

Online-Magazin von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

STANDPUNKTE

Ausgabe 3/2023



Inhalt

EINE NEUE CHANCE

Nr. 52: auf gutes Gelingen!

GROSSES POTENTIAL FÜR DAS NEUE PARLAMENT

Stärkung von Prävention und medizinischer Grundversorgung – die Früchte hängen gar nicht so hoch!

EIN POTPOURRI AN WÜNSCHEN

Es braucht bessere Rahmenbedingungen für den Praxiseinstieg!

DIE ZEICHEN STEHEN AUF STURM

Hausärztemangel – dringender Handlungsbedarf

BÜROKRATISCHER ALPTRAUM

Höchst umstrittene Höchstzahlen

ZAHLEN UND FAKTEN

Ihr Hausarzt / Ihre Kinderärztin – Das Rezept für eine gesunde Schweiz

ARZTPRAXEN UND GRUNDVERSORGUNG IN DER SCHWEIZ 2018–2021

Medizinische Grundversorgung: Halb so viele Ärztinnen und Ärzte pro Kopf auf dem Land wie in der Stadt

DIE LETZTE BASTION

Herzliche Gratulation zur Wiederwahl!

MIT DER NEUEN LEGISLATUR VERABSCHIEDEN WIR UNS MIT EINEM GROSSEN DANKESCHÖN

Drei Politiker:innen, die viel für die medizinische Grundversorgung in diesem Land getan haben



EINE NEUE CHANCE

Nr. 52: auf gutes Gelingen!

Die 52. Legislatur unseres Parlaments hat begonnen. Eine Fortsetzung für die einen, ein Neuanfang für die anderen. Dass wir uns von Seiten mfe vor allem für die Gesundheitspolitik interessieren, dürfte klar und bekannt sein. Ebenso wissen diejenigen, die schon mit uns zu tun gehabt haben, dass unsere Intentionen nicht in einem Verteidigen von Pfründen bestehen – die gibt es nämlich nicht – sondern in der Erhaltung und Weiterentwicklung eines qualitativ hervorragenden Gesundheitswesens. Und hier beginnen schon die Probleme.

Seit über 20 Jahren weisen wir darauf hin, dass es zu einem Mangel an Haus- und Kinderärztinnen kommen wird. Die letzte Publikation des Bundesamts für Statistik mit der Analyse der MAS-Zahlen hat vor wenigen Wochen bestätigt, was wir im Alltag spüren: sie fehlen! Auf dem Land mehr wie in der Stadt, und das trotz immer noch überdurchschnittlicher Arbeitszeit mit zunehmend Teilzeitarbeitenden. Es braucht unbedingt mehr, und ohne Unterstützung und Druck des Parlaments werden die Studienplätze wie auch die Weiterbildungsplätze nicht zunehmen.

Fast so lang ist der Kampf um die ein-

heitliche Finanzierung, 14 Jahre schon arbeitet das Parlament an dieser Vorlage. Verschiedene Anpassungen, der Einbezug der Pflege beispielsweise haben zu Verzögerungen geführt. Eigentlich sollte klar sein: es gibt absolut keinen Grund, dass stationäre Leistungen anders finanziert werden sollten als ambulante. Die jetzige Finanzierung führt zu Fehlanreizen in unserem System, mit EFAS könnten zumindest diese korrigiert werden.

Worauf wir hoffen?

Dass von den Mikroregulationen, die uns vermehrt Aufwand bereiten, ohne dass für die Patientinnen und das Sy-

stem ein Benefit generiert wird, Abstand genommen wird. Dass in grösseren Massstäben gedacht wird. Und dass diejenigen, die in der Mitte des Geschehens stehen, gehört werden: Patientinnen, und Haus- und Kinderärztinnen.

Was uns Sorgen bereitet?

Die Gesundheitskompetenz des Parlaments hat abgenommen. Diejenigen National- und Ständeräte, die in der Materie zu Hause sind, sind weniger geworden, Abgänge sind nicht ersetzt worden. Die verbleibenden Cracks des Gesundheitswesens haben die Verantwortung, Junge nachzuziehen.

Wir stehen zur Unterstützung gerne bereit.

Übrigens gilt das Gleiche für den neuen Bundesrat, die neue Bundesrätin, der/die das EDI übernimmt: ein Neuanfang, mit vielen neuen Dossiers, und eines darin, dass uns sehr am Herzen liegt: Tardoc. Eines von vielen, aber ein wichtiges!

Auf gutes Gelingen!

Philippe Luchsinger



GROSSES POTENTIAL FÜR DAS NEUE PARLAMENT

Stärkung von Prävention und medizinischer Grundversorgung – die Früchte hängen gar nicht so hoch!

Ein neuer Gesundheitsminister! Oder eine neue Gesundheitsministerin? Dies dürfte diejenige Schlagzeile sein, die die Grundversorger:innen der Schweiz am meisten interessiert. Zwar wird auch in der Ärzteschaft interessiert das kleine Spektakel der Bundesrats- und Bundeskanzlerwahlen verfolgt, aber wichtiger ist sicher diejenige erste Sitzung des neuen Bundesrates, die die Departemente verteilt. Denn auf dem Chefposten im EDI werden diejenigen Weichen gestellt, die unsere Rahmenbedingungen für die tägliche Arbeit beeinflussen, und dies nicht zu knapp.

