Gastkommentar

Die Dachverbände der kantonalen Ärztegesellschaften bündeln ihre Kräfte.
Seite 2

Zulassungssteuerung

Weniger Ärzte, weniger Kosten – so wollen Politiker sparen. Ärzte kritisieren das Vorgehen.
Seite 3

Vereinbarkeit

Immer mehr Ärztinnen und Ärzte geben den Beruf vorzeitig auf.
Seite 4

POLITIK+PATIENT

19. Jahrgang
Herausgeber: Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften 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 Ärztegesellschaften

Gesundheitskosten

Der Knall bleibt aus

Vertreter der Krankenkassen und der Politik sehen das Schweizer Gesundheitswesen seit über 20 Jahren vor dem Untergang. Der oft vorhergesagte Zusammenbruch ist aber nie eingetroffen.

Der oft vorhergesagte Zusammenbruch des Gesundheitswesens ist nie eingetroffen. Zwar gibt es Herausforderungen, trotzdem funktionieren die alltäglichen Abläufe im Gesundheitswesen. Bild: Keystone

«Wenn wir nichts unternehmen, fahren wir das Gesundheitssystem an die Wand», warnte eine Vertreterin eines grossen Dachverbands der Krankenversicherer unlängst. Sie steht mit ihrer Aussage nicht allein. Mit dem Kostendruck im Gesundheitswesen wird seit Jahren Stimmung gemacht. Medien greifen die Hiobsbotschaften gerne auf und berichten von «dramatischer Kostenentwicklung», «Kostenexplosion im Gesundheitswesen», «stürmischem Prämienherbst» und einer «besorgniserregenden Entwicklung». Dieser Diskurs ist nicht neu. Bereits im Abstimmungskampf über die Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1994 wurden Schlagworte wie die Prämienbelastung oder «ungebremstes Kostenwachstum» als Argumente ins Feld geführt – sowohl für als auch gegen die Einführung des KVG.

Fortsetzung auf Seite 2

Verbot oder Regulierung

Wie weiter in der Cannabispolitik?

Trotz Verbot konsumieren Tausende in der Schweiz regelmässig Cannabis als psychoaktive Substanz. Nun fordert eine parlamentarische Initiative des Berner Mitte-Politikers Heinz Siegenthaler, dass Anbau, Produktion, Handel und Konsum von THC-haltigem Cannabis gesetzlich neu geregelt werden. Durch die bisherige Repressionspolitik habe die mit Cannabis verbundene Kriminalität zugenommen und es entstünden soziale Probleme, die erhebliche Kosten verursachen.

In der Gesellschaft ist Cannabiskonsum heute recht breit akzeptiert. Doch rechtfertigt dies die Regulierung oder gar eine Legalisierung des Rauschmittels? Das Parlament meint eher ja – die Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit in beiden politischen Kammern haben dem Vorschlag der parlamentarischen Initiative zugestimmt. Demokratiepolitisch ist die Frage aber nicht so einfach zu beantworten. Im Jahr 2008 äusserten sich die Schweizerinnen und Schweizer zum letzten Mal zu diesem Thema. Die Volksinitiative «für eine vernünftige Hanf-Politik mit wirksamem Jugendschutz» hatte den straffreien Cannabiskonsum ab 18 Jahren sowie einen staatlich kontrollierten Handel mit Cannabisprodukten zum Ziel. Sie wurde an der Urne deutlich verworfen. Rund zehn Jahre zuvor war die Volksinitiative «Jugend ohne Drogen» zur Abstimmung gekommen. Sie verlangte unter anderem, der Bund müsse das Rauschgiftproblem «mit einer restriktiven, direkt auf Abstinenz ausgerichteten Drogenpolitik» bekämpfen. Auch diese Initiative wurde mit über 70 Prozent Nein-Stimmen abgelehnt.

Bevor Cannabis in der Schweiz legalisiert wird, kommt es vermutlich erneut zu einer Abstimmung. Dann muss das Volk entscheiden, ob die Zeit reif ist für eine neue Cannabispolitik.

