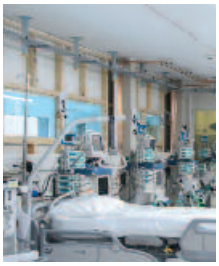


Gastkommentar

Yvonne Gilli, Präsidentin der FMH, über die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Seite 2



Fachkräftemangel im Gesundheitswesen

Die Corona-Pandemie hat gezeigt: Es braucht jetzt mehr Gesundheitsfachpersonen. Zwei Interviews. Seite 1 + 3



Corona und die Ungleichheit

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie treffen nicht alle gleichermassen. Seite 4

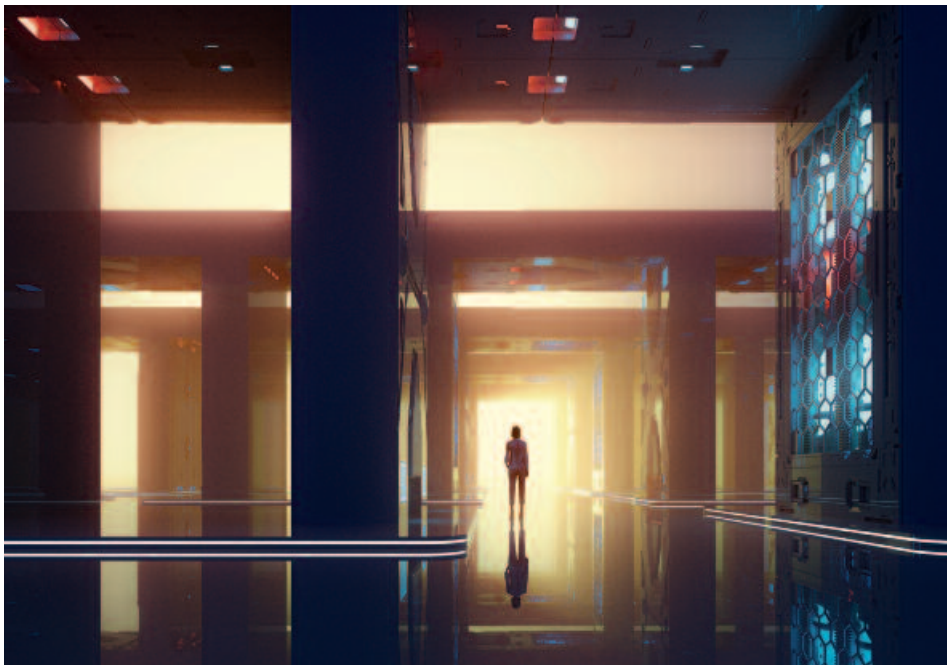
POLITIK+PATIENT

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

Sparpläne des Bundesrats

Arztpraxis im Jahr 2030: Eine Schreckensvision

Die aktuell diskutierten gesundheitspolitischen Vorlagen hätten schwerwiegende Folgen für Ärzteschaft und Patienten. Wir werfen einen Blick in eine mögliche düstere Zukunft.



In einem düsteren zukünftigen Jahr 2030 haben die gesundheitspolitischen Massnahmen der 2020er-Jahre die Arzt-Patienten-Zeit durch Budgetvorgaben streng begrenzt und durch Unmengen an Administration ersetzt. Das beste Gesundheitssystem Europas, das die Schweiz zu Beginn der 2020er Jahre noch war, ist zu einer anonymen Bürokratie-Einöde verkommen. Bild: iStock

Freitagmorgen, 8 Uhr, am 15. März 2030. Dr. med. Monika Meier schliesst die Tür zur Grosspraxis auf. Hier arbeitet die 35-Jährige als eine von vier angestellten Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin. Eigentlich hatte sie sich immer gewünscht, so praktizieren zu können wie früher ihr Vater, der ebenfalls Arzt war. Er kannte seine Patienten, betreute sie manchmal über viele Jahre hinweg, sie vertrauten ihm. Seither hat sich einiges verändert. Ärztinnen und Ärzte müssen unzählige Vorgaben erfüllen und Auflagen berücksichtigen. Der direkte Kontakt zu den Patienten hingegen wird immer kürzer. Die straffe Tagesplanung lässt keine Verzögerungen zu.