Lassen wir die anstehenden Geschäftete Revue passieren:

Unreife Früchte sollen vors Volk

Zwei Volksabstimmungen sind für das nächste Jahr bereits gesetzt, es geht um die beiden Volksinitiativen der SP und der Mitte, zur Prämienverbilligung und zu einer Kostenbremse.

- Wo bei den Prämienverbilligungen der Gegenvorschlag aus Sicht der

Initianten ungenügend ist, herrscht bei der Analyse Einigkeit. Es braucht eine Nachbesserung im Bereich der Prämienverbilligungen, der Staat hat sich in den letzten Jahren aus der Verantwortung gestohlen und seinen Anteil immer mehr reduziert. Und wie so oft bei föderalem Spielraum haben einige Kantone kräftig verbilligt, andere Kantone sich hingegen vornehm schadlos gehalten und eher auf das Kantonsbudget als jenes der Versi-

cherten geschaut. Darum ist auch hier eine Korrektur Richtung Chancengleichheit unabdingbar. mfe unterstützt alle Bestrebungen, Patientinnen und Patienten den Zugang zum Gesundheitssystem offenzuhalten. Der Verzicht auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen aus finanziellen Gründen ist ein gesellschaftliches Problem, das wir in den Griff bekommen müssen.

- Bei der Initiative der Mitte ist ausser Ideologie und Schlagworten nicht viel realitätsnaher Inhalt erkennbar. Niemand weiss nach zwei Paketen Kostendämpfung, wie denn die Idee der Initiative umsetzbar sein könnte. Schon nur der Gegenvorschlag ist eine administrative Strafaufgabe ohne Mehrwert, ein Versuchsballon des Parlaments, um sich der Initiative zu entledigen. Dass die Initiative nicht zurückgezogen wird, ist hauptsächlich politische Propaganda. Mit den Kosten- und Qualitätszielen des Gegenvorschlags werden wir uns köstlich amüsieren – einen Effekt werden sie nicht haben. Sie können aber durchaus als Testballon für ein Globalbudget gesehen werden – wofür wir nicht Hand bieten werden.

Äpfel für Birnen verkaufen - da machen wir nicht mit

EFAS, die einheitliche Finanzierung Ambulant-Stationär ist eigentlich überfällig. Wir erwarten uns davon eine Korrektur falscher Anreize und den formalen Nachvollzug der Absicht «Ambulant vor Stationär», verkündet von vielen, im Moment halbbatzig umgesetzt mit viel Bremsspuren. Das von Gewerkschaftsseite angekündigte Referendum unterstützen wir nicht, denn der Schritt ist überfällig.

Dass die Koordinierte Versorgung ein vielversprechender Ansatz in der Gesundheitsversorgung ist, beweisen die erfolgreichen Netzwerke und die wahren Hausarztmodelle, die das bereits praktizieren. Leider hat der erste Versuch des BAG gezeigt, dass das staatliche Verständnis dafür ein realitätsfernes ist. Wir werden das Erreichte verteidigen müssen und den Realitätscheck einfordern.

Überhaupt haben die Kostendämpfungspakete bisher wohl mehr gekostet als sie je an Kosten einsparen

werden. Der Blick auf die Kosten dürfte weiterhin kein fruchtbarer Ansatz sein und dient eigentlich nur der Beruhigung des Gewissens und als Alibi in den jährlich wiederkehrenden Prämiensteigerungsdiskussionen.

Wer ernten will, muss säen

Wir schlagen darum eine Wiederaufnahme unseres Masterplans Hausarztmedizin vor, dies unter dem Eindruck des akuten Fachkräftemangels, vorausgesagt für 2030 und leider bereits jetzt schmerzhaft spürbar. Es geht um die Nachwuchsförderung. Wir werden nächstes Jahr in die Diskussion der SBFI-Botschaft Vorschläge zur Linderung des Mangels in der Grundversorgung einbringen. Das Problembewusstsein steigt, um Unterstützung werden wir dankbar sein. Nur mit weiteren Medizinstudienplätzen, eigenem genügendem Nachwuchs in Versorgung und Pflege und der Fokussierung auf die Grundversorgung kann das Gesundheitssystem vor Schlagseite und Kollaps bewahrt werden. Davon sind wir überzeugt, deshalb lohnt sich diese Investition jetzt.

Die Prioritäten des neuen Departementchefs im EDI sind aus unserer Sicht ebenfalls klar. Der Tardoc steht ganz oben auf der Liste, das muss jetzt endlich die neue Basis werden. Darauf können wir aufbauen. Und dass die Volksinitiative Kinder ohne Tabak konsequent umgesetzt werden muss, ist fraglos der andere Lackmus-Test für den Einstieg ins Metier. Jeder gut investierte Franken in wirkungsvolle Prävention zahlt sich um ein Vielfaches in der Zukunft aus.

Genug der Vorfreude auf die Gesundheitspolitik der neuen Legislatur. Bewahren Sie, liebe Parlamentarierinnen und Parlamentarier den Erhalt und die Stärkung der medizinischen Grundversorgung im Hinterkopf. Es wird sich lohnen!

