

Schwerpunktthema: Junge Ärztinnen und Ärzte haben genug ...

... die Flasche ist leer

- 3 Mangel an Ärztinnen und Ärzten
- 5 Fehlender ärztlicher Nachwuchs? – Persönliche Gedanken eines Chefarztes
- 7 Numerus clausus: Unsinniges Nadelöhr?
- 8 «Dafür hast du keine Zeit»
- 11 «Schliesslich hat niemand von uns Medizin studiert, um 80% der Zeit hinter dem Bildschirm zu verbringen»
- 13 ReMed – das Unterstützungsnetzwerk der FMH für Ärztinnen und Ärzte
- 14 uniham-bb
- 15 «Natürlicherweise wird sich die Zahl reduzieren ...»

Die Synapse finden Sie auch unter:
www.synapse-online.ch



Editorial

Systemversagen

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen

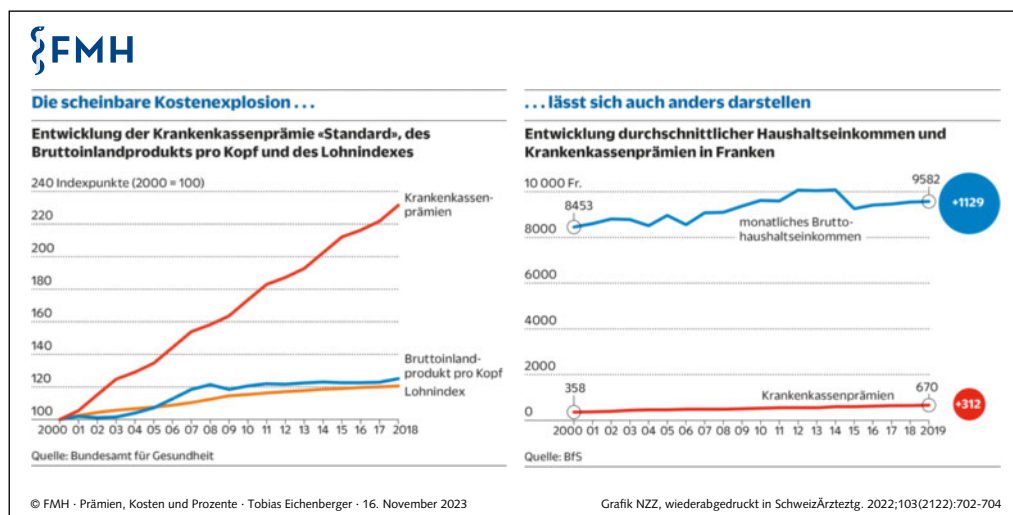
Eigentlich ist es eine demagogische Meisterleistung. In den Sorgenstatistiken liegen die Kosten des Gesundheitswesens regelmässig weit vorne, wobei es hier auch stark darauf ankommt, wie man fragt. In den letzten 20 Jahren wurde eine «Kostenexplosion» in den Köpfen unserer Bevölkerung etabliert, obwohl eine solche Explosion nachweislich gar nicht existiert. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen flacht international und in der Schweiz seit etwa 15 Jahren ab und die KOF erwartet für die nächsten Jahre ein konstantes Verhältnis der Kosten zum BIP.

Die Grafik illustriert klar, wie unterschiedlich die Belastung durch steigende Prämien dargestellt

werden kann. Betrachtet man Prozente, scheinen die Prämien zu explodieren, betrachtet man die realen Frankenbeträge, sieht die Situation – zumindest für den Schweizer Durchschnitt – nicht mehr bedrohlich aus. Medien und Politik versorgen uns aber fast ausschliesslich mit der linken, bedrohlichen Grafik.

Eigentlich ist dem Leitartikel von Carlos Quinto nichts mehr beizufügen. Auf erschreckende Art und Weise wird das totale Versagen unserer Gesundheitspolitik aufgezeigt. Einerseits verweigert unser Bundesparlament die konsequente Umsetzung der Tabakinitiative und somit den Schutz unserer Jugend vor Tabakwerbung. Den weltweit fast einzigartigen (nur die Dominikanische Republik schneidet hier noch schlechter ab) Einfluss der Tabak-Lobby auf die parlamen-

Tobias Eichenberger





Genossenschaft

Mehr Zeit für das Wichtige

Ihre Entlasterin

Die Ärztekasse unterstützt Sie mit zahlreichen Informatikprodukten und Dienstleistungen rund um Ihre Praxisadministration. So können Sie sich auf die medizinische Arbeit konzentrieren. Das freut auch die Patientinnen und Patienten.



