

Interessant an der Lücke ist der Rand

Gedanken zur medizinischen Grundversorgung von morgen

Jacqueline Fehr, Nationalrätin und Vizepräsidentin SP Schweiz, Mitglied der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

„Wie sollen wir die in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte ausbilden und wie kann die Attraktivität der Grundversorgung gesteigert werden? Brauch es neue Gesundheitsberufe, die einen Teil der ärztlichen Leistungen übernehmen können? Wie kann gleichzeitig die Qualität der hochspezialisierten Leistungen, vor allem in den Spitälern, bewahrt bleiben? Weshalb sind die spezialisierten Weiterbildungen so viel attraktiver als diejenigen zur Allgemeinpraktikerin oder zum Allgemeinpraktiker? Diese Fragen müssen wir beantworten, wenn wir in 10 bis 20 Jahren eine Versorgungslücke vermeiden wollen.“

Liebe Kolleginnen und Kollegen aus der Politik, geschätzte Präsidentinnen und Präsidenten, Direktorinnen und Direktoren, Rektorinnen und Rektoren

Geschätzte Anwesende

Diese Worte habe ich in der Tagungseinladung gefunden. und dabei ist mir das Wort Versorgungslücke ins Auge gestochen. Lücken begleiten uns überall: Stromlücke, Vertrauenslücke Wissenslücke oder eben Versorgungslücke. Interessant an der Lücke ist der Rand. Der Rand macht die Lücke erst zu dem, was sie ist, eben zur Lücke. Ohne Rand haben wir auch keine Lücke. Der Rand ist die Hoffnung, der Ausstieg aus der Lücke. Am Rand klammern wir uns fest, wenn wir der Lücke entkommen wollen. Und wenn wir ihr entkommen sind, ist der Rand nicht mehr Rand und die Lücke nicht mehr Lücke.

Welches ist der Rand der Versorgungslücke in der medizinischen Grundversorgung?

Lassen Sie ihn mich so umschreiben: Der Rand der Versorgungslücke ist das Bestreben, die Weichen wissenschaftlich, politisch und finanziell so zu stellen, dass es in der medizinischen Grundversorgung weder zu Engpässen noch zu qualitativen Einbüssen kommt.

Es geht also um Weichenstellungen und damit um Entscheide. Sie sind deshalb hier, weil sie alle in irgendeiner Form und Funktion solche Entscheide treffen müssen: an Hochschulen, in Verbänden und Fachorganisationen, in der Verwaltung oder in der Politik.

Wie gross ist denn eigentlich die Lücke und weshalb ist sie entstanden? Ich möchte den kommenden Referaten nicht vorgreifen und deshalb hier nur sehr summarisch auf diese Fragen antworten:

- Jährlich wandern rund 1'000 ausländische Ärztinnen und Ärzte in die Schweiz ein. Wir selber bieten an den fünf medizinischen Fakultäten zusammen pro Jahr rund 900 Studienplätze an.
- In der Schweiz arbeiten rund 330'000 Menschen im Pflege- oder Therapiebereich. Vier von fünf sind Frauen. Rund 20 Prozent, also eine von fünf Personen ist aus dem Ausland.
- 25 Prozent der allgemeinpraktizierenden Ärztinnen und Ärzte sind über 60 Jahre alt. In zehn Jahren dürfte die Hälfte der heutigen Hausärztinnen und Hausärzte pensioniert sein.

Die Gründe sind vielfältig. Demografie und veränderte Ansprüche an die medizinische Versorgung, Attraktivität der verschiedenen Gesundheitsberufe, Konkurrenz durch andere Berufe und Studienrichtungen, Numerus Clausus, Belastung im Berufsalltag usw.

