

Stimmen immer wiederholte Behauptungen oder sind sie eine Mär?

# Ärztmangel und Pflegenotstand?

«Es gibt zu wenig Ärzte und Pflegepersonal», behaupten immer wieder Fachleute, die im Gesundheitswesen ihr Geld verdienen. Und immer, wenn ein angebliches Problem die öffentliche Diskussion dominiert, fühlen sich Politiker berufen, dieses mit ihrem einzigen Werkzeug, der Regulierung, zu lösen. Es lohnt sich aber, die Situation zuerst genauer zu analysieren, bevor mit wilder Regulierungshektik Probleme eher geschaffen oder verschärft statt gelöst werden.

Schauen wir uns also das medizinische Versorgungsangebot in der Schweiz etwas genauer an und überlegen uns, ob es auch andere Lösungsansätze für die zukünftige medizinische Versorgung geben könnte, als einfach blind das ausbauen, was wir heute bereits haben.

## Grosse Versorgungsunterschiede – international und kantonal

Im internationalen Vergleich ist die Schweiz hinsichtlich Versorgungsdichte und Gesundheitsausgaben bei der Weltspitze und über dem OECD-Durchschnitt. Bei 0,7 Ärzten und 7,3 Pflegefachpersonen auf 1000 Einwohner (das sind gemäss Abbildung A fast doppelt so viele wie im OECD-Durchschnitt) von einem Ärztemangel und Pflegenotstand zu sprechen, ohne sich die geringere Versorgungsdichte in vergleichbaren Ländern anzuschauen, ist einfach nicht seriös.

Mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) haben wir seit 1996 schweizweit einheitliche

Regeln für die Finanzierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen medizinischen Leistungen bei Krankheit und Unfall. Die Hoheit über das Gesundheitswesen haben aber die Kantone. Entsprechend pittoresk ist unser Gesundheitswesen. Kantonale Unterschiede müssen nicht per se schlecht sein, denn die Bedürfnisse der Bürger sind ja auch unterschiedlich je nach Region.

Bevor sich die kantonalen Gesundheitsdirektoren und ihre Verwaltungsleute vollmundig mit der Steuerung der medizinischen Versorgung beschäftigen, sollten sie plausible Erklärungen für die regionalen Angebots- und Konsum-Unterschiede gemäss Abbildung B liefern. Auch hier sind die Unterschiede wie im Vergleich Schweiz / OECD gemäss Abbildung A im Pflegebereich am eklatantesten. Sind die Zentral- und die Ostschweiz mit den wenigsten Ärzten, Spitalbetten sowie Spitex-Stunden unterversorgt, oder sind die anderen Regionen überversorgt? Warum haben die Zentral- und die Ostschweiz eine hohe Pflegeheimbetten-

dichte? Gibt es Zusammenhänge zwischen diesen eklatanten Versorgungsunterschieden, der Qualität medizinischer Leistungen und der Patientenzufriedenheit? Müssten Ärzte nicht mehr Verantwortung an Pflegefachleute, Apotheker und Therapeuten abgeben, damit die Behandlungsabläufe nicht dermassen von den teuersten Fachpersonen abhängig sind, obwohl die anderen Fachpersonen immer besser ausgebildet sind?

## Sind wirklich sämtliche Behandlungen indiziert?

Die Statistik spricht eine deutliche Sprache: Wo es mehr Ärzte und Spitalbetten hat, wird auch mehr untersucht und behandelt. Mittlerweile fragen sich auch medizinische Wissenschaftler, ob wirklich sämtliche Behandlungen indiziert sind und mehr nützen als schaden. Der von Urs P. Gasche erstellte Vergleich der Kantone St. Gallen und Waadt in der Abbildung C macht die Unterschiede der Behandlungsintensität und -kosten deutlich. Für die 70% mehr Oberschenkeloperationen (primär künstliche Hüftgelenke) bzw. für die 80% mehr Untersuchungen mit Herzkatheter im Kanton Waadt im Vergleich zu St. Gallen hat der Waadtländer Gesundheitsdirektor Pierre-Yves Maillard den Steuern- und Prämienzahlern bisher keine plausible Erklärung geliefert, obwohl der Kanton jeden Leistungserbringer zulässt und jeden Tarif bzw. Preis für alle kassenpflichtigen Leistungen genehmigt.

Die Zeche bezahlen die Prämienzahler mit einer durchschnittlichen Monatsprämie 2013 von CHF 350 im Kanton St. Gallen bzw. CHF 429 im Waadtland. Wenn es aber darum geht, den Einfluss des Staates im Gesundheitswesen zu vergrössern und die Schuld an den hohen Prämien den Krankenkassen in die Schuhe zu schieben, kämpft Maillard an vorderster Front.