Fortsetzung auf Seite 2

Fachkräftemangel im Gesundheitswesen

Mehr Ausbildungsplätze, bessere Arbeitsbedingungen

Seit Jahren wird der Mangel an Pflegepersonal sowie Ärztinnen und Ärzten verschiedener Disziplinen in der Schweiz beklagt. Woher kommt dieser Mangel, und wie kann man ihm begegnen?

Die Corona-Pandemie hat gezeigt: Es braucht jetzt mehr Gesundheitsfachpersonen. Wir haben mit Yvonne Ribi, Geschäftsführerin des Berufsverbands der Pflegefachleute, und Aldo Kramis, Co-Präsident des Verbands Deutschschweizer Ärztegesellschaften VEDAG, darüber gesprochen, wie sie die Situation erleben und wo sie Handlungsbedarf sehen.

Yvonne Ribi, Ihr Verband thematisiert seit Jahren die schwierigen Arbeitsbedingungen und den Personalmangel in den Pflegeberufen. Ende 2017 haben Sie die Volksinitiative für eine starke Pflege eingereicht. Hat sich die Situation durch die Pandemie verschärft, oder hat sich nur der öffentliche Diskurs gewandelt?

Yvonne Ribi: Die Situation in der Pflege war auch vor der Pandemie sehr angespannt. Wir bilden nicht einmal die Hälfte der diplomierten Pflegefachpersonen aus, die wir brauchen. Rund 46 % der Ausgebildeten steigen während des Berufslebens aus dem Beruf aus. Bis 2030 würden zusätzlich 65'000 Pflegende gebraucht – wir steuern auf einen Pflegenotstand zu. Durch die Pandemie wurde die Systemrelevanz der Pflegearbeit in den Fokus gerückt. Und es wurde deutlich, dass das Nadelöhr zur Bewältigung einer

Fortsetzung auf Seite 3

Fortsetzung von Seite 1

Monika Meier hatte Glück, dass in ihrem Wohnkanton noch Ärzte ihrer Fachrichtung zugelassen wurden, als sie auf Arbeitssuche war. Inzwischen hat der Kanton die Hürden für junge Ärztinnen und Ärzte deutlich erhöht. So sollen Gesundheitskosten eingespart werden.

*

Zum Praxisteam gehören nicht nur Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen, sondern auch viele administrative Mitarbeitende. Die gesundheitspolitischen Massnahmen der 2020er-Jahre haben ganz neue Aufgabenbereiche geschaffen. Zum Beispiel der Qualitätsbeauftragte: Er erledigt alle Arbeiten rund um die vorgeschriebene ISO-Zertifizierung der Praxis. Eine weitere Mitarbeiterin kümmert sich um die Registrierung der Praxis als Erstberatungsstelle resp. Hausarztpraxis, wie es früher hiess. Das ist sehr wichtig, weil ein grosser Teil der Praxiseinnahmen daraus resultiert: Für jede versicherte Person, die die Praxis als Erstberatungsstelle bei ihrer Krankenkasse registriert, wird eine jährliche Pauschale ausbezahlt. Dr. Meier findet es zwar stossend, dass der Leiter der Grosspraxis manchmal Wege findet, ältere und chronisch kranke Patienten abzulehnen. Aber sie versteht die Strategie: Junge, gesunde Patienten nehmen bei gleichbleibender Pauschalentschädigung weniger Leistungen in Anspruch.

Die erste Patientin, die Dr. Meier heute empfängt, ist aber eine privat versicherte Frau. Sie wurde gern aufgenommen, obwohl sie 77-jährig ist und verschiedene Vorerkrankungen hat. Denn die Entschädigung, die die Praxis erhält, ist bei privat Versicherten etwas höher. Danach steht eine 35-minütige telemedizinische Konsultation auf dem Programm. Die Digitalisierung macht zwar viele Arbeitsabläufe effizienter. Dennoch bleibt selten genug Zeit, dass Dr. Meier sich so um ihre Patienten kümmern kann, wie sie es gern möchte.