Reto Wiesli

STANDPUNKTE ON AIR



EIN POTPOURRI AN WÜNSCHEN

Es braucht bessere Rahmenbedingungen für den Praxiseinstieg!

Regula Friedli-Kronenberg, Präsidentin der Jungen Haus- und Kinderärzt:innen Schweiz (JHaS), im persönlichen Gespräch.

Link Video: https://youtu.be/0_OlpO1s1pw

Alexandra Walpen Kyburz



DIE ZEICHEN STEHEN AUF STURM

Hausärztemangel – dringender Handlungsbedarf

Vorausgesagt hat mfe den Fachkräftemangel bei den Haus- und Kinderärzt:innen bereits seit Jahren. Jetzt ist er so akut, dass er für Patient:innen spürbar ist. Die Medien haben das Thema in den letzten Monaten deshalb auch intensiv aufgenommen.

Die Babyboomer-Generation geht in Pension, Nachfolger:innen für ihre Praxen finden sich jedoch kaum. Die Konsequenzen: Aufnahmestopp in den Haus- und Kinderarztpraxen, Praxis-schliessungen ohne Nachfolgelösung, Patient:innen, die mit «Bagatellen» die Notfallstationen belasten, Eltern, die verzweifelt einen Kinderarzt suchen ...

Grundversorger erarbeiten gemeinsam Masterplan «Nachwuchsförderung»

Gemeinsam mit seinen Partnerverbänden in der medizinischen Grund-

versorgung hat mfe deshalb im Rahmen der Vernehmlassung zur BFI-Botschaft 25-28 konkrete Forderungen beim Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) deponiert, um den Nachwuchs für die Haus- und Kinderarztmedizin zu fördern.

Die Grundlage für diese Forderungen bildet der Artikel 117a der Bundesverfassung zur medizinischen Grundversorgung, im Mai 2014 in der Volksabstimmung haushoch angenommen:

– Art. 117a¹ Medizinische Grundversorgung

¹ Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität. Sie anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung.

² Der Bund erlässt Vorschriften über:

- a. die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe;
- b. die angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin.

Gemäss Bundesverfassung sind der Bund und die Kantone gemeinsam für eine ausreichende und qualitativ hochstehende medizinische Grundversorgung zuständig. Der Erfolg des «Masterplan Hausarztmedizin» mit der darin enthaltenen Anschubfinanzierung von CHF 100 Mio. hat gezeigt, dass eine nationale Finanzierung für eine konsequente Erhöhung von Medizinstudienplätzen ein wichtiges und entscheidendes Element ist, um diesen Auftrag von Volk und Ständen er-

füllen zu können.

Das Sonderprogramm Humanmedizin hat es erlaubt, die Zahl der Medizin-staatsexamen von 950 im Jahre 2015 auf 1300 zu steigern (ab 2025). Dies ist die absolut notwendige Grundvor-aussetzung, um überhaupt auf den Mangel in der Grundversorgung re-agieren zu können. Es zeigt sich nun aber in der Realität, dass diese Erhö-hung bei weitem nicht genügen wird, um sowohl die Bedürfnisse der Grundversorgung als auch der spezia-lisierten Fachärzte abzudecken. Das Massnahmenpaket zur Stärkung der Grundversorgung muss neu aufgelegt werden.

Situation spitzt sich laufend zu

Die Bevölkerung wächst, der Anteil der über 65-Jährigen nimmt weiter zu. Bereits heute weist die Hälfte der über 65-Jährigen mindestens zwei chronische Krankheiten auf. 20,9% der über 75-Jährigen haben ihre Hausärztin in den letzten zwölf Mona-ten fünf oder mehr Mal konsultiert (swiss health survey 2017). Die Rele-vanz der medizinischen Grundversor-gung ist wissenschaftlich belegt. Die Dichte an Hausärzt:innen beeinflusst die Gesundheitsindikatoren der Bevöl-kerung positiv.

Genügend Grundversorger senken Sterblichkeit und Hospitalisierungen und führen zu einer geringeren Zu-nahme von Notfallkonsultationen. Doch die medizinische Grundversor-gung ist in Gefahr, die Workforce nimmt seit Jahren ab. Nur rund ein Drittel der Ärzt:innen, die eine Weiter-bildung absolvieren oder anerkennen lassen, haben das Studium in der Schweiz absolviert. Das Durch-schnittsalter der Haus- und Kinder-ärzte ist bereits heute hoch und es steigt weiter. 41% der heute Prakti-zierenden planen innerhalb der näch-sten drei Jahre eine Reduktion ihrer Arbeitszeit. Die Bedeutung der Pra-

xisassistenten ist zwar erkannt und in mehreren Kantonen wurden zusätzli-che finanzielle Mittel gesprochen, die regionalen Unterschiede bleiben aber gross.

Die Zahl der Grundversorger reicht schlicht nicht aus. Zudem fordern neue Arbeitsmodelle und der Wunsch nach Teilzeitarbeit eine noch höhere Anzahl an ausgebildeten Haus- und Kinderärztinnen. Werden die Zahlen aus der Workforce-Studie des Kan-tons Bern auf die ganze Schweiz ex-trapoliert, werden 586 bis 845 Haus-ärzt:innen pro Jahr benötigt, je nach Anerkennung von ausländischen Di-plomen und gewählten Arbeitsmodel-len.