Indikatoren	Schweiz	OECD
Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP, 2010	11,4%	9,5%
Ärzte auf 1000 Einwohner	3,8	3,1
Pflegende auf 1000 Einwohner	16,0	8,7
Spitalbetten auf 1000 Einwohner	3,1	3,4
Scanner auf eine Mio. Einwohner	32,6	22,6
IRM auf eine Mio. Einwohner	17,8	12,5
Lebenserwartung	82,65 Jahre	79,8 Jahre

Abbildung A: Gesundheitsausgaben und Versorgungsindikatoren Schweiz/OECD (Quelle: OECD)

Grossregion	pro 100'000 Einwohner			pro 1000 Einwohner 80+	pro Einwohner 80+
	Ambulante Ärzte	Spitalbetten	Akutspitalbetten	Pflegeheimbetten	Spitex-Stunden
Genferseeregion	244	575	324	189	25.5
Espace Mittelland	180	485	320	254	19.6
Nordwestschweiz	201	635	338	220	18.7
Zürich	228	548	340	278	18.5
Ostschweiz	152	566	303	271	17.6
Zentralschweiz	140	359	248	288	14.2
Tessin	193	587	422	214	13.7
Schweiz	196	537	322	245	19.3
<b>Differenz</b> zwischen tiefstem und grösstem Wert in % des tiefsten Wertes	Genferseeregion 74% Zentralschweiz	Nordwestschweiz 77% Zentralschweiz	Tessin 70% Zentralschweiz	Zentralschweiz 52% Genferseeregion	Genferseeregion 86% Tessin

Abbildung B: Versorgungsdichte nach Regionen (Quelle: Dr. rer. pol. Werner Widmer, Direktor Stiftung Diakoniewerk Neumünster)

### Den regulierten Wettbewerb mit sozialen Leitplanken nicht mit Staatsmedizin zerstören

Bei Nahrungsmitteln, Energie und Gesundheit wird mit dem Allerweltsargument der «Versorgungssicherheit» sehr viel reguliert, was nur am Rande die Versorgungssicherheit tatsächlich verbessert, aber primär den Leistungserbringern und Versicherern sowie ihren Zulieferern den direkten und indirekten Zugang zu staatlich garantierten Tarifen und Preisen ohne Mengenbeschränkungen garantiert und sie vor unliebsamer Konkurrenz schützt. Dabei sollten doch in erster Linie die Patienten dank guter Medizin von der Regulierung profitieren und nicht die Leistungserbringer und ihre Zulieferer. Aber die Patienten bekommen bis heute weder Qualitätstransparenz noch ein elektronisches Patientendossier, in welchem alle relevanten Daten abgespeichert sind und allen behandelnden Fachpersonen zur Verfügung stehen. Es gibt weder national noch kantonal gut begründete Versorgungsziele und folglich auch keine Erfolgsmessung.

Bund und Kantone wollen mit der Zulassung von Ärzten, Spitalern etc. mit genehmigten oder

Waadt = 35% höhere Kosten als St. Gallen
• Exakt gleiche Leistung 18% teurer
• 68% mehr Spitalärzte in eigenen Praxen
• 60% höhere Kosten pro Arztkonsultation
• 40% höhere Kosten für Medikamente
• 70% höhere Kosten für teilstationäre Behandlungen
• Mehr Operationen und Untersuchungen – gibt es medizinische Gründe dafür?
• 70% mehr Oberschenkel
• 20% mehr Gallenblasen
• 10% mehr Kaiserschnitte
• 40% mehr Computertomographien
• 80% mehr Untersuchungen mit Herzkatheter

Abbildung C: Unterschiede Preise/Tarife und Menge zw. den Kantonen St. Gallen und Waadt (Quelle Urs P. Gasche)

festgesetzten Tarifen und Preisen die medizinische Versorgung steuern. Resultat: Die Kassen jammern, weil sie mit dem Vertragszwang alle Pflichtleistungen dieser staatlich zugelassenen Leistungserbringer zu den staatlich genehmig-

ten Tarifen und Preisen ohne Mengenbeschränkungen bezahlen müssen. Die Leistungserbringer jammern, weil ihnen diese Regulierung auch viel administrativen Aufwand beschert. Und was wird dagegen unternommen? Kassen und

Leistungserbringer finden kaum mehr tarifpartnerschaftliche Lösungen und rufen den Staat zu Hilfe, über dessen Bürokratie sie sich dann wieder beklagen. All diese Beispiele zeigen: Wer den Staat zu Hilfe ruft, wird mit Bürokratie und Mehrausgaben bestraft.