Irgendwie scheint sich das Gleichgewicht zwischen dem, was wir für eine stabile, sichere und qualitativ gute Grundversorgung brauchen und dem, was wir tatsächlich ausbilden, nicht von sich aus einzustellen. Damit stelle sich die Frage der Steuerung. Es ist in der Steuerung wie in der Kommunikation: die Nicht-Steuerung gibt es nicht. Auch dort, wo wir nicht steuern, steuern wir, indem wir dort sagen, wir überlassen es den reinen Gesetz von Angebot und Nachfrage. Oder wir steuern zwar, aber zu wenig präzise. Zum Beispiel mit den Zutrittschürden zum Medizinstudium. Hier werden über den Numerus Clausus generell die Ausbildungsplätze für angehende Medizinerinnen und Mediziner beschränkt. (Lassen Sie mich hier eine kurze Klammerbemerkung zum NC allgemein machen: Meiner Ansicht nach stellt sich bei dieser Politik immer unübersehbarer ein ethisches Problem. Wir bilden einen beachtlichen Teil unserer Ärztinnen und Ärzte nicht mehr selber aus, sondern werben sie in Deutschland an. In Deutschland wiederum werden Ärztinnen und Ärzte aus Polen geholt. Dort wiederum aus der Ukraine usw. Natürlich ist es vereinfacht: Aber wir müssen uns als reichstes Land in Europa fragen, ob es zulässig ist, dass wir letztlich einen Teil unserer Ausbildungskosten den ärmsten Ländern des Kontinents übertragen.)

Doch zurück zur Frage, ob die Steuerungsinstrumente genügend präzise sind. Man könnte sich auch ein System vorstellen, das zwischen der Ausbildung zur Allgemeinmedizin und den anderen Fachrichtungen unterscheidet. Die Politik hat in den vergangenen Monaten begonnen, bezieht die Entscheidung zugunsten der Allgemeinmedizin zu fällen. Beispielsweise bei der Zulassungsregulierung, bei der künftig die Hausärztinnen und Hausärzte ausgenommen werden sollen. Oder beim differenzierten Selbstbehalt, wo künftig einen höheren Anteil aus der eigenen Tasche zahlen soll, wer direkt zum Spezialisten oder zur Spezialistin geht.

Reicht das? Nein, das reicht nicht. Diese jüngsten Entscheidungen der Politik zugunsten der Allgemeinmedizin sind auf der ganzen Seite etwas Hohl und verkomplizieren das System eher, als es zu vereinfachen. Auch wenn ich hinter diesen Entscheidungen stehe, finde ich sie unbefriedigend. Sie sind so quasi der kleinste gemeinsame Nenner in einer Situation, wo die Antworten auf die wesentlichsten Fragen blockiert sind. Die Frage nach der Steuerung des Systems, der Anreize, der Berufsbilder, der Systemkohärenz usw.

Wenn man Blockaden lösen will, muss man sich zuerst mal über die eigenen Vorstellungen klar werden und sie anschließend auf den Tisch legen. Dies versuche ich in der Folge in Bezug auf die Frage der heutigen Tagung. Wie sieht die medizinische Grundversorgung von morgen aus? Dreh- und Angelpunkt sind aus meiner Sicht die Allgemeinmediziner und –medizinerinnen.

Für deren Zukunft der Allgemeinmedizin formuliere ich meine Vorstellungen in folgenden drei Postulaten:

1. Von Rand ins Zentrum
2. Vom Einzelkämpfer zum Team
3. Vom Einzelleistungstarif zum Lohn

Vom Rand ins Zentrum

Die Hausarztmedizin ist das Rückgrat einer wirksamen, effizienten, patientenfreundlichen Gesundheitsversorgung. Deshalb muss auf allen Stufen die Hausarztmedizin gefördert werden, von der Ausbildung, über die politischen Rahmenbedingungen bis zur täglichen Arbeit in der Praxis. Die Hausarztmedizin muss ins Zentrum rücken. Das kann sie aber nur, wenn sie sich modernisiert.

Modernisieren heisst, sich mit den grossen Trends auseinander setzen. Welches sind sie? Ich erwähne sechs:

1. Steigender Frauenanteil
2. Neue Berufsfelder mit Masterabschluss
3. Veränderte Demografie
4. Sozial, kulturell und wirtschaftlich heterogene Gesellschaft
5. Stark unterschiedlich informierte und autonome Patientinnen und Patienten
6. Marktdruck der Industrie, u.a. durch Scheininnovation.