Weitere Infos und Angebote auf
aerztekasse.ch



Am Puls der Zeit

6 0 JAHRE ANS ANNI
Ä K ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
C M CASSA DEI MEDICI

Ärztekasse – die standeseigene
Genossenschaft an Ihrer Seite

tarischen Entscheidungen haben wir in der *Synapse* schon wiederholt aufgezeigt. Dies mit noch unabsehbaren gesundheitlichen (und nicht zuletzt auch finanziellen) Folgen. Andererseits sind wir mit einer Unzahl von parlamentarischen Vorstössen, mit immer mehr Bürokratie und Regulierungen konfrontiert (ohne Mehrwert für unsere Patientinnen und Patienten), was zu Mehrkosten, zunehmender Frustration beim Personal im Gesundheitswesen und demzufolge zu immer mehr Berufsausstiegen führt, konsequent zu mehr Druck auf das System.

Natürlich brauchen wir den Fokus auf die Kosten, natürlich sind wir gefragt und gefordert, eine moderne, patientenorientierte, vernünftige und kostenbewusste Medizin zu praktizieren. Aber wir sollten immer auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Blick haben. Unsere Kosten steigen vergleichbar mit dem grenznahen Ausland – bei besserer Qualität in der Schweiz.

Wie immer sind wir auch in dieser Nummer bestrebt, Ihnen faktenbasierte Statements zur aktuellen (Fehl-)Entwicklung zu liefern. Diesmal legen wir den Fokus auf den absehbar fehlenden ärztlichen Nachwuchs bzw. auf die Strukturen und Mechanismen, die dazu geführt haben. Wir haben dazu zwei Stimmen der «Jungen» (Assistenzarzt, Medizinstudentin) eingeholt und sie denjenigen von zwei «Alten» (Chefarzt, Regierungsrat) gegenübergestellt. Der Gesamteindruck und der Grad der Übereinstimmung überraschen. Lesen Sie selbst!

Wir wünschen Ihnen eine unterhaltsame und hoffentlich aufschlussreiche Lektüre.

Herzlichst

Dr. med. Tobias Eichenberger
Mitglied der Redaktion *Synapse*

Leitartikel

Mangel an Ärztinnen und Ärzten

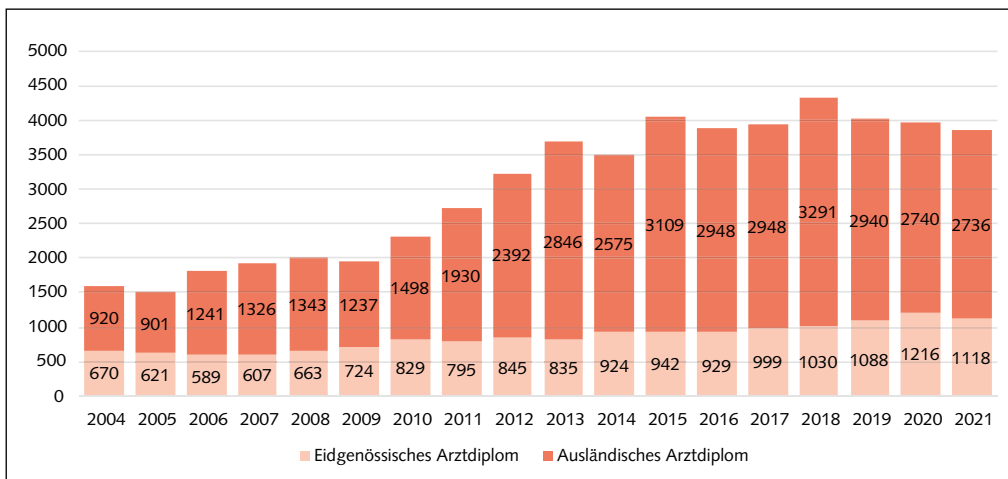
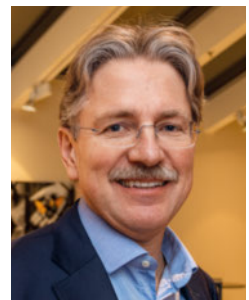
Die Schweiz bildet seit Jahrzehnten zu wenige Ärzte und Ärztinnen aus – in den letzten zehn Jahren kamen 72% unserer neuen Ärzte und Ärztinnen aus dem Ausland. Bisher hat man darauf spekuliert, dass die im Verhältnis zum Ausland, insbesondere im Vergleich zu den Nachbarländern (D, F, I), immer noch besseren Arbeitsverhältnisse weiteren Zustrom an Ärztinnen und Ärzten generieren. Diese Rechnung ist bis jetzt aufgegangen. Aktives Abwerben von Ärztinnen und Ärzten wäre hingegen für die Schweiz nicht zulässig, da sie den entsprechenden Verhaltenskodex («Globaler Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften» WHO 2010) unterschrieben und ratifiziert hat.

