



© Joshua Hoehne / Unsplash

Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte können unerwünschte Nebenwirkungen haben.

«Gut gemeint» ist schlimmer als schlecht

Zulassungssteuerung Die Zulassungsbeschränkung von Ärztinnen und Ärzten durch die Kantone wird zum Eigentor. Die zum 1. Januar in Kraft gesetzte Verordnung gefährdet nicht bloss die Versorgungssicherheit – sie zielt in vielerlei Hinsicht an der Realität vorbei.



Christoph Bosshard
Dr. med., Vizepräsident
sowie Departementsverantwortlicher Daten, Demographie und Qualität, FMH

Es mutet etwas grotesk an: Wir haben einen Fachkräftemangel, und die Politik setzt eine Zulassungssteuerung für Ärztinnen und Ärzte um, welche Nachfolgelösungen in brachliegenden Praxen verhindert und den eigenen Nachwuchs behindert und die im Alltag erlebte Versorgungsrealität ausblendet: Junge Familien suchen verzweifelt einen Termin in einer pädiatrischen Praxis und mancherorts bestehen Wartezeiten von zwei Monaten und mehr für eine jugendpsychiatrische Konsultation!

Entscheidung vor zwei Dekaden

Der Reihe nach: Vor etwa 20 Jahren verortete die Politik das Allerheilmittel gegen die steigenden Gesundheitskosten in einem Zulassungsstopp. Bereits diese Idee ist für sich eine Herausforderung. Stellen Sie sich vor, Sie würden versuchen, die Anzahl gefahrener Auto-Kilometer mittels Tankstellen-Reduktion zu reduzieren. Ich selbst war vor zwei Jahrzehnten noch im vsao aktiv. Wir hatten uns sehr intensiv über ein Referendum unterhalten. Die damalige politische Grosswetter-

lage liess jedoch die Erfolgsaussichten verblasen. Der Zulassungsstopp nahm seinen Lauf, als vorübergehende Massnahme mehrfach verlängert, und schliesslich vom Parlament im Sommer 2020 in eine definitive Form überführt. Unverändert verspricht man sich dort davon einen kostendämpfenden Einfluss auf die OKP-Kosten. Der FMH ist es in der parlamentarischen Beratung zumindest

«Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte gefährden die Versorgungssicherheit für die Bevölkerung.»

gelingen, Qualitätskriterien zur Zulassungssteuerung einzubringen, wie beispielsweise die Sprachkompetenzen. Für die FMH ist es zentral, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten in der Sprache der Landesregion begegnen können, in welcher sie tätig sind. Nur so ist gegeben, dass nicht einfach Laborwerte und Röntgenbilder behandelt werden, sondern dass die individuellen Bedürfnisse und soziokulturellen Rahmenbedingungen einfließen können. Weiter sind gute Kenntnisse unseres Gesundheitswesens sowie der soziokulturellen Gegebenheiten in unserem Land unabdingbar für eine Tätigkeit, die zunehmend von Koordinationen und Interprofessionalität geprägte ist.

Der Teufel liegt in der Umsetzung

Da ist einerseits die Frage der prinzipiellen Notwendigkeit der Regulierung, andererseits die Zweckmässigkeit der Umsetzung: Aufgrund der Unmöglichkeit von dringlichen Stellenbesetzungen musste das Parlament bereits Nachbesserungen beziehungsweise Ausnahmeregelungen bezüglich der dreijährigen Tätigkeit an einer anerkannten Weiterbildungsstätte an die Hand nehmen. Des Weiteren sind die vom Gesetzgeber verlangten Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen durch den Bund in Form der definierten Versorgungsgrade nicht belastbar im Sinne des nun avisierten Zwecks. Die Berechnungen dieser Versorgungsgrade basieren auf einer Analyse des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und der BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG (BSS). Die Autoren halten darin klar fest (Kapitel 6.1): «Nur wenn die Annahme getroffen wird, dass die gegenwärtige gesamtschweizerische ambulante Versorgung das richtige Niveau hat, kann der Versorgungsgrad als Mass für Unter- oder Überversorgung interpretiert werden (vgl. auch Unterkapitel 2.2). In den meisten Fällen ist diese Annahme