Ziel muss sein, dass 720 Grundver-sorgerinnen pro Jahr ausgebildet werden. Dies entspricht rund 40% der geforderten 1'800 Abschlüsse in Humanmedizin.

Es sind sich alle einig: Es braucht Lö-sungen, und zwar rasch. Unser neuer Masterplan für den haus- und kinder-ärztlichen Nachwuchs (siehe Kasten) bildet eine wirkungsvolle Grundlage und muss zwingend umgesetzt wer-den. Politische Unterstützung dafür ist wichtig und dringend nötig.

Ein Massnahmen-Paket mit Wir-kung

Masterplan «Nachwuchsförderung der Haus- und Kinderarztmedizin»

Die zentrale Massnahme mit einen In-vestitionsvolumen von CHF 100 Mio. ist die Wiederauflage des Sonderpro-gramms Humanmedizin. Damit soll die **Erhöhung der Medizinstudien-plätze** von 1'300 auf 1'800 erreicht werden.

Begleitende Massnahmen sind nötig, damit die künftigen zusätzlichen Me-

diziner:innen auch wirklich in der Grundversorgung tätig werden:

- Die **Praxisassistenten**: wir schlagen die Erhöhung von 280 auf 720 fi-nanzierte Praxisassistenten-Stellen vor;
- Die **9 bestehenden Institute für Hausarztmedizin** müssen gestärkt werden;
- Die **Stärkung der Lehre der Haus- und Kinderarztmedizin in der Ausbildung, zur Förderung der Abschlüsse der Studierenden in der Grundversorgung, mit einer Erhöhung der Praktikumstage in der Praxis und begleitendem Mentoring ist Voraussetzung**;
- **Mehr Assistenz im Spital muss in allgemeiner innerer Medizin und in Spitalpädiatrie** erfolgen, für die Stärkung der Ausbildung der künftigen Haus- und Kinderärzt:innen
- **Und schliesslich braucht es die Stärkung der Lehre der Haus- und Kinderarztmedizin** durch ambulant tätige Haus- und Kinderärzt:innen in der Weiterbildung, mit Mentoring für die Ärzte in Weiterbildung, mit der Organisation von Weiterbil-dungskursen, insbesondere auch von Praxiskursen für die Förderung der Niederlassung in peripheren Gebieten und mit Massnahmen zur Verminderung von Drop-Outs.

Monika Reber / Sandra Hügli



BÜROKRATISCHER ALPTRAUM

Höchst umstrittene Höchstzahlen

Während der Hausärztemangel in aller Munde ist, müssen die Kantone Grundlagen erlassen zur Bestimmung und Steuerung von Höchstzahlen für Ärzt:innen im ambulanten Bereich. Der Widerstand dagegen ist gross, die Vollzugsprobleme sind es auch – das Beste wäre wohl eine Rückabwicklung der Bestimmung, die für viele Haus- und Kinderärzt:innen vor allem etwas bringt: noch mehr Bürokratie.

Die Kantone sollten eigentlich per 1. Juli 2023 Höchstzahlen für Ärzt:innen festlegen, mit einer grosszügigen Übergangsfrist von zwei Jahren. Sobald die errechneten Höchstzahlen erreicht sind, so die Idee, sollten die Kantone die Zulassung von neuen Ärzt:innen beschränken bzw. stoppen. So verlangt es der vor zwei Jahren in Kraft gesetzte Art. 55a KVG zur «Beschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen».

Es waren seinerzeit die Kantone, die den Bundesgesetzgeber dringend baten, ihnen mit Blick auf die Kosten- und Prämienentwicklung ein wirksames Instrument zur besseren Versor-

gungssteuerung in die Hand zu geben. Nun zeigt sich ironischerweise: Ebdiese Kantone tun sich bei der Umsetzung besonders schwer. Einige Kantone unternehmen vorderhand nichts zum Vollzug der bundesrechtlichen Vorgaben. Andere sind vorangegangen und wurden, wie Basel, von einem Gericht zurückgepiffen. Es fehle die gesetzliche Grundlage, urteilte das Gericht. Und im Kanton Bern soll die Zulassungsverordnung am 1. Januar 2024 in Kraft treten. Hier zeigt sich exemplarisch, wie grundsätzlich schwierig die Umsetzung ist – und wie gross der Widerstand dagegen. Allein die Methoden und Datengrundlage für die Bemessung von Versorgungsbedarf und Höchstzahlen nach

Regionen scheinen unzureichend und höchst umstritten.