Erkennen die Nachbarländer aber diese Dynamik und leiten entsprechende Massnahmen ein oder verlieren die Arbeitsinhalte und -bedingungen

für Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz weiter deutlich an Attraktivität, stehen wir schnell vor einer relevanten Verschärfung einer bereits bestehenden Problematik. Denn gerade bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten sind Sprach- und Kulturkenntnisse von relevanter Bedeutung, besonders in den Bereichen Grundversorgung und Psychiatrie.

Die demografische Entwicklung, d.h. die zunehmende Alterung der Bevölkerung, wird die Nachfrage deutlich steigen lassen. Hier fällt erschwerend ins Gewicht, dass eine grosse Anzahl von praktizierenden Kolleginnen und Kollegen in den nächsten Jahren das Pensionierungsalter erreicht. Die durch Staat und Versicherer verantwortete Bürokratisierung ohne Zusatznutzen, die eher zu einer Qualitätsabnahme denn -steigerung führt und zudem die Gesundheitskosten erhöht und Ineffizienzen schafft, führt

Carlos Quinto



zu einer weiteren Beschleunigung der Pensionierungswelle.

Aufgrund der demografischen Entwicklung steht das Gesundheitswesen landesintern aber auch in Konkurrenz zu allen anderen Branchen. Es mangelt auf allen Ebenen, von Berufen mit Berufslehre bis zur Hochschulqualifikation, an qualifizierten Auszubildenden oder Berufsleuten. Für die Arztpraxen ist der aktuell ebenfalls bestehende Mangel an Medizinischen Praxisassistentinnen EFZ ein Thema. Eine Grundversorgerpraxis ist ohne MPA EFZ nicht wirtschaftlich führbar. Auch hier trifft die Gesundheitspolitik durch die Verzögerung von TARDOC eine Mitschuld.

Überhaupt ist festzuhalten, dass die Gesundheitspolitik nicht nur im Tabakbereich, wie notabene vom Bundesamt für Justiz wie auch von Kommissionen des EDI festgestellt wurde, sondern auch bezüglich der Verfassungsbestimmungen zur Hausarztmedizin die Verfassung nicht umsetzt. Ein ebenso grandioses Scheitern bei der Pflegeinitiative ist absehbar. Dabei wäre es gar nicht so kompliziert. Es wäre mit etwas gesundem Menschenverstand und adäquatem Einbezug von den Berufsverbänden der Personen machbar, die tagtäglich an der Front Patientinnen und Patienten betreuen. Stattdessen wird der Nikotin- und Tabakkonsum liberalisiert und das Gesundheitswesen in einem Wust unsinniger Bürokratie überreguliert: Beides zusammen löst Gesundheitskosten in Milliardenhöhe aus, verantwortet durch die nationale Gesundheitspolitik.

Warum diese Bemerkungen in einem Artikel zum Ärztemangel?

Die Bürokratie und Überregulierung, die fehlenden Ressourcen für zeitgemässe Informatiksysteme, machen die Arbeit im Gesundheitswesen unattraktiv. So gibt es Hinweise, dass zunehmend mehr Medizinstudentinnen und -studenten, nachdem sie den Spitalalltag während des Studiums kennengelernt haben, sich eine zukünftige Tätigkeit im Gesundheitswesen nicht mehr vorstellen können. Die Diskrepanz zwischen dem idealen Soll, das an den Fakultäten gelehrt wird, und dem, was sie vorfinden, hat in den letzten Jahren zugenommen. Eine Umfrage der SWIMSA zum Thema wird in dieser Ausgabe besprochen. Bezüglich IT-Infrastruktur sprechen Umfragen des VSAO Bände. Ob zudem dann noch der Numerus clausus, wohl in Ermangelung besserer Alternativen, die ideale Selektionsmethode ist, wird in dieser Ausgabe ebenfalls thematisiert.

