

Spezialausgabe

Was sich im Gesundheitswesen aus Sicht der sprachregionalen Dachverbände der Ärzteschaft VEDAG, SMSR und OMCT ändern muss, lesen Sie in dieser Ausgabe von Politik+Patient.



Elektronisches Patientendossier

In der Ärzteschaft gehen die Meinungen bezüglich der heutigen Form und Funktionen des EPD auseinander.
Seite 3



Gesundheitskosten

Die Mühlen der Schweizer Politik mahlen zu langsam – und in der Zwischenzeit gehen uns die Ärzte aus.
Seite 4

POLITIK+PATIENT

Sondernummer

19. Jahrgang
Herausgeber: Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG
Politik+Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung
Verantwortlich für die Redaktion: Marco Tackenberg, Markus Gubler, Andrea Renggli; forum | pr
Layout: Claudia Bernet, Bern
Druck: Stämpfli AG

VEDAG Verband
Deutschschweizer
Ärztgesellschaften

Medizinische Versorgung

Neue Rezepte für das Gesundheitswesen

Notfallstationen sind überfüllt, Spitäler sperren Betten, Hausarztpraxen nehmen keine neuen Patienten mehr auf: Politik und Behörden können die medizinische Versorgung nicht mehr überall sicherstellen. Die Fokussierung auf die Kosten hilft nicht, dieses Problem zu lösen. Neue Rezepte sind gefragt.

Text: VEDAG



Junge Ärztinnen und Ärzte haben andere Ansprüche als frühere Generationen. Sie legen Wert auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und bevorzugen flachere Hierarchien.

Bild: Keystone

Das Schweizer Gesundheitswesen ächzt unter dem aktuellen Fachkräftemangel. Während der Coronapandemie wurde einer breiten Öffentlichkeit erstmals bewusst, dass hier längerfristig ein Problem besteht. Mittlerweile betrifft die Personalknappheit mehrere

medizinische Fachdisziplinen, vor allem Haus- und Kinderärzte sowie Psychiater, aber auch weitere Gesundheits- und Pflegeberufe.

Fortsetzung auf Seite 2

Editorial

Eine Richtungsänderung tut Not

Seit 1. Januar 2012 ist Alain Berset Vorsteher des eidgenössischen Departements des Innern (EDI). Wie der Sozialdemokrat das Gesundheitswesen politisch weiterentwickeln wollte, zeichnete sich rasch ab: mit mehr staatlicher Regulierung. Gut ein Jahr nach Amtsübernahme legte er mit der Strategie Gesundheit 2020 ein Mammutprogramm mit über 80 Teilprojekten vor. Die Kritik an Bertsels Plänen liess nicht lange auf sich warten – und sie begleitet ihn bis heute.

Seine Ideen sind zu staatslastig, zu ideologisch gefärbt. Wettbewerb und Pluralismus finden kaum Platz. Die Tarifpartnerschaft zwischen Ärzten und Versicherern wird willentlich untergraben. Kritische Stimmen bleiben ungehört. Der Glaube an staatliche Regulierung ist ungebrochen. Er mündete in einem Mikromanagement – mit fatalen Folgen: Mehr und mehr junge Ärztinnen und Ärzte ziehen wegen überbordender Bürokratie den Kittel für immer aus. Dagegen wächst der Beamtenapparat spektakulär: Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beschäftigt heute über 700 Spezialisten. Die Vollzeitstellen haben in 20 Jahren um mehr als 50 Prozent zugenommen. Wer davon bislang keinen Nutzen hat, sind die Patientinnen und Patienten.

Wir blicken auf mehr als eine Dekade staatsgläubiger Gesundheitspolitik zurück. Was sich nun aus Sicht der sprachregionalen Dachverbände der Ärzteschaft – dem Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG, der Société Médicale de la Suisse Romande SMSR und dem Ordine dei medici del Cantone Ticino OMCT – ändern muss, legen sie in dieser Ausgabe Politik+Patient dar. Eine Richtungsänderung des BAG ist dringend angezeigt. Am 13. Dezember 2023 kann das neu zusammengestellte Parlament dafür die Weichen stellen.