*

Alle Leistungserbringer, also Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Pflegeheime, Physiotherapeutinnen, Labors, erhalten ein so genanntes «Wachstumsziel» – faktisch eine zwingende Budgetvorgabe. Am Ende des Quartals rückt dieses Ziel, eine eigentliche Deckelung, immer näher. Monika Meier und ihre Kollegen dürfen dann nicht mehr alle Patienten behandeln, um keine das Wachstumsziel überschreitenden Kosten zu generieren.

Manchmal muss die Praxis sogar einige Tage komplett schliessen. Die Patienten müssen halt warten. Auch deshalb ist es nicht sinnvoll, zu viele ältere oder chronisch Kranke aufzunehmen – aufwändige Fälle sprengen bald einmal die Budgetvorgaben. Ganz zu schweigen von der strengen Überprüfung der Krankenkassen, falls ein Behandler in einem Quartal überdurchschnittlich hohe Rechnungen ausweist. Zu beweisen, dass der Mehraufwand medizinisch gerechtfertigt war, ist eine immense Arbeit. Das kann sich die Praxis finanziell einfach nicht leisten.

*

Einige von Monika Meiers allgemein versicherten Patienten mussten so lange auf einen Termin warten, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlimmerte. So kann aus einem eigentlich harmlosen Unfall – zum Beispiel ein Diabetiker, der sich mit einem Messer verletzt hatte – ein schwerwiegender gesundheitlicher Problemfall werden. Dr. Meier schickt diese Patienten dann in die Notaufnahme des Spitals, weil meistens ein stationärer Aufenthalt nötig ist. Das spart zwar keine Kosten, aber so funktioniert das System.

*

Die Einführung der verbindlichen Kostenziele hat das Schweizer Gesundheitswesen tiefgreifend verändert. Zuvor hatte die Schweiz im internationalen Vergleich regelmässig gute Noten für die Qualität und den Zugang zum Gesundheitssystem erhalten. Inzwischen ist sie ins Mittelfeld abgerutscht. Patienten müssen teilweise Wochen oder gar Monate warten, bis sie einen Termin beim Spezialisten erhalten oder für einen Eingriff ins Spital können.

Das Kostenwachstum im Gesundheitswesen wurde trotzdem nicht gebremst. Die Prämien für die Bevölkerung jedenfalls steigen im Jahr 2030 wieder stark an. Gründe sind die demografische Entwicklung, der Fortschritt in der Medizin und die zunehmende Administrativarbeit. Um genau zu wissen, wer wo was ausgibt, müssen riesige Datenmengen erfasst und ausgewertet werden. Nicht nur jede Praxis und jedes Spital muss dafür zusätzliches Personal beschäftigen, sondern auch die kantonalen und die eidgenössischen Verwaltungen. Das frisst einen beachtlichen Teil der Einsparungen wieder auf oder übersteigt diese sogar.

*

Nach einem langen Tag schliesst Monika Meier abends die Tür zum Sprechzimmer ab. Sie ist müde. Als Ärztin steht sie tagtäglich unter grossem Zeit- und Kostendruck. Während den Gesprächen mit ihren Patienten hört sie im Hinterkopf die Uhr ticken. Die geltenden Tarife lassen es kaum zu, mit den Patienten mehr als zwei Worte zu wechseln. Sie denkt oft an die Hausarztpraxis, in der ihr Vater gearbeitet hatte. Er konnte sich auch mal länger mit einem Patienten unterhalten, wenn er dies als nötig erachtete, musste keine Patienten ablehnen und auch nicht tagelang seine Praxis schliessen, wenn das Budget aufgebraucht war.

Ärztinnen und Ärzte hatten gewarnt, dass das Globalbudget niemandem dienen würde. Nicht den Ärzten, nicht den Prämienzahlern und schon gar nicht den Patienten. Schade, denkt Monika Meier. Die Politiker können nicht sagen, sie hätten es nicht besser gewusst.

Dieser Text ist in Zusammenarbeit mit der Aerztegesellschaft des Kantons Bern entstanden. Er erscheint gleichzeitig im Magazin doc.be 2/21.

Gastkommentar: Digitalisierung im Gesundheitswesen

Achtung, fertig, los!