Ein Drittel der Medizinstudierenden denkt an eine Tätigkeit ausserhalb der Gesundheitsversorgung. Bei den verbleibenden zwei Dritteln hat die Abbruchrate während der Weiterbildungsphase respektive das Verlassen der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren um einen Faktor 3 zugenommen. Durch weitere

gesundheitspolitisch motivierte, administrative Eingriffe wird die Grundversorgung zunehmend unattraktiv. Je schwächer die Hausarztmedizin, desto teurer wird die medizinische Versorgung. Die Fördermassnahmen, die ländliche Gemeinden und Kantone unternehmen, um die Grundversorgung sicherzustellen, werden in erster Linie durch die Krankenversicherer sowie die nationale und kantonale Gesundheitspolitik selbst torpediert. Der Mangel, der heute im Bereich der Grundversorgung und der psychiatrischen Versorgung schon manifest ist, wird sich in den nächsten Jahren wohl zusätzlich auf weitere Fachgebiete ausdehnen. Die vom Bund verordnete Zulassungssteuerung wird deshalb neben dem immensen bürokratischen Aufwand und den Kosten, die sie verursacht, wohl eher zu einer Zulassungsstörung und in der Folge zu einer Versorgungsstörung denn zu relevanten Kosteneinsparungen führen. Es empfiehlt sich deshalb eine kantonale Umsetzung mit Augenmass und zwingend unter Partizipation der kantonalen Ärztesgesellschaften.

Eine Steigerung der Ausbildungsplätze von Medizinstudierenden, Pflegenden, Medizinischen Praxisassistentinnen EFZ alleine wird nicht reichen. Die Ausbildungsoffensive wird verpuffen, wenn alle neu Ausgebildeten nach zwei bis drei Jahren beruflicher Tätigkeit dem Gesundheitswesen den Rücken kehren. In erster Linie müssen die Arbeitsbedingungen und -inhalte dringend und zeitnah angepasst werden, damit die Fachkräfte längerfristig im Beruf verbleiben. Es ist äusserst ineffizient, den Wasserspiegel in einem lecken Gefäss halten zu wollen, indem man oben mehr Wasser reinschüttet bei schon vorbestehender genereller Wasserknappheit. Es wäre effizienter, das Gefäss zu reparieren.

Der Mangel an Grundversorgerpraxen und an Medizinischen Praxisassistentinnen EFZ verstärkt sich über den Mangel an Ausbildungsplätzen gegenseitig negativ.

Es geht nicht mehr an, den im Gesundheitswesen am Patienten Tätigen Ineffizienz und Kosten vorzuwerfen. Vielmehr geht es darum, die durch Bürokratie und qualitativ ungenügende IT-Infrastruktur geschaffene Ineffizienz und die dadurch resultierende Demotivierung aller im Gesundheitswesen mit Patientinnen und Patienten Arbeitenden zu reduzieren. Eine gute IT-Infrastruktur kann durch das Gesundheitswesen wegen seit Jahren schon nicht mehr kostendeckender Tarife, insbesondere im ambulanten Bereich, nicht mehr selbst finanziert werden. Die Spitäler, welche aus finanziellen Gründen die Arbeitsbedingungen für das medizinische Personal am deutlichsten verschlechtern, werden als Erste kein Personal mehr finden. Die Ressourcen fliessen an den falschen Ort, wofür ein Teil der Versicherer und die Gesundheitspolitik in der Verantwortung stehen. Ein namhafter Volkswirtschaftler (Binswanger)

fürhte Ende Januar 2024 in der Sonntagspresse aus, dass die Lohnsumme in einem referenzierten Zeitraum an einem Schweizer Universitätsspital im Pflegebereich um ca. 20%, bei der Ärzteschaft um ca. 60% und im Bereich Administration um ca. 270% gestiegen ist. Die Gesundheitspolitik stellt somit Papier und Kontrolle, aber nicht den Patienten ins Zentrum. Dies führt dazu, dass Berufstätige mit patienten-naher Tätigkeit, durch sinnloses Mikromanagement und den «Bürokratiewahn» (Begriff des Volkswirtschaftlers) demotiviert, in Scharen das Gesundheitswesen verlassen. Die Hauptverantwortung mit der Kostenbremse-Initiative wird ab Juni 2024 im Falle einer Annahme eine politische Partei tragen. Wer in Zukunft nicht mehr die notwendige pflegerische oder ärztliche Betreuung finden wird, den werden wir gern zwecks Organisation der Betreuung an die betreffende Parteizentrale verweisen.