Die Kantone können in nächster Zeit die medizinische Versorgung nicht mehr in allen Fachdisziplinen sicherstellen. Allein im Kanton Bern bräuchte es bis ins Jahr 2025 270 neue Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, um die aktuelle Versorgungsdichte beibehalten zu können (Workforce-Studie Kanton Bern 2020-2025) – effektiv ausgebildet werden weit weniger. Dennoch diskutierten Politikerinnen und Politiker während des vergangenen Jahres lieber über die angebliche Kostenexplosion und Zulassungsbeschränkungen. Der Versorgungsmangel ist kaum ein Thema.

Mehr zufriedene Ärztinnen und Ärzte

Um den Fachkräftemangel in den Griff zu bekommen, muss die Schweiz wieder mehr Ärztinnen und Ärzte ausbilden. Jahrzehntlang wurde bei der Ausbildung gespart; jetzt, wo die Babyboomer-Generation in Pension geht, folgt die Quittung. Aber es braucht nicht nur mehr, sondern auch mehr zufriedene Ärztinnen und Ärzte. Rund zehn Prozent der ausgebildeten Mediziner verlassen den Beruf frühzeitig. Dies zeigen aktuelle Zahlen des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO).

Einerseits müssen sich die Arbeitgeber bewegen: Die jüngere Generation legt Wert auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sie bevorzugt flachere Hierarchien und erwartet planbare Arbeitszeiten sowie genug Zeit für die berufliche Weiterbildung. Das Lebens- und Arbeitsideal des letzten Jahrhunderts mit 80-Stunden-Wochen und ähnlichen Anachronismen finden junge Ärztinnen und Ärzte nicht mehr erstrebenswert.

Andererseits ist auch die Politik gefordert. In den letzten Jahren wurden im Gesundheitswesen so viele neue Gesetze erlassen wie nie zuvor. Die Regulierung nimmt laufend zu. Dies verbessert die Qualität der Medizin aber nicht, im Gegenteil: Spitalärztinnen und -ärzte der Akutsumatik verbringen heute rund 17 Stunden pro Woche allein mit den zeitraubendsten administrativen Tätigkeiten – über zwei Stunden mehr als 2013. Dies besagt eine repräsentative Befragung der Ärzteschaft im Auftrag der FMH aus dem Jahr 2022. In der Grundversorgung sieht es nicht besser aus: Gemäss einem Bericht des Obsan sahen im Jahr 2019 68 Prozent der Grundversorger den Zeitaufwand für Versicherungen und Abrechnungen als Problem an. Die Zeit, die sie mit den Patienten verbringen, wird dafür weniger. Dies und die verzögerte Einführung des am-

bulanten Tarifs TARDOC gehören zu den wichtigsten Kritikpunkten der ärztlichen Berufsverbände.

Kantönliche Strukturen überwinden

Die Strukturen des Gesundheitswesens müssen neu gedacht werden. Die Schweiz leistet sich ein sehr engmaschiges Netz an Regionalspitälern. Die Spitalplanung sollte sich jedoch auf grössere, überkantonale Gesundheitsräume fokussieren und den Kantönlicheit überwinden.

Neue Strukturen sind auch in der Grundversorgung nötig: Es braucht vermehrt hausarztgestützte Notfall-Praxen für nicht lebensbedrohliche Fälle. Dies würde die Notfallstationen der Spitäler entlasten, so dass sie wieder ihren eigentlichen Auftrag erfüllen können. Die Kantone können solche Angebote unterstützen, indem sie entsprechende Voraussetzungen schaffen, die Partner zusammenbringen und bei der Anschubfinanzierung helfen.

Den Menschen im Gesundheitswesen zuhören

Eine nachhaltige Gesundheitspolitik konzentriert sich nicht einzig auf die Dämpfung des Kostenwachstums. Sondern sie fördert auch eine den Umständen angepasste Grund- und Spitalversorgung, die optimale Nutzung der personellen Ressourcen und eine sinnvolle Prävention. Die Politik hat es in der Hand. Sie kann die richtigen Rahmenbedingungen und Anreize setzen, um Innovationen zuzulassen und das Gesundheitswesen ohne grössere Versorgungslücken in die Zukunft zu führen. Dazu braucht es aber Mut und den politischen Willen zur Veränderung. Vor allem braucht es die Bereitschaft der Politik, den Menschen im Gesundheitswesen zuzuhören, wenn politische Ideen auf grossen Gegenwind stossen. Diese dann gegen den Willen der direkt Betroffenen durchdrücken zu wollen, kostet wertvolle Zeit, in der sinnvolle Reformen angepackt werden könnten.



