

# Steuerung der Anzahl und der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten

Seit einigen Jahren ist in der Schweiz von einem Mangel an Gesundheitsfachleuten die Rede. Indizien dafür sind einerseits die Schwierigkeiten, Stellen in Spitälern zu besetzen, und andererseits die hohe Zahl von Gesundheitsfachleuten mit einem ausländischen Abschluss. Diese Situation hat den Bundesrat veranlasst, im Rahmen der Fachkräfteinitiative zahlreiche Massnahmen im Gesundheitsbereich zu planen. Zudem sieht die BFI-Botschaft 2017–20 CHF 100 Millionen für die Schaffung von zusätzlichen Ausbildungsplätzen für Ärzte vor. Welchen Einfluss hat die Zahl der Ärztinnen und Ärzte auf das gesamte Gesundheitssystem? Gibt es Möglichkeiten und Grenzen der Steuerung? In einem Positionspapier greift die SAMW diese Fragen auf.

Die SAMW hat bereits im Jahr 2012 in ihrem Positionspapier «Nachhaltige Medizin» darauf hingewiesen, dass in der Schweiz die Nachhaltigkeit der Medizin bzw. des Gesundheitssystems gegenwärtig nicht gegeben ist. Zu einem nachhaltigen Gesundheitssystem in der Schweiz gehören auch eine adäquate Anzahl und eine bedarfsgerechte fachliche und geografische Verteilung von Ärzten und Pflegefachpersonen. Die Schweiz weist mit 4,0 Ärzten pro 1000 Einwohner (2013) bzw. 17,4 Pflegefachpersonen pro 1000 Einwohner (2013) weltweit eine der höchsten Dichten an Gesundheitspersonal auf. Internationale Erfahrungen haben gezeigt, dass in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem eine Steuerung der personellen, und dabei namentlich der ärztlichen Ressourcen notwendig ist. Die Ärzte sind in der Schweiz der entscheidende Schlüsselfaktor, weil sie bei Diagnose und Indikationsstellung eine Monopolstellung innehaben. Das Gesundheitswesen ist ein hochkomplexes System, weshalb eine solche Steuerung behutsam, d.h. als Kombination von verschiedenen Instrumenten und unter Einbezug der wichtigsten Stakeholder zu bewerkstelligen ist.

Im kürzlich publizierten Positionspapier macht die SAMW am Beispiel der Ärztinnen und Ärzte eine Situationsanalyse, zeigt die Möglichkeiten und Grenzen von Steuerung auf und formuliert Empfehlungen zuhanden der verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem. Das Positionspapier, das hier auszugsweise wiedergegeben wird, richtet sich an zahlreiche Akteure

des Gesundheitssystems, u.a. Leistungserbringer, Gesundheitspolitikerinnen auf kantonaler und Bundesebene, Kostenträger sowie Bildungseinrichtungen. Die SAMW ist sich bewusst, dass aktuell zahlreiche Projekte zu diesem Thema laufen. Primäres Ziel dieses Positionspapiers ist es, deren Wirkung zu verstärken.

## Breites Verständnis von Steuerung

Fehlverteilungen ärztlicher Ressourcen und deren Folgen werden seit vielen Jahren nicht nur in der Schweiz, sondern international analysiert und diskutiert. Diese Analysen und Diskussionen finden in einem unterschiedlichen Kontext statt, was die jeweilige Gesundheitsversorgung, deren politischen Rahmen oder das jeweilige Selbstverständnis der Akteure betrifft. Es erstaunt deshalb nicht, dass die Initiativen und Massnahmen, die von verschiedenen Ländern bisher ergriffen wurden, unterschiedlich sind. Dennoch lässt sich daraus ein gemeinsamer Nenner ableiten: In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem ist eine Steuerung der ärztlichen Ressourcen notwendig.

## Hinweise zur Ausarbeitung dieses Positionspapiers

Der Arbeitsgruppe, die dieses Positionspapier ausgearbeitet hat, gehörten folgende Persönlichkeiten an: Prof. Urs Brügger, Winterthur (Leitung); Dr. Hermann Amstad, Bern; PD Dr. Peter Berchtold, Bern; Prof. Iren Bischofberger, Zürich; Prof. Peter Meier-Abt, Zürich; Prof. Arnaud Perrier, Genf; Prof. Martin Schwab, Zürich; Prof. Peter Suter, Presinge; Prof. Martin Täuber, Bern; Prof. Thomas Zeltner, Bern.

Die Arbeitsgruppe hat sich in mehreren Sitzungen vertieft mit der Thematik auseinandergesetzt. Nach Sichtung der Literatur und eingehenden Diskussionen hat sie einen ersten Entwurf des Positionspapiers verfasst und dem SAMW-Vorstand sowie ausgewählten Expertinnen und Experten unterbreitet: Dr. Werner Bauer, Präsident SIWF, Küssnacht; Prof. Manuela Eicher, Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Université de Lausanne; Prof. Martina Merz, FHS St. Gallen; lic. rer. pol. Michael Jordi, Zentralsekretär GDK, Bern; Dr. Anja Zyska Cherix, Vorstand VSAO, Lausanne. Eine finalisierte Fassung wurde vom SAMW-Vorstand an seiner Sitzung vom 5. September 2016 diskutiert und anschliessend verabschiedet.