Die Ärzteschaft ist zum Dialog bereit und ist sich auch der Ressourcenlage bewusst. Durch Dialogverweigerung anderer Partner, gepaart mit deren mangelnder Fachkenntnis, ohne arrogant sein zu wollen, ist es schwierig, konstruktive Lösungen zu finden. Die Leidtragenden werden am Schluss alle Patientinnen und Patienten sein.

Die rasch zunehmende, sich verschärfende Mangellage an Medikamenten, Impfstoffen, Medizinalprodukten und last, but not least an Berufstätigen im Gesundheitswesen (Pflege, Ärztinnen, Ärzte, MPA EFZ ...) ist das aktuelle Hauptproblem in Anbetracht der zunehmenden Alterung der Bevölkerung. Die Kosten steigen, seit Jahren langsam stetig, aber nicht relevant. Die Gesundheitsversorgung mit der heute gewohnten Qualität und dem guten Zugang wird kollabieren. Dies ist hingegen sehr relevant.

Ein wesentlicher Teil der wirtschaftlichen Rezession in Deutschland, wie eine Studie kürzlich zeigte, ist darauf zurückzuführen, dass die krankheitsbedingten Arbeitsausfälle massiv zugenommen haben, da die Gesundheitsversorgung kaputtgespart wurde und wird. Die aktuelle Schweizer Gesundheitspolitik ist auf dem Weg in dieselbe Richtung, mit ein paar Jahren Latenz.

Es gibt folglich nicht nur medizinisch, sondern auch volkswirtschaftlich gute Gründe, die Probleme anzugehen, unter rechtzeitiger und aktiver Partizipation praktisch medizinisch erfahrener Berufsleute.

*Dr. med. Carlos Quinto
Mitglied der Redaktion Synapse*

Fehlender ärztlicher Nachwuchs? – Persönliche Gedanken eines Chefarztes

Liest man die Presse, so ist man rasch überzeugt, dass in den medizinischen Berufsfeldern schon bald eine unabwendbare Katastrophe droht. Als Verantwortlicher für einen unverzichtbaren Teil der Notfallversorgung der Nordwestschweiz ist es eine meiner Hauptaufgaben, den Betrieb nachhaltig und qualitativ hochstehend sicherzustellen.

Die chronischen Sorgen um diesen Betrieb und meine eigene Zukunft (als Pensionierter und Patient) haben mich bewegt, mir ein paar Fragen zu stellen.

1. Frage: Stimmt es überhaupt, dass es um den Nachwuchs schlecht bestellt ist?

Die Chefärztinnen und -ärzte haben auf die Frage, wie gut sie ihre Weiterbildungsstellen besetzen können, Auskunft gegeben. Dabei zeigte sich, dass 16 von 33 Kliniken Wartelisten führen, 12 gut besetzen können und 5 Kliniken Mühe haben, Weiterbildungsstellen mit adäquaten Kandidatinnen und Kandidaten besetzen zu können.

Obwohl es sich um eine sehr spezifische Frage in einem speziellen Kontext handelt, gehe ich davon aus, dass wir auch von anderen grösseren und mittleren Spitälern ähnliche Antworten erhalten würden. Etwa 20% der Kliniken dürften Mühe mit der Stellenbesetzung haben. Die Attraktivität von Stellen ist unterschiedlich und hängt von diversen Faktoren ab, wie dem

zukünftigen Arbeitsalltag, dem erwarteten Einkommen, der Vereinbarkeit mit der Familie, psychischen und physischen Ansprüchen und Belastungen, aber nicht zuletzt mit dem Klima am Arbeitsplatz. Da in der Schweiz bisher keine Kliniken oder Abteilungen wegen des Mangels an ärztlichen Mitarbeitenden geschlossen wurden, scheint der Status aktuell auf «ausreichend» zu stehen.

Andererseits ergibt eine Analyse der Stelleninserate der Schweizer Ärztezeitung, dass Stellen in kleineren Spitälern, psychiatrischen Kliniken und Einzelpraxen schwierig zu besetzen sind. Die eigene Erfahrung in der Notfallmedizin ist, dass Weiterbildungsstellen zwar gut besetzbar sind, wenn das Arbeitsumfeld gesund ist, aber es im Bereich von Fachärztinnen und -ärzten und akademisch Interessierten mit Führungspotenzial zunehmend schwierig geworden ist. Prognosen des OBSAN zeigen denn auch schon seit Jahren, dass mit einem Fachkräftemangel nicht nur im Pflege-, sondern auch im Arztdienst gerechnet werden muss.