Die Pandemie mit Covid-19 zeigt den Rückstand der Schweiz in der Digitalisierung. Ohne digitale Unterstützung stehen keine Algorithmen für Modellrechnungen zur Verfügung, mit Hilfe derer wir Erkrankungsrisiken und Wirksamkeit von Massnahmen antizipieren können. Dafür muss die Wissenschaft sich auf solide Daten abstützen, die im direkten Patientenkontakt und im medizinischen Labor erfasst und weitergeleitet werden. Gesundheitsfachleute sind darauf angewiesen, dass ihnen praktikable digitale Werkzeuge zur Verfügung stehen. Praktikabel heisst, dass die Handlungsabläufe im medizinischen Alltag administrationsarm unterstützt werden.

Spätestens nach dem Debakel mit der Datensicherheit des Impfpasses wissen wir, dass es vor dem Start in die Digitalisierung Vorbereitungsaufgaben zu erledigen gibt. Losrennen genügt nicht. Das hat 2015 die politische Verabschiedung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier gezeigt. Innerhalb nur eines Jahres passierte dieses Gesetz unbestritten das Parlament. 2021 bleibt der Besitz eines elektronischen Dossiers für fast alle Patienten immer noch Wunschtraum. Den Ärztinnen droht ein administrativer Albtraum. Die digitalen Pannen, welche im Rahmen der Pandemiebewältigung Aufmerksamkeit erlangen, überraschen nicht.

Die Schweiz hat im Gegensatz zu den führenden Ländern kaum öffentliche Mittel in die digitale Transformation investiert. Covid-19 bietet die Chance, Fortschritt zu erzielen. Wirksam werden nächste Schritte sein, wenn sie zusammen mit den Gesundheitsfachpersonen umgesetzt werden, welche sie im Alltag anwenden. Aber genau hier gibt es eine schmerzhafte Bewusstseinslücke. Weder der Impfpass noch die Meldesysteme bei der Betestung, Erfassung der Erkrankung oder im Registrationsprozess zur Impfung sind nutzenbringend standardisiert. Mit dem Willen zur Zusammenarbeit könnten diese Mängel schnell behoben werden.



Dr. med. Yvonne Gilli
Präsidentin FMH



In der Corona-Pandemie wurde besonders deutlich: Im Ernstfall mangelt es in der Schweiz weniger an den Apparaturen als an den Fachkräften, die sie bedienen – und zwar sowohl in den Pflegeberufen als auch in vielen ärztlichen Fachrichtungen.

Bild: Keystone

Fachkräftemangel im Gesundheitswesen

Fortsetzung von Seite 1

Pandemie im Gesundheitswesen nicht bei den Maschinen liegt, sondern beim fehlenden Personal; besonders sichtbar ist dies in der Intensivpflege.

Die Löhne scheinen nicht der Hauptgrund zu sein, dass Fachkräfte fehlen und Pflegefachkräfte sich beruflich umorientierten, wie jüngst eine Einordnung in der NZZ zeigte.[1] Worauf führen Sie den Personalmangel beim Schweizer Pflegepersonal zurück?

Zum einen bilden wir zu wenig Leute aus, zum anderen ist die Berufsverweildauer zu kurz. In Befragungen geben ehemalige Pflegefachpersonen emotionale Erschöpfung als Hauptgrund für den Berufsausstieg an: Ständiger Zeitdruck und zu knappe Stellenpläne führen dazu, dass man nicht die Arbeit leisten kann, die man gelernt hat. Aus einer Studie vom letzten Frühling wissen wir, dass rund 30 % der befragten Pflegenden Anzeichen von Burnout haben. Dass man aus dem Beruf aussteigt, um die eigene Gesundheit zu schützen, ist eine Konsequenz daraus.

Wo sehen Sie besonders grossen Handlungsbedarf?

Natürlich braucht es eine Ausbildungsoffensive, aber man muss auch schauen, dass die Leute im Beruf bleiben. Und das erreicht man, indem man in allen Institutionen mehr Personal zur Verfügung stellt. Das führt zu einer besseren Pflegequalität und zu einer höheren Patientensicherheit. Und die Arbeitsbedingungen – dazu gehören schon auch die Löhne, Arbeit auf Abruf, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Zeitzulagen, Ferien und so weiter – müssen dahingehend angepasst werden, dass sie der Verantwortung entsprechen, die eine Pflegefachperson trägt.