Um den Fachkräftemangel in den Griff zu bekommen, muss die Schweiz wieder mehr Ärztinnen und Ärzte ausbilden. Bild: Pexels



Das Elektronische Patientendossier könnte vernetztes Arbeiten erleichtern. Aber nur wenn die Bedürfnisse der Gesundheitsfachpersonen berücksichtigt werden.
Bild: Keystone

Elektronisches Patientendossier

Die Ärzte fordern Änderungen

Seit 2017 versucht man, das Elektronische Patientendossier (EPD) in der Schweiz einzuführen. Trotz der eingesetzten Gelder haben erst wenige Patientinnen und Patienten ein EPD eröffnet. In der Ärzteschaft gehen die Meinungen bezüglich der heutigen Form und Funktionen des EPD auseinander.

Text: SMSR/Clémence Lamirand

Das 2015 verabschiedete Bundesgesetz über das Elektronische Patientendossier (EPD) ist 2017 in Kraft getreten. Konkret kann ein Patient sein EPD eröffnen, alle seine Gesundheitsdaten dort hinterlegen und angeben, welche Gesundheitsfachpersonen Zugriff darauf erhalten. Doch trotz der eingesetzten Gelder findet das EPD in der Bevölkerung wenig Anklang. Bis November 2022 waren lediglich 12'000 Dossiers über eine der acht zertifizierten Stammgemeinschaften eröffnet worden. Man kann also sagen, dass das Projekt Mühe hat, in die Gänge zu kommen.

Kaum mehr als ein Papierkorb für PDF?

Ein erstes Problem besteht darin, dass die verschiedenen Dokumente im PDF-Format gespeichert werden. «Es handelt sich um ein Patientendossier», so Vladimir Mayor, Präsident der Neuenburger Hausärztervereinigung, «und nicht um ein medizinisches Dossier, das für Gesundheitsfachpersonen bestimmt ist.» Die Daten sind nicht strukturiert; dies führt zu grösseren Problemen, vor allem bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen.

Um seinen Zweck zu erfüllen, müsste das EPD besser strukturiert sein und hierarchisierte, einfach zu analysierende

Informationen bieten. «Mit Unmengen Labor- und Radiographie-Daten, die einfach in den Patientendossiers abgelegt sind, können wir nichts anfangen», erläutert Vladimir Mayor. «Wir möchten auf wichtige Angaben zugreifen können. Es ist natürlich teuer, die ganze Organisation dafür zu entwickeln, doch diese Arbeit ist unerlässlich.»

Verknüpfung mit den Primärdossiers

Ein anderes bedeutendes Hindernis für die Gesundheitsfachpersonen: Das EPD ist aktuell nicht mit den IT-Systemen der Medizinerinnen und Mediziner vernetzt. Diese wünschen sich natürlich, dass die medizinischen Daten der Patienten, die sie bereits erfasst haben, direkt im EPD zu finden sind. «In der Neuenburger Ärzteschaft hiess es klar und deutlich: Solange das EPD nicht in unsere Primärsysteme integriert ist, können Ärztinnen und Ärzte mit einer Privatpraxis aus Zeit- und Geldmangel dort keine Dokumente ablegen», berichtet Dominique Bünzli, der Präsident der Neuenburger Ärztesgesellschaft.

Nützliche klinische Apps

Abgesehen von den Bedenken, die sich direkt auf die Digitalisierung der Daten beziehen, wünschen sich die

Ärztinnen und Ärzte auch Applikationen, die ihnen in ihrem Praxisalltag nutzen. Sie fordern insbesondere, dass ein Fokus auf die arzneimittelbezogenen Daten gelegt wird und ein einheitlicher Medikationsplan angeboten wird. Ein weiteres grundlegendes Bedürfnis: Sie möchten einen Behandlungsplan anderen Gesundheitsfachpersonen zugänglich machen können. Diese zusätzlichen Anwendungen, die gerade entwickelt werden, sollen zudem in der ganzen Schweiz einsetzbar sein. «Heute», so der Präsident der Société Médicale de la Suisse Romande SMSR Philippe Eggimann, «kann man PDF-Dokumente in einer Stammgemeinschaft ablegen und in einer anderen abfragen. Die grösste Herausforderung besteht darin, dass die zusätzlichen Anwendungen, welche den Nutzen des EPD ausmachen, auch nützlich sind.» Doch das ist derzeit überhaupt nicht sicher.