Wenn sich die Hausarztmedizin als Zentrum der Grundversorgung versteht, muss sie diesen Trends in die Augen schauen und von sich aus aktiv Entwicklungen anstossen.

Zum Beispiel durch unterschiedliche Angebote: Die zunehmend heterogene Gesellschaft bringt es mit sich, dass sich verschiedene Angebote der Grundversorgung ergänzen müssen: Telefondienst, walk-in-Klinik und die Arztpraxis sind nicht Konkurrenten, sondern Teil eines Ganzen.

- Die Frau, die in der Nacht heftig erbrechen musste und sich daran erinnert, dass die Meerfrüchte im Restaurant am Abend zuvor tatsächlich nicht so frisch ausgesehen haben, will über den medizinischen Telefondienst wissen, ob sie ihre Ärztin anrufen soll oder ob sich die Übelkeit auch ohne medizinische Massnahmen wieder legt.
- Ein junger städtischer Singel, der in seinen letzten fünf Lebensjahren drei mal umgezogen ist, hat noch kein Bedürfnis nach einem Hausarzt. Er will bei einer hartnäckigen Erkältung primär einen raschen Termin irgendwo am Rande seiner Arbeitszeit und wenn möglich auf dem Arbeitsweg. Ihm genügt vorderhand die Walk-In-Klinik.
- Der jungen Mutter aus dem Freiamt wird spätestens beim ersten Fieberanfall ihrer inzwischen achtmonatigen Sarah bewusst, dass sie sich bezüglich der medizinischen Grundversorgung der Familie ein paar Gedanken machen muss. Sie wird sich über kurz oder lang einen Familienarzt oder eine Familienärztin suchen.

Vom Rand ins Zentrum heisst somit, verschiedene Modelle der Grundversorgung zuzulassen und zu anerkennen, dass Patientinnen und Patienten unterschiedliche Bedürfnisse haben. Vom Rand ins Zentrum heisst, Notfalldienste neu organisieren, Nahtstellen mit den Spitälern und Heimen klären und neue Zusammenarbeitsformen mit Apothekerinnen und Apothekerinnen entwickeln.

Ins Zentrum rücken heisst selbstredend auch, dass es mehr als das Zentrum gibt. Ein Zentrum ohne etwas rundherum ist kein Zentrum. Natürlich es gibt die Spezialistinnen und Spezialisten. Es gibt die Spitäler und die Heime. Es gibt aber auch die anderen Gesundheitsberufe. Es gibt die Hebammen, die Pflegefachleute, die Physio- und Ergotherapeutin, die Ernährungsberaterinnen und viele mehr. Sie alle werden nicht nur immer besser ausgebildet - vielfach heute auch auf Master-Stufe – sie werden in der Grundversorgung von morgen eine immer wichtigere Rolle spielen.

Und damit komme ich zum zweiten grossen Postulat, vom Einzelkämpfer zum Team

Vom Einzelkämpfer zum Team

Wer sich früher fürs Medizinstudium entschieden hat, tat das nicht zuletzt, weil er die berufliche Autonomie suchte. Das „er“ in diesem Satz ist richtig, denn Medizin studierten in erster Linie Männer. Als ich zur Welt kam, lag der Frauenanteil bei den Ärztinnen und Ärzten bei gerade mal 11 Prozent. Heute liegt er bei knapp 35 Prozent. Damit hat die Präsenz der Frauen innerhalb meines bisherigen Lebens um 400 Prozent zugenommen. Wir dürfen die Prognose wagen: Morgen wird er bei über 50 Prozent liegen. Seit 2000 sind mehr Frauen an den medizinischen Fakultäten immatrikuliert als Männer. Aktuell sind rund 60 Prozent aller Medizinstudierender Frauen.