kritisch. Deshalb ist ein unter- respektive überdurchschnittlicher Versorgungsgrad kein hinreichender Grund, um von einer Unter- oder Überversorgung auszugehen.» Im Klartext: Die statistischen Grundlagen sind ungenügend und erlauben keine Aussagen über eine gegenwärtige, geschweige denn zukünftige Unter- oder Überversorgung an Ärztinnen und Ärzten. Die FMH machte in ihrer Vernehmlassungsantwort auf die mangelnde Datengrundlage und die von den Autoren selbst genannten Einschränkungen für Schlussfolgerungen aufmerksam. Diese Bedenken ignorierte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) in der Verordnung zu den Höchstzahlen jedoch. Aus Sicht der FMH lassen die statistischen Grundlagen aktuell keine belastbare Herleitung der Versorgungsgrade und der darauf basierenden Berechnung der Höchstzahlen zu. Die trotzdem erfolgte Publikation von regionalen Versorgungsgraden hat Folgen für die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und die Qualität der medizinischen Versorgung. Dies kann dazu führen, dass erfahrene Ärztinnen und Ärzte länger am Spital tätig bleiben müssen, da ihnen der Gang in die eigene Praxis verwehrt wird. Dies wirkt sich wiederum negativ auf die Möglichkeiten von Assistenz-Ärztinnen und -Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt aus, da diese auf entsprechende Weiterbildungsplätze und Aufstiegsmöglichkeiten an Spitälern angewiesen sind. Eine Weiterbildungsstätte verliert jegliche Attraktivität, wenn diese Rahmenbedingungen nicht gegeben sind und eine Niederlassungsmöglichkeit nach erfolgter Weiterbildung zu einer Fachärztin/einem Facharzt in dieser Region in weiter Ferne liegt. Damit wird gerade das Ziel, den benötigten Nachwuchs selbst ausbilden zu können, unterlaufen. Und es wird ausgeblendet, dass sich die Workforce der Ärztinnen und Ärzte verändert.

«Der Bund blendet die im Alltag erlebte Versorgungsrealität aus.»

Ruf nach Reduktion der Arbeitszeit

Die MAS-Erhebung 2020, deren Resultate im Herbst 2022 publiziert wurden, zeigt eine rückläufige Zahl der praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte. Die von der FMH jährlich publizierte Statistik zeigt die deutliche Überalterung auf: Jede zweite berufstätige Ärztin beziehungsweise jeder zweite berufstätige Arzt in der Schweiz ist 50 Jahre alt und älter und jede beziehungsweise jeder Vierte 60

Jahre alt und älter. Die nachfolgenden Generationen fordern statt der aktuell durchschnittlichen 55 Stunden pro Woche als ärztliches Vollzeitpensum eine landesübliche Arbeitszeit ein – dies ist verbunden mit einer steigenden Tendenz zu Teilzeitarbeit. Politik und Verwaltung verschliessen vor dieser Realität die Augen. Der Fachkräftemangel nimmt stetig zu und gefährdet die Versorgungssicherheit. Diese Bedingungen haben unweigerlich Folgen für die immer wieder diskutierte Qualität. Abgesehen von den obgenannten, leider verkannten Aspekten bezüglich der Berechnungen der Höchstzahlen drängen sich Massnahmen gegen den Fachkräftemangel in allen Berufen des Gesundheitswesens auf – damit die Arbeitskraft unseren Patientinnen und Patienten zugutekommt und nicht primär der Administration. Um die Zufriedenheit im Berufsalltag

«Wenn Eltern keinen Kinderarzt finden, ist das eine folgenschwere Entwicklung.»

zu steigern und der steigenden Ausstiegstendenz entgegenzuwirken, braucht es nun eine rigorose Entlastung von administrativen Arbeiten. So könnten unmittelbar relevante Fachkraftressourcen gewonnen werden. Eine weitere Massnahme umfasst die Bildungsoffensive, um den eigenen Nachwuchs selbst ausbilden zu können. Hier haben wir das Resultat in Form einer eigenverantwortlich tätigen Fachärztin oder eines Facharztes nach sechs Jahren Studium und sechs Jahren Facharzt-Weiterbildung.

...*Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker* ist ein oft wiederholter Slogan. Diese Abwägung von Chancen und Risiken ist nicht nur in der Medizin notwendig. In der Politik heisst dies Regulierungsfolgeabschätzung. Was seitens Politik von der Medizin richtigerweise gefordert wird, stünde auch der Politik selbst gut an!