Roland Bingisser



Prof. Dr. Roland Bingisser
ist Chefarzt Notfall am USB.

2. Frage: Wie halten wir uns aktuell über Wasser?

Konsultiert man SIWF.ch zu den Facharzt-Abschlüssen, so findet man diese bemerkenswerte Aussage: «Der Anteil an Ärztinnen und Ärzten mit einem ausländischen Arzt Diplom hat sich mit 47 Prozent auf hohem Niveau stabilisiert.» Das heisst, dass seit Jahren jede zweite Fachärztin nicht in der Schweiz ausgebildet wurde. Wir leben also nur noch dank der Immigration auf unserem hohen Niveau, was die medizinische Versorgung anbelangt. Insbesondere der Hausarztberuf droht wegen der Altersstruktur und der Abnahme der Arbeitszeit zum Mangelberuf zu werden. Für eine gute Versorgung empfiehlt die OECD einen Hausarzt pro 1000 Einwohner. Nur wenige Gemeinden in der Schweiz erreichen diesen Zielwert. Dagegen gibt es Gegenden, in denen der Grossteil der Gemeinden nur halb so viele Hausärzte hat wie empfohlen. Die Unterschiede in der Verteilung der Hausärzte sind enorm (NZZ 22.2.24). Wir spüren in der Notfallversorgung die Abnahme der Hausarzt Kapazität direkt und täglich aufgrund der Patientinnen und Patienten, die glaubhaft keinen Termin erhalten, weder in der Akutsituation noch in der Nachsorge. Viele Hausärztinnen und -ärzte scheinen Ihre Arbeitszeit eher reduzieren zu wollen, als weiter auszubauen, und der Nachwuchs geht nicht zuletzt in die Praxis, weil die Arbeitszeit eher flexibel und steuerbar scheint.

3. Frage: Was ist der Preis für diese (ungeplante) Strategie?

Der Preis ist zunächst einmal der Preis. Denn ein Besuch beim Hausarzt ist in der Regel günstiger als einer im Spital. «Ein Hausarzt kann viel besser und schneller einschätzen, was sein Patient braucht, als ein Arzt auf der Notfallstation, der nur die Momentaufnahme sieht», meint eine Hausärztin im oben zitierten Artikel. Das stimmt zwar, aber der Wissenschaftlichkeit halber muss gesagt sein, dass die Prävalenz von akut Behandlungspflichtigen im Notfallzentrum fast logarithmisch höher ist als in der Hausarztmedizin, was natürlich adäquate Abklärungen nötig macht. Die Abklärung von Thoraxschmerz bei einer Wahrscheinlichkeit einer akuten kardialen Ursache von 30% in Schweizer Notfallzentren dürfte diese Schätzung untermauern. Der Shift vom Hausarzt zum Spital(-Spezialisten) ist hingegen drastisch. Versicherungsdaten zeigen, dass zwischen 2014 und 2022 die Kosten für Behandlungen bei Grundversorgern um 10% zurückgingen, während die Kosten für ambulante Behandlungen im Spital um 20 Prozent, die Kosten für Behandlungen bei Spezialisten um 40% anstiegen (NZZ 22.2.24).

Der zweite Preis ist die Abhängigkeit von der Immigration, die – gerade auf das Beispiel Deutschland appliziert – nicht im gleichen Ausmass weitergehen dürfte. Die Löhne haben

sich angeglichen, es gibt heute mehr Schweizer Ärztinnen und Ärzte, die sich in Deutschland weiterbilden, weil Morbidität und Fallzahlen höher sind und das Verhältnis Lohn zu Arbeitszeit besser. Deshalb hat sich die Arbeitsmigration auch auf Nicht-EU-Gebiete ausgeweitet.

Der dritte Preis ist die Entstehung von Lücken in der Versorgung, nicht nur in der Hausarztmedizin. In Notfallzentren könnten sich die nächsten Lücken eröffnen, da Schichtarbeit (jede dritte Nacht, jedes zweite Wochenende) immer weniger im Trend liegt, die Arbeit hart (aber ähnlich bezahlt ist wie in Polikliniken) und die Familienkompatibilität nicht immer gegeben ist. Wenn Hausärzte fehlen und Notfallzentren lahmen, dann wird die Medizin nicht besser und schon gar nicht billiger.

