:
Berufsbildung kämpft gegen (Fach-)Hochschulen

Beispiel Deutschland:
10 Jahre Moratorium, schrecklicher Dauerfrost
NKLM keine Ko-Produktionsziele



aber: 15% Berufsmaturität
bei Abschlüssen der Berufsbildung

Gleichzeitig: auch Unis kämpfen gegen FH G
100 Mio. CHF Impulsprogramm
für 300 MedStudienplätze

32% der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte steigen aus

Ausgangspunkte

1975

OECD-Proklamation (1975)

«Regional Health University» als Königsweg

Elemente einer «Regionalen Health University»

- Zusammenführung aller Fachrichtungen, die zu gesundheitlichen Fragen arbeiten
- Interprofessionelle Organisation von Lehre und Forschung
- Problembasiertes und selbstgesteuertes Lernen in praktischen Lernfeldern
- Ausrichtung auf den Bedarf einer regionalen (Grund-)Versorgung
- Einlösen der regionalen Verantwortung
und Streben nach wissenschaftlicher Reputation
- Leadership und Koordination bei der Vernetzung
von Bildung, Forschung, Politik und Versorgung
(Kompetenzzentrum → creation of a regional health policy)

→ Gesundheitspolitische Antwort auf Mainstream Physician-Scientist-Modell

**HEALTH,
HIGHER EDUCATION
AND THE COMMUNITY**

***Towards a Regional Health
University***

Report of an International Conference
at OECD
Paris, 15th-18th December, 1975

McMaster, Albuquerque, Linköping, KI Stockholm, Tromsø
Kings College London, Bristol, Leicester, Bersheva u.a.m.

Dialog und Brücken bauen

...zwischen verschiedenen Fachrichtungen

...zwischen Berufspraxis und Ausbildung

...zwischen Wissenschaft und Berufspraxis

...zwischen internationaler best practice + lokalem Bedarf

→ Ganzheitliche PBL-Prozesse, «Ko-Produktion»
kein fragmentiertes Faktenlernen, keine Berufssilos