Fortsetzung von Seite 1

Mit Statistiken Politik machen

Der Kostendruck im Gesundheitswesen wird seit Jahren gezielt instrumentalisiert. Bewusst werden Begriffe vermischt oder Zahlen gar absichtlich falsch dargestellt. Mit Statistiken wird heute Politik gemacht. An vorderster Front: das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Eine Grafik des BAG zeigt eine rote Diagonale, die suggeriert, dass der Prämienanstieg im Vergleich zum Wachstum des BIP pro Kopf enorm ist. Bewusst wird verschwiegen, dass die Grafik den Anstieg der sogenannten «Standardprämie» abbildet. In Realität haben im Jahr 2020 weniger als 15 % der Versicherten diese «Standardprämie» bezahlt. Der Prämienanstieg wird so absichtlich verzerrt dargestellt, um daraus Forderungen für gesundheitspolitische Reformen abzuleiten. Diese Strategie ist überaus erfolgreich.

Legitimation für mehr Staatsmedizin

Die Politik ist dem Ruf nach mehr staatlicher Intervention zur Dämpfung des Kostenanstiegs in grossem Umfang nachgekommen. Seit 2000 hat sich die Zahl gesundheitspolitischer Vorstösse verfünffacht. Die Gesetzestexte haben sich in dieser Zeit verdoppelt. Mehr staatliche Steuerung bringt aber nicht zwingend bessere Resultate. Dazu genügt ein Blick über die Landesgrenzen. Erfahrungen aus Deutschland, Grossbritannien oder den Niederlanden zeigen, dass trotz hoher Regulierung die Gesundheitskosten weiter steigen. Leidtragende der verfehlten Steuerung sind Patientinnen und Leistungserbringende gleichermassen. Patienten bezahlen höhere Beiträge und haben einen eingeschränkteren Zugang zu medizinischen Leistungen. Und Leistungserbringende müssen deutlich mehr Zeit aufwenden für administrative Arbeiten.

Einkommen wachsen stärker als Prämien

Die aktuelle Gesundheitspolitik hat so eine Regulierungsmaschinerie angestossen. Diese läuft auf Hochtouren und fördert inzwischen auch Vorstösse, die an die Substanz gehen. Zum Beispiel die neuen Zulassungsregelungen, die nach fünf Monaten für drei Fachgebiete bereits wieder gelockert werden mussten. Doch vom viel besagten Knall fehlt bislang jede Spur. Befürworter dieser Vorstösse argumentieren mit populistischen Mythen. Das bekannteste Beispiel: Schweizer Haushalte können Prämien nicht mehr finanzieren. Der Blick in die Daten zeigt ein differenzierteres Bild. Krankenkassenprämien belasten durchschnittliche Haushalte weit weniger stark als oft kolportiert. Für die Grundversicherung beträgt sie gemäss dem Bundesamt für Statistik aktuell 6,7 Prozent. Nach allen Ausgaben können private Haushalte heute pro Monat im Schnitt mehr als 1800 Franken bei Seite legen.

Mit dem Gesundheitssystem zufrieden

Die Finanzierbarkeit der Prämien ist – anders als uns dies zahlreiche Exponenten einreden – gesichert. Unser Gesundheitswesen ist krisenresistent, und die meisten Patientinnen und Patienten sind zufrieden. So bewerten im jüngsten Gesundheitsmonitor (2022) nicht ganz zwei Drittel der Befragten, die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens als sehr gut oder eher gut. International betrachtet ein herausragender Wert. Patientinnen und Patienten wissen den leichteren Zugang zu medizinischen Leistungen und die vergleichsweise kurzen Wartefristen zu schätzen. Und die Qualität der medizinischen Versorgung stimmt. Ein starker Indikator dafür sind die «vermeidbaren Todesfälle» pro Jahr. Hier weist unser Gesundheitswesen europaweit die tiefste Quote aus.

Gesundheitspolitischer Lichtblick

Die Untergangsrhetorik ist übertrieben und realitätsfern. Gleichwohl brauchen wir kluge, weitsichtige Entscheide und gezieltes Handeln der Behörden. Auch wenn für die meisten Haushalte die Prämien bezahlbar bleiben, brauchen Personen und Familien mit kleinem Budget Unterstützung – mit Prämienverbilligungen. Das ist für die Ärzteschaft unbestritten. Hier stehen Bund und Kantone, wie bei vielen anderen gesundheitspolitischen Geschäften auch, in der Pflicht. Seit Jahren macht sich die Ärzteschaft für die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) stark. EFAS brächte jährliche Einsparungen von einer Milliarde Franken und würde Versorgungsmodelle wie die integrierte Versorgung fördern. Eine sinnvolle Lösung, ohne Einbusse für Patientinnen und Patienten. Die Vorlage wurde vor über 14 Jahren im Parlament eingereicht. Ihr Durchbruch scheint nah: Nach Bundesrat und Ständerat hat sich auch die nationalrätliche Gesundheitskommission für EFAS ausgesprochen. Dieser Entschied macht zuversichtlich.