Politik fernab der Realität

Derweil ist das Hauptproblem, mit dem sich die Gesundheitsversorgung in der Schweiz konfrontiert sieht, ja beim besten Willen nicht, dass es zu viele Ärzt:innen gibt. Genau das Gegenteil ist der Fall, ganz besonders im Bereich der Hausarztmedizin, aber längst nicht nur hier. Die Daten hierzu sind hinlänglich bekannt, die Folgen immer mehr spürbar. Das Bundesamt für Statistik veröffentlichte gerade erst Zahlen zur Versorgung im Bereich der haus- und kinderärztlichen Grundversorgung: Über die ganze Schweiz ge-

sehen kommen auf 1'000 Einwohner:innen 0.8 Ärzt:innen, auf dem Land sind es 0.4 Ärzt:innen pro 1'000 Personen. Ausreichend wäre ein Koeffizient von 1/1000. Vor diesem Hintergrund eine Versorgungssteuerung einzurichten, die sich an Höchstzahlen orientiert, zielt an der Realität vorbei und wirkt reichlich aus der Zeit gefallen. Wenn schon, bräuchte es Mindestzahlen mit Instrumenten und Massnahmen gegen Unterversorgung. Noch besser wären positive Anreize.

Folgen wirken lange nach

Kommt dazu: Die Weiterbildung von Fachärzt:innen dauert nach Abschluss des Medizinstudiums fünf bis 15 Jahre. Die Steuerung der ärztlichen Versorgung ist allein deshalb gänzlich ungeeignet für eine Politik nach dem Motto «stop&go». Bis zur Niederlassung in der Praxis vergehen viele Jahre. Starre Mechanismen zur Berechnung von Versorgungsgraden und Höchstzahlen werden der langen Latenz in der Aus- und Weiterbildung von jungen Ärzt:innen nicht gerecht. Ein Zulassungsstopp hat überdies unerwünschte psychologische Vorwirkung, die die Berufswahl und die Wahl von ärztlichen Fachrichtungen durch die Studierenden stark beeinflusst. Die Folgen lassen sich zwar nur schwer abschätzen, aber: Eine Korrektur von unerwünschten Effekten dauert angesichts der langen Aus- und Weiterbildungszeiten viele Jahre bis Jahrzehnte.

Bürokratisches Unding

Personalmutationen, Ein- und Austritte in die Praxis, Anpassungen von Pensen, Mutterschaftsurlaube, längere Abwesenheiten müssen alle dem Gesundheitsamt gemeldet werden. So war es zum Beispiel im Entwurf für eine Zulassungsverordnung für den Kanton Bern vorgesehen. Ein bürokratisches Unding für alle Seiten, für die

Praxen, aber auch für die Behörden, und ohne jeden Nachweis für bessere Qualität oder Nutzen für die Patient:innen. Ausgerechnet auch die Haus- und Kinderärzt:innen, die weder heute noch in naher und ferner Zukunft mit einer Überversorgung konfrontiert sein werden und seit Jahren unter der wachsenden Bürokratisierung ihres Berufs leiden, sollten noch einmal laufend Daten liefern. Kostenlos und unter Androhung von Sanktionen bei Nichtbefolgung. In Zeiten des Fachkräftemangels macht es einfach keinen Sinn, unterdotierten Fachgebieten bürokratische Auflagen zu machen, nur damit nachgewiesen werden kann, dass keine Überversorgung vorliegt. Solche Regulierungen laufen allen Bemühungen zuwider, den Beruf der Haus- und Kinderärzt:in attraktiv zu machen. Wir wissen, auch aus Studien, dass der administrative Aufwand so stark zugenommen hat in den letzten Jahren, dass er mittlerweile von sehr vielen Ärzt:innen als grosse Belastung wahrgenommen wird. Und ja: Er frisst in den ohnehin stark belasteten Praxen Zeit, die am Ende für die Arbeit mit den Patient:innen fehlt.

Korrekturen im neuen Parlament?

Eine rigorose Kontrolle und die Durchsetzung von Höchstzahlen muten im Kontext der (teils starken) Unterversorgung geradezu grotesk an. Dass Haus- und Kinderärzt:innen, deren zeitlichen Ressourcen knapp sind, in einigen Kantonen auch noch mit administrativen Zusatzaufwänden belastet werden, ist, mit Verlaub, absurd. Das neue Parlament täte also gut daran, sich noch einmal mit Art. 55a KVG zu befassen. Am einfachsten wäre wohl eine Rückabwicklung der unsinnigen Bestimmung oder mindestens eine weitreichende Korrektur der Verordnung, so dass sicher nicht auch noch jene Fachbereiche mit noch mehr Bürokratie und Ungewissheit belastet werden, die noch viele Jahre daran leiden werden, dass sie zu we-

nige sind und sicher nicht zu viele. Einen Anfang machte der Walliser Ständerat Beat Rieder (die Mitte) mit einer Interpellation in der vergangenen Sommersession. Darin bezeichnet er die «gut gemeinte Verordnung» als «juristische und gesundheitspolitische Farce». Er verlangt vom Bundesrat unter anderem Auskunft darüber, wie er sich «diese fehlerhafte Verordnung» erkläre, die die Kantone «vor schwer lösbare Probleme» stellt. Insbesondere kritisiert Rieder in seiner verhältnismässig scharf formulierten Begründung die ungenügende Methode und Datenlage. Die Antwort des Bundesrats lässt nicht erwarten, dass Nachbesserungen vorgenommen werden. Gefordert wäre also wohl das neue Parlament.