Der Begriff «Steuerung» soll breit verstanden werden und umfasst nicht nur staatlich festgesetzte Massnahmen. Die Steuerung über Anreize (finanzielle und andere) fällt ebenfalls unter diesen Begriff. Dabei ist immer zu bedenken, dass das Gesundheitswesen ein hochkomplexes System ist – und die Ärzte sind nur ein Teil davon. Die Auswirkungen von Steuerungsmassnahmen in einem Teilbereich des Systems sind somit schwer vorherzusehen. Alle diese Tatsachen sind auf jeden Fall zu berücksichtigen, wenn steuernd in das System eingegriffen werden soll.

## Empfehlungen

Die SAMW schlägt fünf Massnahmenpakete vor für die Steuerung von Anzahl und Verteilung der Ärztinnen und Ärzte im Schweizer Gesundheitssystem. Kern dieser Empfehlungen ist die Erkenntnis, dass es ineinander verzahnte Massnahmen braucht; isolierte Steuerungseingriffe erzeugen kaum die gewünschten Wirkungen, sondern vor allem unerwünschte Nebenwirkungen. Für alle Massnahmen ist angegeben, mit welcher Priorität sie anzugehen sind und ob sie kurzfristig oder mittelfristig realisiert werden können. Einige dieser Empfehlungen hat die SAMW bereits in anderem Kontext formuliert (Nachhaltige Medizin; Zukünftige Berufsbilder); sie haben aber ihre Gültigkeit behalten.

### In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem ist eine Steuerung der ärztlichen Ressourcen notwendig.

Für eine gelingende Steuerung geht es erstens darum, möglichst viele Faktoren zu berücksichtigen, die das Angebot an ärztlichen Leistungen beeinflussen. Zweitens sollen diese Massnahmen im Rahmen eines funktionierenden Dialogs zwischen Akteuren in der Gesundheitsversorgung, Finanzierenden und Regulierenden initiiert und implementiert werden. Mit der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» gibt es dazu bereits einen ersten guten Ansatz. Wie internationale Erfahrungen zeigen, war mangelnde Koordination der vielen Akteure in der ärztlichen Bedarfsplanung zu einem grossen Teil mitverantwortlich für eine zu langsame und unzureichende Korrektur der fachlichen und geografischen Fehlverteilung.

#### 1. Konzipieren eines kohärenten Anreizsystems

Sowohl bei der Wahl der Fachdisziplin wie auch des Arbeitsorts spielen monetäre und nicht-monetäre Faktoren bzw. Präferenzen junger Ärztinnen und Ärzte eine Rolle. Daher gilt es, mehr-dimensionale Anreizsysteme

zu konzipieren. Solche Modelle schliessen extrinsische (vor allem finanzielle) Anreize und intrinsische Aspekte (z. B. Arbeitsgestaltung, Support, Netzwerke) in einer kohärenten, d. h. sich gegenseitig unterstützenden Weise ein.

Angesichts der bezüglich Fehlverteilung ärztlicher Ressourcen gravierenden Mängel in den Tarifsystemen sind kohärente finanzielle Anreize nur mit Revision und Optimierung der Tarife für ärztliche Leistungen zu erreichen. Hier stehen insbesondere im Fokus:

- 1) Revision des TARMED wie zurzeit in Planung mit Reduktion bestimmter spezialärztlicher Tarife und weiterer Aufwertung der Grundversorger-Leistungen (Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Pädiatrie),
- 2) Return-of-service-Programme für ländliche Gegenden und
- 3) Performance-abhängige Vergütungsmodelle.

#### 2. Schaffen einer Datengrundlage

Kern aller Steuerungsinterventionen ist eine Bedarfsanalyse und -prognose, weil nur auf dieser Datengrundlage eine breit akzeptierte Klärung möglich ist, mit welchen ärztlichen Qualifikationen und Angeboten welcher Nachfrage nach ärztlichen Leistungen begegnet werden soll. «Prognosen sind schwierig, besonders wenn sie die Zukunft betreffen» – das gilt auch in diesem Kontext. Eine lapidare, aber wichtige Erkenntnis ist deshalb, dass kurze Prognoseperioden zuverlässigere Vorhersagen ergeben. Die Fachkräfte-Entwicklung sollte deshalb kontinuierlich im Sinne eines lernenden Systems beobachtet und unter anderem für kurze Zeiträume prognostiziert werden.

Da ohne diese Datengrundlage weitergehende Diskussionen zu einem Steuerungskonzept kaum sinnvoll sind, sollte die Erarbeitung eines Berechnungsmodells zum ärztlichen Bedarf vorangetrieben und gleichzeitig möglichst rasch mit ersten Berechnungen begonnen werden, auch wenn die verfügbaren Informationen zunächst noch unvollständig sind. Das Obsan ist bereits daran, ein solches Berechnungsmodell auszuarbeiten; es wird nun darum gehen, das Modell zu prüfen, zu adjustieren und als Steuerungsgrundlage zu nutzen.