Gastkommentar

Die regionalen Dachorganisationen arbeiten im Interesse aller

Die Organisationen VEDAG (Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften, www.vedag.ch), SMSR (Société médicale de la Suisse romande, www.smsr.ch) et OMCT (Ordine dei medici del Canton Ticino, www.omct.ch) decken sämtliche Kantone der Schweiz ab. Sie haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Zusammenarbeit zwischen den kantonalen Ärzteverbänden, die sie vertreten, zu fördern.

Ihr Ziel ist in erster Linie, Synergien zwischen den bestehenden Organisationen zu schaffen und nicht, neue Verbände zu gründen. Es geht darum, Kompetenzen zu erfassen, zu nutzen und auszutauschen; aber auch darum, gemeinsam Prioritäten zu definieren und zusammen zu agieren, indem Kräfte gebündelt werden. Bislang spielte sich das vor allem auf **regionaler** Ebene ab.

Dank der bemerkenswerten Qualität, Offenheit und Dynamik der Beziehungen, die sich seit einiger Zeit persönlich und direkt zwischen den Präsidien der Dachverbände und den Sekretariaten entwickelt haben, ermöglicht diese **Plattform** künftig auch eine verstärkte **nationale Zusammenarbeit**. Diese dürfte für mehr Klarheit und Effizienz sorgen. Das sollte natürlich zur Unterstützung der FMH geschehen, die die gesamte Ärzteschaft auf nationaler Ebene vertritt und der unsere Organisationen angeschlossen sind.

Das ist aktuell besonders wichtig; denn das eidgenössische Parlament nimmt eine **neue**, wegweisende **Legislaturperiode** in Angriff, und es steht unter Druck, Reformen im Gesundheits- und Krankenversicherungssystem voranzutreiben. Die vereinte Stimme der Ärztinnen und Ärzte ist von entscheidender Bedeutung, um sich Gehör zu verschaffen und um sich in die Diskussion einzubringen mit ihrem Fachwissen, ihren Vorschlägen und ihrer Kenntnis über die Berufspraxis und die Patientinnen und Patienten, um die sie sich tagtäglich kümmern.

Dres med. Aldo Kramis, Philippe Eggimann und Franco Denti, Präsidenten VEDAG, SMSR und OMCT

Ärztestopp: kompliziert und riskant

Weniger Ärzte, weniger Gesundheitskosten – mit dieser Formel wollen Politiker im Gesundheitswesen sparen. Ärztinnen und Ärzte kritisieren das Vorgehen. Im schlimmsten Fall riskiert die Politik eine Unterversorgung.

Die aktuelle Zulassungssteuerung führt zu einer schlechteren Versorgung und zu längeren Wartezeiten für Patientinnen und Patienten. Auffangen müssen diese Situation Hausärzte oder die Notfallstationen in den Spitälern. Bild: Keystone

Die nationale Politik will die Gesundheitskosten der Schweiz besser in den Griff bekommen. Ein mögliches Instrument dafür: die Zahl neuer Ärztinnen und Ärzte begrenzen. Wenn weniger Leistungserbringer über die obligatorische Krankenkasse abrechnen, entstehen weniger Kosten, so die Grundannahme der Gesundheitspolitiker.

Im Jahr 2020 genehmigte das Parlament eine entsprechende Verordnung. Deshalb dürfen die Kantone seit Anfang dieses Jahres die Zulassung ambulanter Ärztinnen und Ärzte beschränken, wenn in einem Fachgebiet eine definierte Höchstzahl erreicht wird. Ein neuer Arzt wird erst zugelassen, wenn ein anderer aus dem Beruf aussteigt. Für die Festlegung dieser Zahlen haben die Kantone Zeit bis Juni 2025. In mindestens einem Fachbereich mussten sie aber bereits bis Mitte 2023 Höchstzahlen definieren.