Yvan Rielle

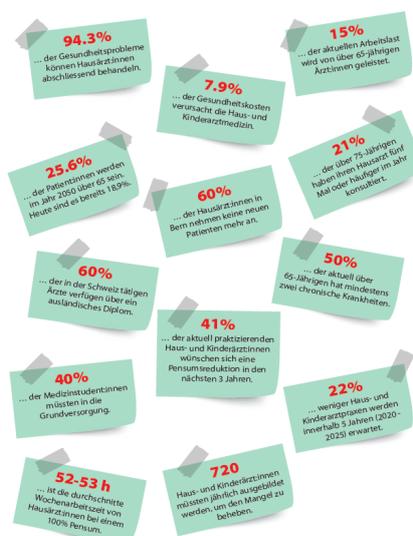
ZAHLEN UND FAKTEN

Ihr Hausarzt / Ihre Kinderärztin – Das Rezept für eine gesunde Schweiz

Die Gesundheitskosten steigen. Ein Hebel dagegen und damit für ein bezahlbares Gesundheitswesen ist die Haus- und Kinderarztmedizin. Pro 1'000 Einwohner:innen benötigen wir eine Hausärztin oder einen Hausarzt. Obwohl diese Fakten längststens bekannt sind, wird viel zu wenig gegen den Haus- und Kinderärztemangel unternommen. Wir haben die wichtigsten Argumente zusammengefasst.

Fakten, die für sich sprechen

1. Je höher die Dichte an Hausärzt:innen, desto besser präsentieren sich die Gesundheitsindikatoren der Bevölkerung
2. Eine genügende Abdeckung mit Grundversorger:innen ist verbunden mit einer Senkung der Sterblichkeit und Hospitalisierung
3. Zuwenig Haus- und Kinderärzt:innen führen zu mehr teuren Notfallkonsultationen
4. Die neue Generation der Haus- und Kinderärzt:innen arbeitet vermehrt Teilzeit. Folglich werden mehr Ärzt:innen/Facharzt:innen pro Einwohner benötigt.
5. Je mehr Zeit die Assistenzärzt:innen in der Praxis verbringen, desto wahrscheinlicher ist die Wahl, in der Haus- und Kinderarztmedizin tätig zu werden.



Quellen: Statistisches Bundesamt 2016-11; WHO Factsheet 2015; Swiss Health Survey 2017; OHS 2016; OHS 2018; BfS 2012; 2014; 2016; 2017/2018

mfe

Zahlen, die überzeugen

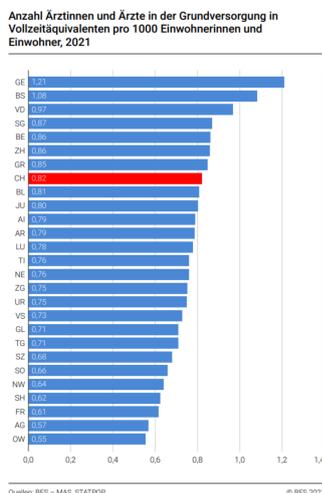


ARZTPRAXEN UND GRUNDVERSORGUNG IN DER SCHWEIZ 2018–2021

Medizinische Grundversorgung: Halb so viele Ärztinnen und Ärzte pro Kopf auf dem Land wie in der Stadt

Das Bundesamt für Statistik BFS hat bestätigt, was wir längst wissen und im haus- und kinderärztlichen Alltag spüren: Es hat zu wenig Haus- und Kinderärzt:innen, vor allem auf dem Land. Mit einem Wert von 0.8 Ärzt:innen pro 1'000 Personen liegt die Schweiz unter dem oft zitierten OECD-Wert von 1.0 Ärzt:innen. In städtischen Gebieten wird dieser Zielwert von 1.0 erreicht, auf dem Land liegt er mit 0.4 sehr deutlich darunter.

Ende 2021 waren in der Schweiz 9184 Ärztinnen und Ärzte in der medizinischen Grundversorgung tätig. Auf dem Land arbeiteten Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt 8% mehr Stunden pro Woche als Ärztinnen und Ärzte in der Stadt. In städtischen Gebieten gab es pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner eine Grundversorgerin bzw. einen Grundversorger, in ländlichen Gemeinden lediglich 0,4. Dies zeigt eine neue Publikation des Bundesamtes für Statistik (BFS).



Am 31. Dezember 2021 waren in der Schweiz 9184 Ärztinnen und Ärzte (7174 Vollzeitäquivalente [VZÄ] über das Jahr betrachtet) in Arztpraxen und ambulanten Zentren tätig. Davon waren 4785 Männer (4059 VZÄ) und 4399 Frauen (3115 VZÄ). Als Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung gelten Personen, die einen Facharztstitel in Allgemeiner Innerer Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin haben oder die als Praktische Ärztin bzw. Praktischer Arzt tätig sind.

Zu wenig Ärzt:innen auf dem Land

Ende 2021 praktizierten 74,9% der grundversorgenden Ärztinnen und Ärzte in der Stadt (städtische Gemeinden), 17,5% in periurbanen Gebieten oder ländlichen Zentren (intermediäre Gemeinden) und 7,6% auf dem Land (ländliche Gemeinden). Zur Einordnung: In diesen drei Gemeindetypen lebten zu diesem Zeitpunkt 62,9%, 21,2% und 15,9% der Bevölkerung.