Sorgfaltspflicht

Ein letzter, rechtlicher Punkt beunruhigt die Ärzteschaft. Da allein der Patient entscheidet, welche Gesundheitspersonen Zugriff auf sein Dossier erhalten, hat ein Arzt keine Gewissheit, dass er über alle medizinischen Angaben zu seinem Patienten verfügt. «Es gibt begründete Befürchtungen, dass die Daten im EPD nicht vollständig sind», fügt Dominique Bünzli hinzu. Die Ärztinnen und Ärzte wissen nicht, welche Dokumente sie im Dossier hinterlegen müssen und welche Verantwortung ihnen daraus entsteht, wenn die im EPD eingestellten Dokumente nicht vollständig sind. Um die Ärzte abzusichern, ist die Frage der beruflichen Sorgfaltspflicht zu klären.

Erforderliche Verbesserungen für ein zweckmässiges Werkzeug

Klinische Anwendungen, Interoperabilität, Hierarchisierung der Informationen und Vollständigkeit der Daten: Es gibt zahlreiche Punkte, die noch verbessert werden müssen. «Wir haben zwar den Eindruck, dass die Entscheidungsträger unsere wahren Bedürfnisse nicht kennen, dennoch ist das EPD eine gute Sache», sagt Vladimir Mayor. «Es könnte eine Kostensenkung ermöglichen und vernetztes Arbeiten erleichtern.» Bleibt nur zu hoffen, dass den Gesundheitsfachpersonen Gehör geschenkt wird und sie und die Patienten ein Werkzeug erhalten, das den Herausforderungen gewachsen ist. Und zwar je eher, desto besser.

Die Mühlen der Schweizer Politik mahlen zu langsam

... und in der Zwischenzeit gehen uns die Ärzte aus ...

Text: OMCT/Dr. med. Franco Denti



Seit knapp zehn Jahren fordern Leistungserbringer und ein Teil der Krankenversicherer die Überarbeitung des 2004 in Kraft getretenen TARMED. Auf Anraten von Bundesrat Alain Berset – hier bei einem Besuch im Berner Inselspital – hat der Gesamtbundesrat den Vorschlag für das neue TARDOC-Tarifsysteem jedoch mehrfach abgelehnt.

Bild: Keystone

Ständig steigende Kosten im Gesundheitswesen und die damit einhergehende Erhöhung der Krankenkassenprämien sind Themen, die bereits seit Jahren nicht nur die Schweizer Politik beunruhigen und beschäftigen. Die öffentlichen Ankündigungen und Absichtserklärungen müssen in der Bundesversammlung in entsprechende Entscheidungen umgesetzt und diese dann häufig auch noch vom Volk bestätigt werden. Unser föderalistisches System, in dem 26 Kantone unter Berücksichtigung ihrer regionalen Bedürfnisse und Rahmenbedingungen zur Anwendung des KVG angehalten sind, macht radikale und einschneidende Entscheidungen sehr schwierig. Die Suche nach Kompromissen, die letztendlich auch nicht bei allen auf Zustimmung stossen, ist einfach zu zeitaufwändig und geht zulasten von Bürgern, Versicherten, Patienten und Steuerzahlern. Und in der Zwischenzeit gehen uns die Ärzte aus ...