Was wünschen Sie sich von der Politik?

Ich wünschte mir, dass die Politik wirksame Massnahmen ergreift, um nachhaltig dafür zu schauen, dass man den Pflegeberuf – ein wunderschöner Beruf – ein Leben lang gesund und motiviert ausüben kann.

Yvonne Ribi ist Geschäftsführerin des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI.

Aldo Kramis, auch die Ärzteschaft macht schon seit Jahren auf Nachwuchsmangel in der Schweiz aufmerksam. In welchen Fachdisziplinen ist der Mangel besonders gravierend?

Aldo Kramis: Im Bereich der Grundversorgung, also in der Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie und in gewissen chirurgischen Disziplinen, ist der Mangel nachgewiesen. Ebenso in der Gastroenterologie. In kleineren Fächern, in denen man leichter Teilzeit arbeiten kann, gibt es aktuell ausreichend Fachkräfte.

Woran liegt das?

Immer mehr jüngere Fachärztinnen und -ärzte wollen Teilzeit arbeiten. Dadurch werden Fächer, die eine 24-Stunden-Präsenz verlangen, weniger interessant. Es gibt immer mehr Sub-Spezialisierungen und Gruppenpraxen, in denen Teilzeitarbeit möglich ist. Obwohl deutlich mehr Mediziner/-innen ausgebildet werden, sind es immer noch zu wenig: Mit der heutigen Teilzeittätigkeit braucht es drei bis vier Fachpersonen, um einen älteren, erfahrenen Hausarzt zu ersetzen. Ausserdem wurden Kliniken und Ambulatorien ausgebaut, wodurch es auch überall mehr Personal braucht.

Wo sehen Sie besonders grossen Handlungsbedarf?

Wir haben immer noch den Numerus Clausus; nur ein Bruchteil der Interessierten wird zum Medizinstudium zugelassen. Der Fachkräftemangel sollte dazu anregen, dieses System zu hinterfragen. Zudem gibt es immer mehr administrativen Aufwand, Kontrollmechanismen und Regulierungen. Assistenzärzte sind 60–70 % ihrer Arbeitszeit damit beschäftigt, administrative Aufgaben zu erledigen. Für viele dieser Aufgaben ist ärztliche Kompetenz kaum notwendig. Pflegende mit Masterabschluss, beispielsweise Advanced Practice Nurses (APN), könnten hier in den Praxen integriert werden und mehr Verantwortung im Chronic care management übernehmen.

Was wünschen Sie sich von der Politik im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel bei der Ärzteschaft?

Es müssen genügend Fachpersonen ausgebildet werden, die Administration darf nicht ständig weiter ausgebaut werden, Medizinische Praxiskoordinatorinnen (MPK) und APN sollten in der Praxis anerkannt werden. Allgemein braucht es eine sinnvolle, gerechte und vorausschauende Versorgungsplanung im Gesundheitswesen.

Aldo Kramis ist Co-Präsident des Verbands Deutschschweizer Ärztegesellschaften VEDAG.

[1] www.nzz.ch/schweiz/pflege-sind-die-loehne-in-der-schweiz-wirklich-so-tief-ld.1589717

Corona und die Ungleichheit

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie treffen nicht alle gleichermassen. Personen mit tiefem Einkommen sind stärker ausgesetzt – auch in Hinblick auf die Gesundheit. Und dabei geht es nicht um Ansteckungsgefahr.



Tscharnergut, Plattenbausiedlung in Bern. In einer engen Wohnung mit mehreren Kindern sind die Auswirkungen der Pandemie anders spürbar als in einer Villa mit Garten. Und die Unterschiede der Corona-Konsequenzen in ungleichen Gesellschaften gehen noch viel weiter als das. Bild: Keystone

Die Corona-Pandemie fühlt sich nicht für alle gleich an. Im grosszügigen Appartement lässt sich Quarantäne mit mehr Komfort ertragen als im Single-Studio. Eine Familie in einer Villa kann Homeoffice und Homeschooling besser vereinen als eine alleinerziehende Mutter in einer 2,5-Zimmer-Wohnung. Das hat nachhaltigen Einfluss auf die beruflichen Chancen der Eltern und die schulischen Leistungen der Kinder.