**HEALTH,
HIGHER EDUCATION
AND THE COMMUNITY**

***Towards a Regional Health
University***

Report of an International Conference
at OECD
Paris, 15th-18th December, 1975

Dialog und Brücken bauen

...zwischen verschiedenen

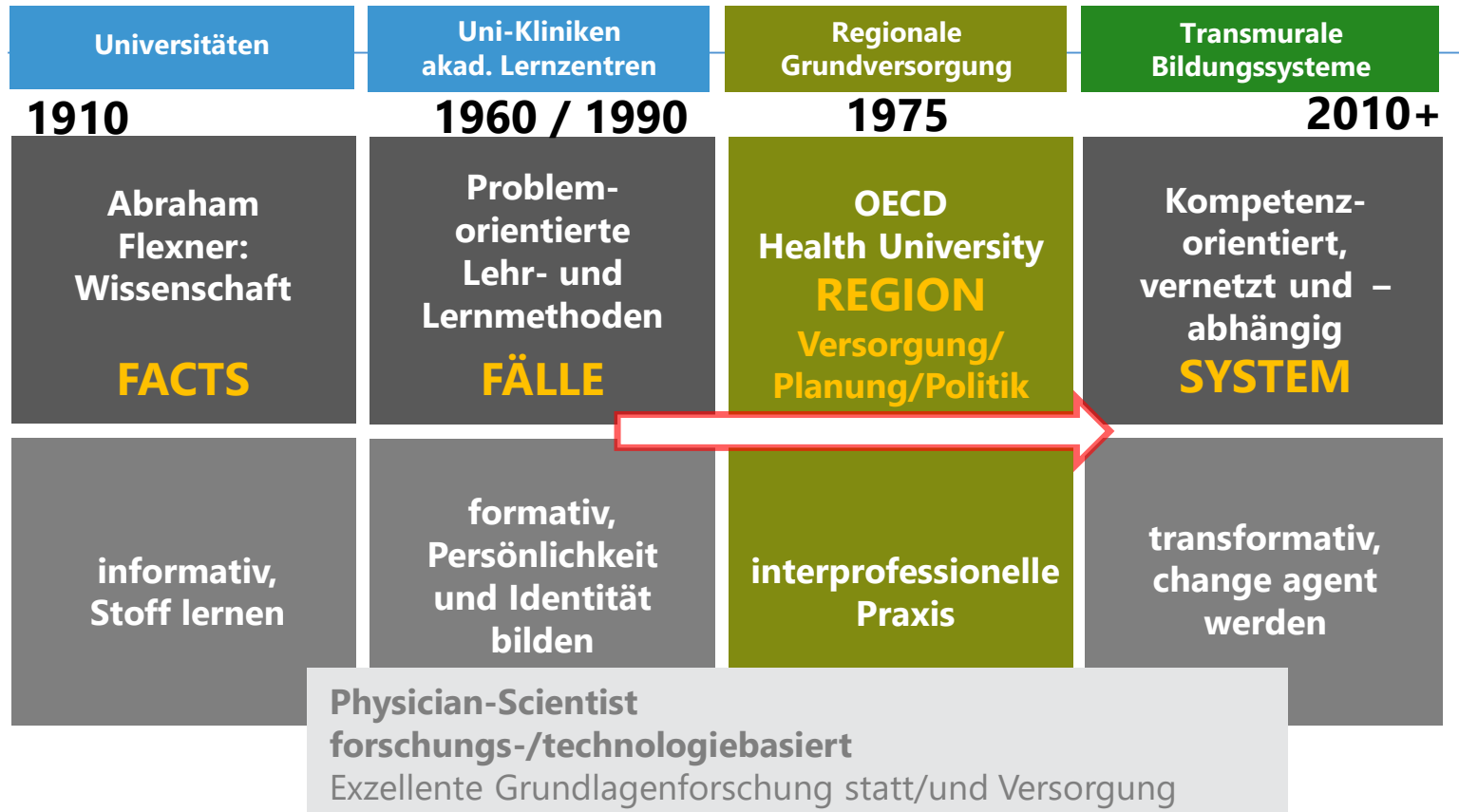
Es reicht nicht,
Studiengänge organisatorisch unter dem gleichen Dach anzusiedeln
und den Lehr- und Forschungsbetrieb in parallelen fachlichen Silos weiterzuführen!

Es braucht

- eine integrierende Vision + institutionelle Festigung (Strategie und Ressourcen)
→ interprofessionelle Lehr- und Lernarrangements
- gleichberechtigte Partner, die miteinander, voneinander, übereinander lernen wollen
→ nicht-diskriminierende, ko-produzierende Haltung
- eine Gliederung der Fachrichtungen, Berufsgruppen und Funktionen nach Aufgaben
„which transcends their individual missions,
and meets needs of the society they serve“