#### 3. Aufbau eines wirksamen, überkantonalen Steuerungssystems

Steuerungsinterventionen betreffen eine Vielzahl von Akteuren im Gesundheitssystem und damit ein breites Spektrum an Rollen, Verantwortlichkeiten und Interessen. Es liegt auf der Hand, dass diese Interessen unterschiedlich und teilweise stark divergierend sind. Die Wirksamkeit der Steuerungsvorhaben hängt massgeblich davon ab, wie weit es gelingt, nicht nur die unterschiedlichen Anforderungen und Interessen aufein-

ander abzustimmen, sondern gemeinsam und von allen getragene Massnahmen zu erarbeiten und zu verabschieden.

Voraussetzung für diese neuen Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse ist ein Steuerungssystem mit wirksamer Beteiligung der Akteure. Dieses umfasst: 1) Institutionen und Gremien, deren Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten geklärt sind, 2) aufeinander abgestimmte Arbeits- und Entscheidprozesse, 3) festgelegte Verbindlichkeiten der Empfehlungen, 4) eine Evaluation der Wirkungen. Hierzu liegen erste Vorschläge der Themengruppe «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» vor.

### Die rein quantitative Erhöhung von Ausbildungsplätzen ist zur Lösung versorgungspolitischer Engpässe nicht ausreichend.

Steuerungssystem und Massnahmenpakete sollen die Gegebenheiten des föderalistischen Versorgungssystems berücksichtigen. Gleichzeitig dürfte für eine erfolgreiche Steuerung der Anzahl und der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten eine neue überkantonale Steuerungsebene notwendig sein. Diese Ebene würde (in Analogie zu den Fachhochschulregionen) aus etwa sieben Regionen bestehen, die je eine Bevölkerung von mindestens 1 Mio. umfassen. Innerhalb dieser Regionen könnte das medizinische Angebot wesentlich effektiver gesteuert werden, als dies in den sehr unterschiedlichen Kantonen möglich ist.

#### 4. Differenzierung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

Die im Rahmen der BFI-Botschaft 2017–20 gesprochenen CHF 100 Millionen zur Schaffung von zusätzlichen Ausbildungsplätzen für Ärzte sollen unter anderem den Nachwuchs für Praxen der Primärversorgung steigern und die Abhängigkeit von Ärzten mit einem ausländischen Studienabschluss reduzieren. Insbesondere die Masterstufe des Medizinstudiums ist für künftige Mediziner und deren Berufstätigkeit relevant, weil rund die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte ihre (fachlichen) Karriereentscheide in dieser Phase des

Studiums fällt. In diesem Zeitfenster entstehen wesentliche professionelle Prägungen, die sich stark auf die spätere Berufsausübung auswirken. Die Anliegen der BFI-Botschaft 2017–20 werden daher nur gelingen, wenn die ärztliche Ausbildung stärker differenziert wird und den Aspekten der Interprofessionalität und der Interdisziplinarität schon im Studium mehr Gewicht beigemessen wird. Solche Modelle haben sich international bewährt und werden auch in der Schweiz verschiedenen Orts angedacht (ETH, Freiburg, St. Gallen, Luzern, Tessin).

Die rein quantitative Erhöhung von Ausbildungsplätzen ist zur Lösung versorgungspolitischer Engpässe nicht ausreichend. Es braucht auch ein Engagement in der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte. In dieser Phase sind zusätzliche Massnahmen nötig, um den Verlust von ausgebildeten Fachkräften möglichst klein zu halten. Es gilt, Werte und Ideen der jüngeren Generationen mehr zu beachten – namentlich auch, um Frauen zu erlauben, berufliche und Lebensziele langfristig zu vereinbaren. Die Mehrheit der Gesundheitsfachleute ist bereits heute weiblich; jede Reform hat dieser Tatsache Rechnung zu tragen.

#### 5. Unterstützung neuer Versorgungsmodelle

Neue Versorgungsmodelle bieten die Chance, durch gut definierte und organisierte Netzwerke und Patientenpfade die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zu verbessern und die Arbeits- und Kompetenzverteilung zu optimieren. Neben Verbesserungen beim Ressourceneinsatz kann dadurch auch die Attraktivität der Berufe gesteigert werden. In neuen Versorgungsmodellen müssen Arbeitsbedingungen herrschen, die zeitgemäss und attraktiv für die darin tätigen und für angehende Gesundheitsfachpersonen sind. Die im Positionspapier «Nachhaltige Medizin» formulierten Massnahmen haben nichts von ihrer Aktualität eingebüsst.

Korrespondenz:  
SAMW  
Haus der Akademien  
Laupenstrasse 7  
CH-3001 Bern  
mail[at]samw.ch

Referenzen finden sich im Positionspapier. Dieses kann in gedruckter Form kostenlos bei der SAMW bestellt oder auf der Website heruntergeladen werden:

[www.samw.ch](http://www.samw.ch) → Publikationen → Positionspapiere