Arbeitsbedingungen auf dem Land weniger attraktiv

Die Voraussetzungen für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit unterscheiden sich je nach Region. Auf dem Land leisteten nahezu drei Viertel der Ende 2021 in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte Notfalldienst. In der Stadt belief sich dieser Anteil auf rund 50%. Auch in Bezug auf die Arbeitszeit bestehen grosse Unterschiede. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit betrug 41,3 Stunden für Ärztinnen und Ärzte auf dem Land (3,8 Arbeitstage im Durchschnitt), gegenüber 38,1 Stunden für ihre Kolleginnen und Kollegen in der Stadt (3,7 Arbeitstage im Durchschnitt).

Die vom BFS ausgewiesene durch-

schnittliche Wochenarbeitszeit ist 41.3 Stunden auf dem Land bzw. 38.1 Stunden in der Stadt. Diese Stunden werden an 3.8 bzw. 3.7 Arbeitstagen geleistet (Teilzeitpensen), was bedeutet, dass der durchschnittliche Arbeitstag bei den Haus- und Kinderärzt:innen bei rund 10.5 Stunden liegt. Hochgerechnet heisst das: eine 52- bis 53-Stundenwoche.

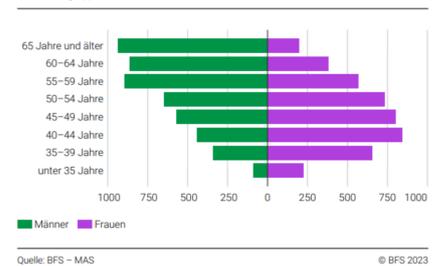
Weiblich und häufig im Ausland ausgebildet

Der Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung ist zwischen Ende 2018 und Ende 2021 von 24,6% auf 29,1% gewachsen. Auf dem Land tätige Grundversorgerinnen und Grundversorger haben ihr erstes ärztliches Diplom häufiger im Ausland erworben (32,5% der Ende 2021 tätigen Ärztinnen und Ärzte) als ihre Berufskolleginnen und -kollegen in städtischen und periurbanen Gebieten (28,8%). Die meisten der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte haben ihr erstes Diplom in einem Nachbarland, d. h. in Frankreich, Italien, Deutschland oder Österreich erworben.

In der medizinischen Grundversorgung sind zunehmend mehr Ärztinnen tätig. Ende 2021 lag der Frauenanteil bei 47,9%, gegenüber 43,4% Ende 2018. Zudem waren über 60% der Ende 2021 aktiven Ärzteschaft unter 45 Jahren Frauen. Der Frauenanteil variiert jedoch je nach Region. In der Stadt machten die Ärztinnen Ende 2021 insgesamt 49,4% der Ärzteschaft in der Grundversorgung aus, auf dem Land lag ihr Anteil bei 37,1%.

Am 31.12.2021 in der Grundversorgung tätige Ärztinnen und Ärzte

nach Altersgruppe und Geschlecht



Fazit: Mehr Nachwuchs ist zwingend

Damit wir in Zukunft eine qualitativ hochstehende medizinische Grundversorgung in allen Gebieten der Schweiz und für die ganze Bevölkerung sicherstellen können, braucht es zwingend und dringend mehr Nachwuchs und attraktivere Arbeitsbedingungen, um diesen Nachwuchs dann auch für die Arbeit in der haus- und kinderärztlichen Praxis gewinnen zu können.

Sandra Hügli



DIE LETZTE BASTION

Herzliche Gratulation zur Wiederwahl!

Genau ein Hausarzt ist in der 52. Legislatur noch Mitglied des nationalen Parlaments, der Jurassier Pierre-Alain Fridez. Seit 2011 sitzt er für die SP im Nationalrat, und dabei immer als Mitglied der Sicherheitspolitischen Kommission und seit 2015 als Mitglied der parlamentarischen Delegation beim Europarat. Er hätte der Gesundheitskommission sicher gutgetan, nur war und ist die Konkurrenz innerparteilich so stark, dass seit Marina Carobbio keine Hausärzte mehr Zugang fanden.

Stattdessen hat uns Pierre-Alain Fridez in dieser Zeit immer den Zugang zum Bundeshaus sichergestellt, stand jederzeit für Gespräche zur Verfügung und ergriff die Gelegenheit, wenn immer es aus seiner oder unserer Sicht noch einen Expertenkommentar brauchte. Seine Unterstützung für das Postulat Juillard im Ständerat zum Hausärztemangel zeugt davon.

Wir freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit mit Pierre-Alain Fridez!

Reto Wiesli

MIT DER NEUEN LEGISLATUR VERABSCHIEDEN WIR UNS MIT EINEM GROSSEN DANKESCHÖN

Drei Politiker:innen, die viel für die medizinische Grundversorgung in diesem Land getan haben