Komplizierte Berechnung

Befürworter der Massnahme sind unter anderem Kantone und Versicherer. Die Verbände der Ärztinnen und Ärzte hingegen bewerten diese Art der Zulassungssteuerung kritisch. Unter anderem wegen der komplizierten Methode, mit der die Kantone ihre jeweiligen Höchstzahlen berechnen sollen. Sie beruht auf einem Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan). Darin sind die aktuellen ambulanten Versorgungsgrade in den Kantonen als Prozentwert angegeben; dieser Wert drückt den Vergleich zum nationalen Durchschnitt aus: Ist er über 100 Prozent, ist die Versorgung im Kanton höher als im Schweizer Durchschnitt. Liegt der Wert unter 100 Prozent, ist die Versorgung unter dem landesweiten Mittel.

Die Berechnungsmethode beruht auf der Annahme, die durchschnittliche Versorgung in einem Fachgebiet entspreche tatsächlich dem Bedarf. Das stimmt bekanntermassen nicht: In der Pädiatrie oder in der Psychiatrie zum Beispiel ist die Schweiz bereits heute stark unterversorgt. Richten sich die Kantone also nach diesem Wert, wird die Unterversorgung zementiert – eine gefährliche Entwicklung für Patientinnen und Patienten. Auch gewisse Vorsorgeuntersuchungen könnten aufgeschoben oder ausgelassen werden, wenn weniger Spezialisten zugelassen werden. Mit der Konsequenz, dass gravierende Krankheiten zu spät bemerkt werden und dann erst recht mit hohen Kosten zu Buche schlagen. Auffangen müssen diese Situation Hausärzte oder die Notfallstationen in den Spitälern; also genau die Stellen, die im Schweizer Gesundheitswesen ohnehin überlastet sind.

Karriereplanung wird unmöglich

Die Zulassungssteuerung wird auch kritisiert, weil sie die Wahlfreiheit von Ärztinnen und Ärzten bezüglich Spezialisierung und Niederlassung einschränkt. Die Facharztausbildung dauert mindestens fünf oder sechs Jahre. Ändern sich während dieser Zeit die Bestimmungen, ist eine Karriereplanung für angehende Ärzte unmöglich. Sogar von einem faktischen Berufsverbot für bestimmte Spezialisierungen ist die Rede.

Stimmt die Grundannahme?

Schliesslich ist auch die Grundannahme des Zulassungsstopps zu hinterfragen: Lassen sich die Menschen tatsächlich häufiger behandeln, wenn es viele Ärzte gibt? Das würde bedeuten, dass nicht die Nachfrage das Angebot definiert, sondern umgekehrt. Der internationale Vergleich zeigt ein anderes Bild: Gemäss der OECD-Studie «Health at a glance» 2019 gehen Schweizerinnen und Schweizer durchschnittlich nur ca. viermal pro Jahr zum Arzt – trotz hoher Ärztedichte. In der OECD liegt der Schnitt bei 6,8 Besuchen. Die Studie vergleicht Schlüsselindikatoren für die Gesundheit der Bevölkerung und die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern.

Ärzte unterstützen Kriterien zur Verbesserung der Qualität

Ärztinnen und Ärzte sind nicht per se gegen eine Zulassungssteuerung: Die zwei anderen Zulassungskriterien, die primär die Versorgungsqualität sichern wollen, werden von den Berufsverbänden unterstützt: drei Jahre Tätigkeit an einer anerkannten Schweizer Weiterbildungsstätte im beantragten Fachgebiet und eine hohe Sprachkompetenz, die vor Berufsantritt mit einer Prüfung in der Schweiz nachzuweisen ist.

Nach Intervention der Ärzteschaft merkte die Politik jedoch, dass in Fachgebieten, die jetzt schon unterversorgt sind, Ausnahmen gelten müssen. Für Allgemeine Innere Medizin, praktische Ärzte, Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie wurde diese Regel deshalb schon wieder gelockert.

Wenn reine Höchstzahlen definiert werden, könnte eine Zwei-Klassen-Medizin resultieren, in der nur noch Zusatzversicherte in nützlicher Frist einen Termin beim Spezialisten erhalten.

Ärztinnen und Ärzte haben ein Recht auf ein Privat- und Familienleben. So liesse sich erreichen, dass hoffentlich weniger Arbeitskräfte den Beruf frühzeitig verlassen. Bild: iStock

Vereinbarkeit

Wegleitung zu mehr Balance

Vielerorts wird dringend nach Ärztinnen und Ärzten gesucht. Trotzdem geben immer mehr von ihnen den Beruf vorzeitig auf – wegen Überlastung, gesundheitlichen Problemen, zu viel Bürokratie. Wie kann man dem entgegenwirken? Ansätze zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.