4. Frage: Was wäre eine bessere (geplante) Strategie?

Wenn sich der Nachwuchs dafür entscheidet, in einer Gruppenpraxis in der Stadt statt in einer Einzelpraxis auf dem Land zu arbeiten, ist das für Patienten zu akzeptieren – sie müssen flexibler werden. Schwieriger ist, dass die ältere Arzt-Generation nicht eins zu eins durch eine jüngere ersetzt werden kann. Deshalb hat der Staat reagiert und v.a. aufgrund der Tatsache, dass ein Sechstel der Hausärztinnen und Hausärzte im Pensionsalter und ein weiteres Drittel über 55 Jahre alt ist, ein Programm gestartet, um mehr Ärztinnen und Ärzte auszubilden. 2021 begannen 1730 junge Menschen in der Schweiz ein Medizinstudium – 50 Prozent mehr als noch 2016.

Aber reicht das? Nach meiner Erfahrung braucht es 10–15 Jahre, um richtig gute Medizin zu betreiben. Die Initiative hat also einen 20-jährigen Zeitzähler und wird Ende der dreissiger Jahre einen Effekt, aber einen zu kleinen haben, weil die Schweiz dann 10 Millionen Einwohner und über 2 Millionen Rentner haben dürfte.

Wo ist die Luft im System? Meiner Ansicht nach im deutlich zu grosszügig aufgestellten stationären Gesundheitssystem. In meinem Sabbatical in Dänemark habe ich die Folgen der Halbierung der Anzahl Spitäler in wenigen Jahren gesehen. Es gibt tatsächlich wieder genügend Pflegendel! Nächstes Jahr werden die 6 Millionen Däninnen und Dänen noch 21 Notfallzentren zur Verfügung haben, das wäre für die Schweiz hochgerechnet 31 statt 161 (bag.admin.ch, Kennzahlen der Schweizer Spitäler, Anzahl akutsomatischer Einrichtungen 2019). Natürlich kämpfen wir in den grossen Spitalern jeden Tag um das letzte verfügbare Bett. Aber grundsätzlich wären die Ressourcen ärztlich und pflegerisch in der Schweiz für die Anzahl Patienten vorhanden, wenn sie nicht breitestens verteilt wären und die Aufnahmekapazität nicht überall vorgehalten werden müsste. Wir jagen uns gegenseitig die Mitarbeitenden ab, statt uns auf wenige grössere Zentren zu fokussieren. Es gibt

alleine 16 Herzchirurgie-Zentren – in St. Gallen dürfte in Kürze das 17. eröffnen. Woher kommt das Personal? Natürlich von anderen Zentren oder von auswärts. Kleinere Einheiten benötigen mehr Personal als grössere – aufgrund der deutlich grösseren Schwankungen und der Vorhalteleistungen. Bad Krotzingen mit 5 Herzchirurgie-OP-Sälen und fast 5000 Eingriffen dürfte einiges effizienter sein als eine Klinik in Meyrin mit 53 Eingriffen (welches-hospital.ch).

Gibt es Hoffnung? Die Schweiz ist ein Land der Basisdemokratie. Wir haben fast so viele Gesundheitsexpertinnen und -experten wie Deutschland Fussballexpertinnen und -experten. Ich gehe deshalb davon aus, dass dieses

geballte Expertentum eine Volksinitiative starten wird, um Gesundheitsregionen in der Verfassung zu verankern, die mindestens eine Million Einwohner umfassen (natürlich mit geographischen und sprachlichen Ausnahmegebieten) und die sich um eine gemeinsame (stationäre) Gesundheitsplanung bemühen müssen. Dazu ein elektronisches Patientendossier, das nicht freiwillig und mit Ausnahmen gespickt ist, sondern so brauchbar wie das dänische, wo ich im Notfallzentrum vollständige Dossiers von Patienten studieren durfte, deren Ambulanz noch nicht einmal eingeparkt hatte.

Prof. Dr. Roland Bingisser

Numerus clausus: Unsinniges Nadelöhr?

Wie sinnvoll sind Studienplatzbeschränkungen, wenn Fachkräfte fehlen? Die Diskussion über Numerus clausus und Eignungstest ist wenig zielführend, wie der folgende Artikel zeigt. Denn für eine Behebung des Fachkräftemangels gibt es einen wirksameren Hebel: die Arbeitsbedingungen des medizinischen Personals.

Aktuell fehlt ärztlicher Nachwuchs in den Spitälern und Hausarztpraxen, und damit rücken die universitären Studienplatzbeschränkungen und das Auswahlverfahren mittels Eignungstest verstärkt in den politischen Fokus.