Hans Stöckli – unermüdlicher Kämpfer der Gesundheitspolitik

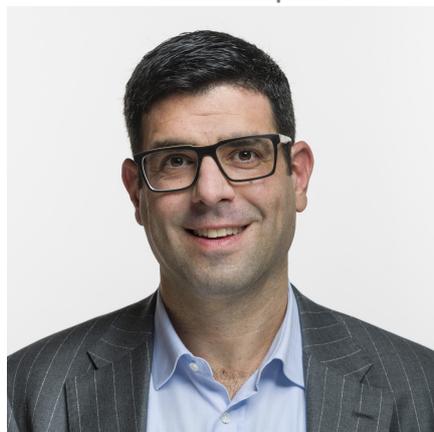


© Kinder ohne Tabak

Er ist der Bieler Stadtpräsident par excellence. Sieben Jahre Nationalrat und 12 Jahre Ständerat konnten dieses Renommée nie verwischen. Wenn sich Hans Stöckli für eine Sache einsetzte, dann war das mit Haut und Haar, die Begeisterung schwappte auf das Publikum über. Volksnah ist wohl das treffende Attribut, er liess sich für Projekte hinreissen und war dann auch der Mitreisiger. Nicht immer ging es am Schluss auf, die Olympischen Spiele wollten zum Beispiel partout nicht in die Schweiz kommen, auch heute noch nicht! Doch weit gefehlt, wer glaubt, Hindernisse hätten Hans Stöckli je entmutigt. Eher das Gegenteil haben wir erlebt. Er wurde der Vater der Kinder ohne Tabak. Dafür musste er nicht den strengen Erzieher geben, aber den grossen Netzwerker, den überzeugenden Mitreis-

ser, den immer positiven Antreiber seiner Verbündeten. 2016 gaben ihm nur wenige Kredit für seine Idee der Volksinitiative als Reaktion auf die schnöde Rückweisung des Tabakproduktegesetzes. Zu mächtig schien die Tabakindustrie, zu willfährig ihre Handlanger in Werbung und Wirtschaft, zu schwach schien das politische Potential der Gesundheitsorganisationen. Doch Hans Stöckli ist ein begnadeter Missionar für seine Überzeugungen. Es kam, wie es kommen musste: der 13. Februar 2022 geht in die Geschichte ein! Erstmals seit Generationen schaffte es ein Präventionsanliegen in die Verfassung, Kinder ohne Tabak ist künftig Pflicht! Hans Stöckli wird sein Kind noch bis zum Abschluss der Umsetzung begleiten, wir danken ihm heute bereits für sein unwiderstehliches Engagement.

Angelo Barrile – zurück in der Hausarztpraxis



© parlament.ch

Er schaffte es mit einem grandiosen Grassroot-Wahlkampf in den Natio-

nalrat. Seine Wählerinnen und Wähler spürten ihn sicherlich so, wie wir ihn auch in Bern erleben durften: als offenen, kommunikativen, herzlichen und ja, untypischen Politiker. Uns erstaunt nicht, dass er Hausarzt wurde – nahe bei den Menschen und ihren Sorgen. Seine Partei verwehrte ihm den Einsatz in die Gesundheitskommission, er kam nur ersatzweise hinein – was ihn aber nicht entmutigte. Für die jungen Ärztinnen und Ärzte übernahm er das Präsidium des VSAO, sein Einsatz und seine Begeisterung waren jederzeit mit Händen spürbar. Nach 8 Jahren verlässt Angelo Barrile das nationale Parlament, sein erfolgreicher Kampf gegen eine bösartige Erkrankung hat ihn die Prioritäten anders setzen lassen. Wir können das sehr gut nachvollziehen und danken ihm für all sein frohes Wirken und charmantes Einstehen für die Grundversorgung, den Nachwuchs, die Chancengleichheit. Seine Patientinnen und Patienten werden Freude haben!

Marina Carobbio Guscetti – der Kanton ruft



© parlament.ch

Ursprünglich Hausärztin im Miso, hat sie auf dieser Basis sehr nahe an der Bevölkerung politisiert und wurde dann 2019 auch prompt in den Ständerat gewählt. Sie hat sich stark profiliert in der Gesundheitspolitik, aber dabei das Gesamte nicht aus den Augen verloren – und dies als Finanzpolitikerin unter Beweis gestellt. Gern erinnern wir uns an ihre Motion Die Schweiz muss mehr Ärztinnen und Ärzte ausbilden, die 2020 mitten in der Erhöhung der Anzahl Studienplätze bereits ein Feld weiterdachte. Der Ständerat folgte ihr, ein grosser Applaus an unserem politischen Symposium war ihr dafür sicher. Leider fehlte in der Folge dem Nationalrat die nötige Weitsicht. Marina Carobbio prägte die Gesundheitspolitik ihrer Partei, einig waren wir uns nicht immer, aber ihr Engagement haben wir ungemein geschätzt. Und wir sind nicht die Einzigen, auch die Tessinerinnen und Tessiner haben das gespürt und sie in die Regierung gewählt. Ein herber Verlust in Bern, sicher ein Gewinn in Bellinzona. Herzlichen Dank für Deine 16 Jahre in National- und Ständerat.

Reto Wiesli

IMPRESSUM

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

Geschäftsstelle:

Effingerstr. 2
3011 Bern
Tel. 031 508 36 10
E-Mail: gs@hausarzt-schweiz.ch
www.hausarzt-schweiz.ch

Erscheinung:

3 x jährlich

Technik und Gestaltung:

deinmagazin.ch

Redaktionskommission:

Dr. Philippe Luchsinger
Dr. Sébastien Jotterand
Reto Wiesli
Sandra Hügli-Jost (Leitung)
Yvan Rielle