### Den Wohlstand nicht mit Überregulierung gefährden

Dabei steht viel auf dem Spiel. Denn nach wie vor haben wir im internationalen Vergleich eine hohe Lebenserwartung und nehmen auch unsere Lebensqualität als gut bis sehr gut wahr. Diese positiven Werte haben vermutlich mehr mit der guten Ernährung, der Bildung und den vorteilhaften Arbeits- und Lebensbedingungen – also mit unserem Wohlstand – zu tun als mit der guten bzw. teuren medizinischen Versorgung. Die Gesundheit sei ein zu hohes Gut, um es einfach neoliberalen Marktmechanismen zu überlassen, wird mit Blick auf die Finanzwirtschaft mittlerweile auch von bürgerlichen Gesundheitspolitikern kritisiert. Die Exzesse in der Finanzwirtschaft verleiten uns nun dazu, mit einer Überregulierung den durch Freiheit, gute Bildung, Fleiss und Weltoffenheit errungenen Wohlstand wieder zu zerstören. Zu sagen ist aber, dass wir uns ohne Wohlstand unser teures Sozial- und Gesundheitswesen nicht mehr leisten können.

### Es gibt bessere Massnahmen als den Ärztestopp

Im Verlauf dieses Jahres soll der Ärztestopp wieder eingeführt werden. Angeblich haben

wir zu wenig Hausärzte und zu viele Spezialärzte. Es gäbe ein simples Mittel gegen diese Situation: Mit differenzierten Tarifen, die bei einem Überangebot gewisser Spezialärzte sinken und bei Ärztemangel steigen, könnten die Kassen und die Ärzte das Problem als Tarifpartner rasch mit einer Revision des Ärztetarifs TARMED und anschliessenden Tarifverhandlungen in den Kantonen unkompliziert und kundenfreundlich lösen. Nun legt aber Gesundheitsminister Berset unter Applaus der Kantone und der SP dem Parlament nach dem Scheitern der Managed-Care-Vorlage vom 17. Juni 2012 eine Neuauflage des unsäglichen Ärztestopps vor. Gut verdienenden Spezialärzten dürfte diese Massnahmen sehr willkommen sein, denn auf diese Weise können sie bequem junge Konkurrenten fernhalten. Und die SP, welche die Managed-Care-Vorlage zusammen mit der Ärztelobby und der SVP gebodigt hat, argumentiert nun ausgerechnet mit dem Suva-Modell, obwohl die Suva erfolgreich wie ein Managed-Care-System mit eigenen Ärzten und Rehakliniken arbeitet.

### Wo ist der volkswirtschaftliche Nutzen am höchsten?

Die jährlichen Umsätze im Gesundheitswesen klettern munter gegen 70 Milliarden Franken. Stagnieren die anderen Wirtschaftszweige, steigt auch der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt BIP rasch über die 12 Prozentmarke. Es gibt Leute, die betonen den volkswirtschaftlichen Nutzen der Gesundheitsindustrie. Sie postulieren einen direkt proportionalen Zusammenhang zwischen Ausga-

ben und volkswirtschaftlichem Nutzen, können aber nicht sagen, ab welchem BIP-Anteil der Nutzen nicht mehr zunimmt. 100% würde wohl niemand als Maximalnutzen deklarieren. Dass wir die Effizienz und die Effektivität der Reparaturarbeiten an uns Menschen maximieren müssen, um möglichst viele Kapazitäten für wirklich produktive volkswirtschaftliche Leistungen zu bekommen, sollte eigentlich einleuchten. Und dass der einzelne Patient null Anreiz zum Sparen hat, wenn wir die Reparaturmedizin kollektiv mit Zwangsabgaben (Grundversicherungsprämien und Steuern) finanzieren, ist die Kehrseite der komfortablen Versicherungsdeckung bei Krankheit.

Wenn der Staat schon mehr steuern will, dann sollte er es in der Bildungspolitik tun. Schlechte Bildung und Armut sind die grössten Krankheitsrisiken. Wenn es um die spezifische Berufsbildung für das Gesundheitswesen geht, braucht es nicht einfach mehr Ärzte und mehr Pflegepersonal, indem man die heutigen Krankheitsfälle, Pflagetage und Stellen auf die wachsende Grösse der Bevölkerung und die Erhöhung der Lebenserwartung hochrechnet.

Autor: Felix Schneuwly

### Weitere Informationen

Felix Schneuwly  
Head of Public Affairs, comparis.ch AG

felix.schneuwly@comparis.ch  
www.comparis.ch

# Das Universalarchiv

Besuchen Sie uns am Swiss eHealth-Forum in Bern.  
7./8. März 2013, InfoSocietyDays, Kongresszentrum BERNEXPO.

[www.arts-universalarchiv.ch](http://www.arts-universalarchiv.ch)