Der steigende Frauenanteil ist ein dominanter Trend in der Medizin. Er löst viele Veränderungen aus. Die wesentlichste ist die Hinwendung zur Teamarbeit und damit die grundlegende Veränderung der Berufsbildes. Je mehr Frauen als Hausärztinnen arbeiten, desto mehr Teilzeitarbeit, Gruppenpraxen und Vernetzung wird es geben. Der Druck, die Notfalldienste neu zu organisieren wird ebenso steigen wie das Interesse an der interdisziplinären Zusammenarbeit. Mehr Frauen heisst in der Regel mehr Innovation und mehr Mut zu Neuem. Frauen sind auch in der Medizin der Motor für Veränderungen.

Interessant wird vor allem die Diskussion um die finanzielle Abgeltung der ärztlichen Leistungen sein. Auch hier werden immer mehr stimmen, gerade aus dem Kreis der Ärztinnen laut, die nach einer fixen Lohnabgeltung anstelle der heutigen Einzelleistungsabgeltung rufen. Wer Teilzeit arbeitet, tut dies in der Regel, um die berufliche Tätigkeit mit den familiären Herausforderungen zu vereinbaren. Damit sind Teilzeitarbeitende in Sachen Berechenbarkeit ihrer Arbeitszeit und ihrer Arbeitsbelastung viel sensibler. Und ihre Interesse an eine fixen Salär für fixe Arbeitszeiten entsprechend grösser.

Und damit wären wir beim letzten Postulat, vom Einzelleistungstarfi zum Lohn

Vom Einzelleistungstarif zum Lohn

Dass ein Lohn anstelle der Einzelleistungsvergütung auch für Männer attraktiv ist, haben mir die Gespräche mit verschiedenen Praxisärzten in Dänemark von drei Jahren gezeigt. Dort wie in verschiedenen anderen nordischen Länder wird seit einigen Jahren nach diesem Modell gearbeitet. Der Lohn berechnet sich aufgrund der Anzahl eingeschriebener Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Risikofaktoren sowie der effektiven Arbeitszeit.

Die Effekte sind verblüffend: die Ärztinnen und Ärzte schätzen die Berechenbarkeit ihrer Arbeit. Sie investieren mehr in die Weiterbildung. In den Arztpraxen stehen weniger teure Apparate, das Gespräch wird wieder wichtiger. Ärzte geben keine Medikamente aber und arbeiten stattdessen in Qualitätszirkeln mit Apothekerinnen und Apothekern zusammen. In den Praxen arbeiten meist auch Pflegefachleute und Fachkräfte aus anderen Gesundheitsberufen. Der Anteil der Allgemeinpraktikerinnen und -praktiker im Vergleich zu den Spezialisten ist deutlich höher als bei uns. Und: Aus Patientensicht das wohl wichtigste: Anstelle der Mengenausweitung rückt die Ergebnisqualität ins Zentrum, also die Frage, wie bleiben und werden die Menschen gesund, wie kann Leid und Schmerz möglichst wirkungsvoll gemildert werden.

Natürlich ist auch ein solches Modell nicht frei von tückischen Anreizen. Wer wirklich will, kann eine ruhige Kugel schieben und die Leute, die die Praxis aufsuchen, ungenügend versorgen. Im Einzelfall mag das zu stossenden Verhältnissen kommen. In der Regel spricht sich das aber relativ rasch herum, so dass die Zahl der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten zurückgeht. Das wiederum führt zu schmerzlichen finanziellen Einbussen.

Ich habe ihnen die drei Postulate vorgestellt, die ich für die Allgemeinmedizin von morgen für zentral halte.

1. Von Rand ins Zentrum
2. Vom Einzelkämpfer zum Team
3. Vom Einzelleistungstarif zum Lohn

Einzelne Entwicklungen sind bereits im Gang. Andere müssen wir noch angestossen . Und bei wieder anderen müssen wir die Weichen sehr bewusst neu stellen. Sind wir dazu in der Lage? Reicht unsere Entschlossenheit über die Rhetorik, die Hausarztmedizin müsse gefördert werden, hinaus? Ich spreche uns alle an, die Politik, die Wissenschaft, die Bildung, die Verwaltung. Ich spreche aber vor allem auch die Ärztinnen und Ärzte selber an, die mit der Entwicklung ihres Berufsstandes das Bild des Berufs massgeblich prägen.