Seit knapp zehn Jahren fordern Leistungserbringer und Krankenversicherer eine vollständige Überarbeitung des 2004 in Kraft getretenen TARMED, da dieses Tarifsysteem von allen als mittlerweile veraltet erachtet wird. Auf Anraten von Bundesrat Alain Berset hat der Ge-

samtbundesrat den Vorschlag für das neue TARDOC-Tarifsysteem für ambulante medizinische Leistungen mehrfach abgelehnt. Wir hoffen, dass das TARDOC-System am 1. Januar 2025 endlich in Kraft tritt und dann durch ambulante Pauschalen ergänzt wird. Die neu gegründete Tariforganisation (Organisation für ambulante Arzttarife OAAT) wird für die Pflege und die Weiterentwicklung der neuen nationalen Tarifstrukturen für ambulante Leistungen zuständig sein.

Die Motion Humbel, mit der 2009 eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen vorgeschlagen wurde, ist gut zehn Jahre später vom Nationalrat angenommen worden. Der Bundesrat vertritt jedoch die Meinung, dass eine einheitliche Finanzierung in Zusammenarbeit mit den Kantonen umgesetzt werden sollte, zum Beispiel durch den Einbezug von Langzeitpflegeleistungen. Als Reaktion auf zwei Postulate erklärte der Bundesrat im Jahr 2020, dass dies bis 2025 möglich sein würde. Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK argumentiert jedoch dahingehend, dass eine einheitliche Finanzierung im ambulanten und stationären Bereich nur dann zu einer wirklichen Verbesserung führt, wenn auch

die Langzeitpflege in das Finanzierungsmodell einbezogen wird. Dies zeigt einmal mehr, wie komplex das System ist und wie schwierig es sich gestaltet, die Zustimmung aller Beteiligten zu erlangen. Wird die Umsetzung unter Umständen vielleicht auch erst 2030 erfolgen?

Und was passiert in der Zwischenzeit?

Die Zahl der Ärzte und des Gesundheitspersonals im Allgemeinen ist stark rückläufig. Hierfür gibt es ganz unterschiedliche Gründe: die Pensionierung älterer Ärzte, schlechte Arbeitsbedingungen aufgrund zunehmender Bürokratie, die Gefahr eines Burnouts aufgrund von Überlastung und ein Einkommen, das im Laufe der Jahre an Attraktivität verloren hat.

Daher ist es nur folgerichtig, auch im Tessin auf eine akademische Ausbildung mit dem neuen Master in Humanmedizin der Fakultät für Biomedizinische Wissenschaften der Università della Svizzera italiana (USI) zu setzen und die Zahl der Anmeldungen in Ausbildungsgängen für Krankenpflegepersonal weiter zu erhöhen. Dies sind wichtige Massnahmen, die jedoch die hohe Zahl der Berufsaussteiger nicht kompensieren können.

Glücklicherweise profitiert das Gesundheitswesen im Tessin von Grenzgängern aus dem benachbarten Italien. Aber wie lange noch? Italien ist wie Deutschland dabei, sich so aufzustellen, dass durch verbesserte Arbeitsbedingungen und höhere Löhne und Gehälter die eigenen Arbeitskräfte im Land gehalten werden. Wir haben nach wie vor einen gewissen Vorsprung, aber der schwindet langsam.

Die Mehrheit der Ärzte ist sich ihrer seinerzeit getroffenen berufsethischen Entscheidung für den Schutz und die Förderung der ihnen obliegenden primären Aufgaben sehr wohl bewusst. Seinem Selbstverständnis folgend, ist ein Arzt geneigt, all das zu tun, was er für die Gesundheit und das Wohl des Patienten als zuträglich erachtet. Immer schwieriger gestaltet sich jedoch für Ärzte die Vereinbarkeit ihrer Berufsethik mit der wirtschaftlichen Situation im Hinblick auf Investitionen und Rentabilität. Und auch die politischen Rahmenbedingungen, unter denen weder eine neue Ausrichtung im Umgang mit Fragen der Gesundheitsversorgung möglich ist noch mit aktuellen Entwicklungen und veränderten Patientenbedürfnissen Schritt gehalten werden kann, entsprechen nicht immer den berufsethischen Grundsätzen.

Die Uhr tickt! Wir Ärzte müssen den Politikern erklären, dass es nicht nur um Kosten und Krankenkassenprämien geht. Und wir müssen sie überzeugen, alles daranzusetzen, die seit jeher von Ärzten übernommene soziale Rolle zu erhalten und zu verhindern, dass unser Berufsstand auf das Niveau einer beliebigen Dienstleistung reduziert wird.