**Erste intersektorale Strategie für
eine «Gesundheitsbildungspolitik»**

Bildungskonzeptionen



Lancet Report 2010, ergänzt

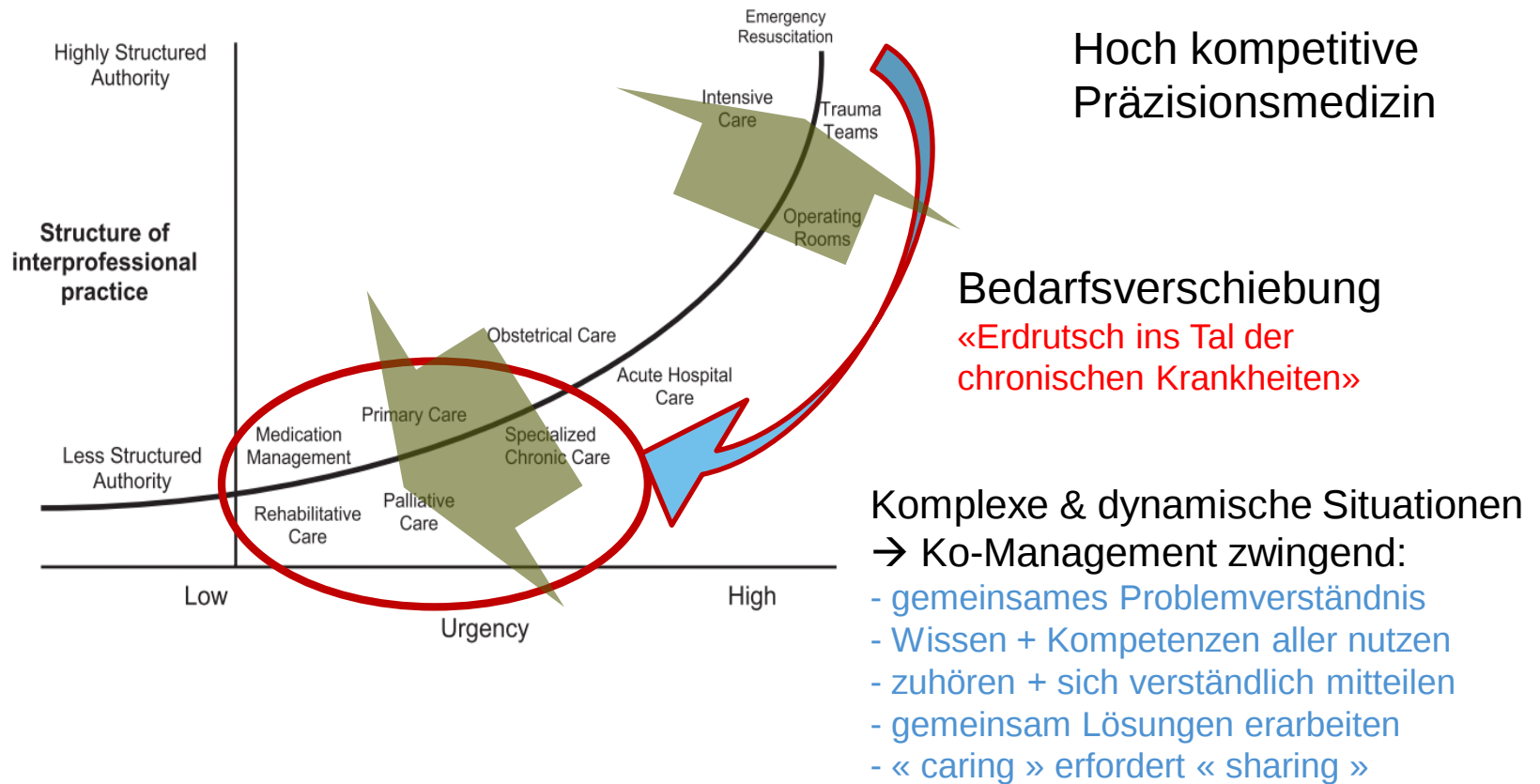
New Medical Schools
oder

ist die hybride Kreuzung
Humboldt x Hyperspezialisierung
am Ende?

> 2020

1 Transformation und Spaltung

Dezentralisierung löst Zentralisierung ab



Retchin 2009

Slow Motion Management + Disruptive Lösungen

Graduate Medical Education That Meets the Nation's Health Needs

Recommendations, Goals, and Next Steps



Very inefficient Medical Education, very low Productivity, very high Costs

Does not respond to fundamental transformation needed in next 10 years

- **do not raise capacity and intake of medical faculties, current model fosters maldistribution**
Primary Care/GPs vs. specialists, urban vs. rural
- **Do not spend more money for current medical education**
but more for other professions needed

3 Strategische Antworten Gesundheitsbildungspolitik

Auch gegen die strukturelle Minderwertigkeit



Adaptive Lerner: Basics + Wissen aus Internet ordnen können, selbstgesteuert (nicht «mein Beruf», Dynamik/Change →10y)



Health System Science überlagert biomedizinisches Evidenzdenken Nutzen, Werte, Qualität, Ungleichheiten, Population (Intervention)



Interprofessionalität / Intersektoralität – Lernen im Praxisfeld Ko-Produktion mit Patienten/Angehörigen (Rolle Hochschule?)



Digitale G-Akte als Lernlab; Big Data für bessere Outcomes Patientenpanels - reflexive practitioner stark individualisiert



Leadership in Teams, Transformation Modelle, Qualität (mehr als Qualität + Expertise)



Flexible Qualifizierungswege / funktionale Kompetenzcluster bedarfsorientierte Profile (statt profession)

4 Disruptive Entwicklung

(Bildungs-)Lösungen für Bedarfe