Eine Studie der Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich und der Universität Lausanne zeigt, dass die Pandemie bestehende Ungleichheiten generell verschärft: Wohlhabende Haushalte konnten ihre Ausgaben während der Pandemie stärker senken als schlechtsituierte Haushalte. Sie waren halb so oft von Arbeitslosigkeit betroffen. Und sie konnten ihre Ersparnisse eher ausbauen, während das Gesparte ärmerer Haushalte deutlich abnahm.

Ähnliche Infektionszahlen, höhere psychische Belastung

Die neue pandemiebedingte Ungleichheit betrifft auch die Gesundheit; es ist allerdings nicht so einfach, wie vermutet werden könnte: Isabel Martínez von der Konjunkturforschungsstelle der ETH weist darauf hin, dass bei der Anzahl an COVID-19-Infektionen in der Schweiz keine deutlichen Unterschiede zwischen arm und reich festzustellen sind. Zwar minimiert Homeoffice die Infektionsgefahr, die Arbeit an der Supermarktkasse hingegen erhöht sie. Ein Teil der Menschen mit tiefem Haushaltseinkommen lebt aber von staatlichen Unterstützungsleistungen und Renten und ist tendenziell eher isoliert – das senkt wiederum die Ansteckungsgefahr.

Es zeigt sich aber, dass die psychische Gesundheit von Personen mit tiefem Einkommen stärker leidet: Die subjektive Gemütsverfassung hat sich seit Ausbruch der Pandemie zunehmend verschlechtert. Auch den allgemeinen Gesundheitszustand schätzen Angehörige ärmerer Haushalte als schlechter ein, so Martínez. Die Langzeitfolgen der Pandemie auf die Gesundheit ärmerer Bevölkerungsschichten lassen sich gar erst in einigen Jahren abschätzen.

Armut ist ein Gesundheitsrisiko

Eines ist indes schon klar: Nach wie vor ist Armut ein Gesundheitsrisiko. Und umgekehrt Krankheit ein Armutsrisiko, so der emeritierte Soziologe Ueli Mäder. Er konstatiert: «Mit sinkenden Einkommen steigen gesundheitliche Beeinträchtigungen. Und Corona verstärkt tendenziell bestehende Risiken.» Die Pandemie betrifft zwar alle, aber eben unterschiedlich.

Die Gesellschaft kann diesen Umstand bekämpfen. Mäder zeigt sich beeindruckt «von der hohen Bereitschaft breiter Bevölkerungskreise, sich erheblich einzuschränken, um sich und vor allem auch besonders Gefährdete zu schützen.» Die Politik hat zwar die Massnahmen verordnet, aber die gute Umsetzung sei nicht selbstverständlich. Zu den Massnahmen des Bundes und der Kantone gehört auch die finanzielle Unterstützung. Damit nicht ganze Erwerbszweige wie Gastronomen oder Kulturschaffende in die Armut abrutschen, ist Erwerbsersatz weiterhin zu zahlen. So lässt sich längerfristig auch deren Gesundheit erhalten.

Die Pandemie zeigt also, so Mäder, «wie wertvoll staatliche Reserven, ein funktionierender Service public und eine gute soziale Infrastruktur sind», um die Gesundheit einer breiten Bevölkerung zu garantieren.

Ungleichheit schadet allen

Von einer egalitären Gesellschaft profitieren alle. Dies zeigen etwa die Studien des britischen Gesundheitswissenschaftlers Richard G. Wilkinson: Soziale Ungleichheiten erhöhen die gesundheitlichen Probleme aller Schichten und die Gesundheitskosten. Ungleichere Gesellschaften wie in den USA oder in Grossbritannien weisen – unabhängig vom Bruttoinlandprodukt – schlechtere Werte auf in der Lebenserwartung, bei Kindersterblichkeit, Übergewicht und mentaler Gesundheit im Vergleich zu egalitäreren Ländern wie Japan, Finnland oder Norwegen. Die Schweiz liegt irgendwo in der Mitte.

Will die Politik die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung fördern, muss sie das Armutsrisiko senken. Kurzfristig mittels einer konsequenten Weiterführung der finanziellen Unterstützung in der Pandemie, langfristig durch Präventions- und Unterstützungsprogramme.