Überlange Arbeitstage, hohe Arbeitsbelastung, ausufernde Bürokratie: Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz haben oftmals wenig attraktive Arbeitsbedingungen. Der Missstand ist seit Jahren bekannt und wird von diversen Studien bestätigt, zuletzt von der neusten Befragung des Verbands der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) vom Mai 2023. Viele Ärztinnen und Ärzte bewegen sich am Rande eines Burnouts oder anderer gesundheitlicher Probleme. Und viele steigen aus und hängen ihren Beruf an den Nagel – besonders fatal in einer Zeit des akuten Fachkräftemangels.

Wie können wir die dringend benötigten Arbeitskräfte im Beruf halten? Die vielgescholtene Work-Life-Balance ist zu einem abgedroschenen Begriff geworden, so dass man sie kaum mehr zitieren mag. Dennoch liegt hier einer der Schlüssel zur Verbesserung der Situation: Beruf und Privat-/Familienleben müssen besser vereinbar werden.

Mehr Bewusstsein schaffen

Wie das gelingen kann, darauf geht eine Wegleitung der Fachhochschule Nordwestschweiz ein. Das Dokument ist aus einer Zusammenarbeit mit Schweizer Spitälern und einer Rehaklinik entstanden und wurde im März 2023 publiziert. Die Antwort ist vielschichtig: Das Problem ist nicht nur struktureller Art, sondern es geht auch um Strategie, Prozesse und Kultur. Was bedeutet das? Es braucht ein grundsätzliches Umdenken, so die Autorinnen. Interessen und Tätigkeiten ausserhalb des Berufs müssen für Ärztinnen und Ärzte positiver bewertet und anerkannt werden. Anders formuliert: Auch Mediziner haben ein Leben neben der Arbeit. In Spitälern herrscht oft noch die Einstellung vor, dass die hohe Belastung und die unbegrenzte Leistungsbereitschaft zum ärztlichen Beruf dazugehören.

Auch die Patienten profitieren

Wesentlich besser vereinbaren lassen sich Beruf und Privatleben, wenn man Teilzeit arbeiten kann. In den allermeisten Fällen wird diese Möglichkeit für die Familienarbeit und Kinderbetreuung genutzt. Teilzeitarbeit sollte aber unabhängig davon für alle möglich sein. Denn: Ist die Ärztin oder der Arzt ausgeruht und ausgeglichen, ist das auch ein Vorteil für die Patienten.

Hier ist tatsächlich bereits eine positive Entwicklung festzustellen: Der Anteil der Teilzeit arbeitenden Ärztinnen und Ärzte steigt. So gaben bei der VSAO-Befragung 2019 27 Prozent an, in einem Teilzeitpensum tätig zu sein. Diese Zahl stieg bei der neusten Befragung 2023 auf 33 Prozent. Notabene: Ein Vollzeitpensum von Assistenzärztinnen und -ärzten beträgt zurzeit 50 Stunden – darin inbegriffen sind vier Stunden Weiterbildung. Gemäss verschiedenen Umfragen können über die Hälfte aller Assistenzärzte diese Arbeitszeit aber nicht einhalten. Sie arbeiten durchschnittlich über elf Stunden pro Tag. Auch nach der Assistenzzeit sind Vollzeitpensen von 55 Stunden pro Woche die Regel – je nach Spezialisierung auch deutlich mehr.

Teilzeitarbeit als Chance

Um Teilzeitarbeit erfolgreich umzusetzen, muss sie als Chance und nicht als Hindernis gesehen werden. Dazu muss die Arbeit optimal organisiert werden. Zum Beispiel die Übergabe am Ende der Schicht: Alle notwendigen Informationen und pendenten Aufgaben müssen weitergegeben werden, effizient und lückenlos. Nur so kann auch sogenanntes Top-Sharing – das Aufteilen einer Kader- oder Führungsposition – gelingen.

Mehr Teilzeitstellen schaffen und ein Wertewandel, der das Privat- und Familienleben höher gewichtet: Das sind nur zwei von vielen möglichen Massnahmen, damit auch Ärztinnen und Ärzte Beruf sowie Privat- und Familienleben besser vereinbaren können. Und damit hoffentlich weniger Arbeitskräfte den Beruf frühzeitig verlassen.