Ich habe im ersten Teil meiner Ausführungen auf die ersten bescheidenen Versuche verwiesen, mit denen die Politik in den letzten Monaten versucht hat, die Weichen in Richtung Förderung der Allgemeinmedizin zu stellen und zwar bei der Zulassungsregulierung und beim Modell mit dem differenzierten Selbstbehalt. Werden wir trotz der oft beschriebenen Blockade in der Gesundheitspolitik weiter gehen? Als Optimistin sage ich Ja. Als hart erprobte Politikrealistin sage ich Ja, aber nur wenn ... Meine Zuversicht nährt sich im Konkreten. Ich bin überzeugt, dass quasi die Macht der Vorteile die Skepsis besiegen wird. Ich bin überzeugt: Wenn wir die Versorgungslücke schliessen wollen, gibt es keine Alternative als den oben beschriebenen Weg. Damit diese aber gelingt - und damit bin ich beim Realismus, braucht es eine klare Steuerung in diese Richtung. Und zwar eine gemeinsame. Und dazu braucht es jemanden, der oder die den Lead übernimmt. Das kann nur der Bund sein und das kann nur jemand sein, der die gesundheitspolitischen Zügel vom Morgen bis am Abend in der Hand halten und mit allen Akteuren auf Augenhöhe verhandeln kann. Ich bin deshalb der Meinung, dass wir für diesen Reformprozess eine Staatssekretärin oder einen Staatssekretär für Gesundheit haben müssen. Aufgabe dieser Person wäre es in erster Linie, zusammen mit allen weiteren Involvierten, den Kantonen, den Berufsverbänden, den Hochschulen, der Versicherungen, den Leistungserbringern, der Verwaltung und der Politik eine möglichst gemeinsame Haltung zu entwickeln. Eine solche ist die Voraussetzung, damit die vielen kleinen Detailentscheide kohärent sind. Die zweite Aufgabe wäre es, alle an einem Tisch zu bringen und sie darauf zu verpflichten, die Gesamtinteressen vor die Partikularinteressen zu stellen. Und als drittes müsste der Reformprozess politisch Schritt für Schritt umgesetzt werden.

Kann das die Politik? Ist sie nicht hoffnungslos im Interessensdschungel verstrickt? Gibt es genügend unabhängige Kräfte in den Kommissionen und Räten, die sich diesem Weg verschreiben könnten? Ich weiss es nicht. Ich kann mir allerdings vorstellen, dass auch in der Politik der Wechsel vom Einzelleistungstarif zum Lohn helfen könnte, sprich weg von der Finanzierung über Interessenvertretungen hin zu einem anständig bezahlten Parlamentsmandat mit entsprechenden Unvereinbarkeitsregeln. Die Beispiele der Gesundheitsreformen in den USA, aber auch in Deutschland zeigen, dass wir die Frage, wie bewahrt sich die Politik die Unabhängigkeit, nicht unterschätzen dürfen. Wir wissen es: Es geht um sehr viel Geld!

Geschätzte Anwesende

Ausgegangen bin ich von der Frage der Versorgungslücke und deren Rand. Der Rand, der die Lücke zu dem macht was sie ist, und der sie dann zum Verschwinden gebracht hat, wenn er nicht mehr Rand

ist. Ich habe es zu Beginn so umschrieben: Der Rand der Versorgungslücke ist das Bestreben, die Weichen wissenschaftlich, politisch und finanziell so zu stellen, dass es in der medizinischen Grundversorgung weder zu Engpässen noch zu qualitative Einbussen kommt. Machen wir den Rand immer breiter, damit er möglichst rasch die Lücke zum Verschinden bringt und sich damit in ein randloses Ganzes auflöst.