Bis zum Stichtag des 15. Februar haben sich gesamtschweizerisch 5648 Interessierte für ein Studium in Humanmedizin (inkl. Chiropraktik) ab Herbstsemester 2024 angemeldet. An den acht Schweizer Universitäten mit medizinischem Studienangebot stehen allerdings nur 2195 Studienplätze zur Verfügung. Für die notwendige Selektion haben sich in der Schweiz zwei Lösungswege etabliert: ein Eignungstest vor dem Studium und eine starke Selektion im ersten Studienjahr. Den Eignungstest müssen Studieninteressierte in der Deutschschweiz (inkl. Freiburg) und im Tessin bestehen – schon seit 1998. In Genf, Lausanne und Neuenburg wird die notwendige Quote im Laufe des ersten Jahres mittels Prüfungen erreicht.

Der Eignungstest ist politisch keinesfalls sakrosankt

Die Hochschulkonferenz hat sich schon 2016 mit der Frage beschäftigt, ob der Test in dieser Form die richtigen Personen zum richtigen Zeitpunkt herausfiltert. Der Schweizerische Wissenschafts- und Innovationsrat kam damals zum Schluss, dass der Eignungstest ein präzises, effektives und kosteneffizientes Selektionsinstrument ist und es keinen Grund gibt, ihn oder die Kriterien für die Studierfähigkeit zu verändern. In der Pandemie, als zwischenzeitlich unklar war, ob die Eignungstests im gewohnten Setting überhaupt durchgeführt werden können, wurden übrigens auch ganz andere Selektionsmethoden

in Erwägung gezogen. Eher hypothetisch, aber dennoch rechtlich seriös geprüft wurde damals auch ein Losverfahren.

Warum aber wird die Kapazität überhaupt beschränkt? Wie in anderen Gesundheitsbereichen auch brauchen die Auszubildenden Praxisplätze. Vor allem in der klinischen Phase des Studiums sind den Universitäten und den Spitälern als Ausbildungsstätten aber Grenzen gesetzt: infrastrukturelle und betriebliche, personelle und, ja, auch finanzielle. Ein einzelner Studienplatz verursacht den Universitäten und Ausbildungsspitälern ab dem dritten Studienjahr Kosten von rund 150'000 Franken pro Jahr. Von diesem Betrag bezahlt der Bund rund einen Drittel. Etwa einen Viertel übernehmen die Herkunftskantone der Studierenden. Die restlichen Betriebskosten und vor allem die Infrastrukturinvestitionen finanzieren nach wie vor zur Hauptsache die Standortkantone der Universitäten und der Universitätsspitäler. Die Universitätskantone stossen dabei an die Grenzen ihrer Möglichkeiten.

Im Herbst 2014 wurde aufgrund des allgemeinen Ärztemangels auf nationaler Ebene empfohlen, die Ausbildungskapazitäten an den Schweizer Universitäten zu erhöhen. Der Bund unterstützte in der Periode 2017–2020 einen Ausbau mit 100 Mio. Franken. 30 Mio. Franken davon wurden für den bis dahin bereits geleisteten Ausbau zur Verfügung gestellt. 70 Mio. Franken standen als projektgebundene Beiträge für weitere Ausbauschritte zur Verfügung. Die Universität Basel hat an beiden Ausbauschritten partizipiert. Sie konnte ihre Kapazitäten so im ersten Studienjahr von 2013 bis 2023 von 130 auf 205 Studienplätze ausbauen. Auf Master-

Conradin Cramer



Regierungsrat **Dr. Conradin Cramer** ist Vorsteher des Erziehungsdepartements des Kantons Basel-Stadt.

Stufe studieren in Basel in Kooperation mit anderen Schweizer Universitäten 230 angehende Ärztinnen und Ärzte.

Kaum Möglichkeiten der Steuerung

Das Problem ist damit nicht gelöst. Denn durch das Zulassungsverfahren lässt sich kaum steuern, ob, bis zu welchem Beschäftigungsgrad und wie lange die angehenden Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf ausüben werden, ob sie sich in medizinischen Fachgebieten spezialisieren, in denen der grösste Bedarf besteht. Der Numerus clausus an den Universitäten ist demnach nicht das einzige und heute vermutlich noch nicht einmal das entscheidende Nadelöhr in der Ausbildung von medizinischem Fachpersonal. Neben gesetzten Grenzen in der klinischen Ausbildung an den Spitälern, die nur gemeinsam und gesamtschweizerisch verschoben werden können, ist die Politik vor allem auch gefordert, die Rahmenbedingungen für die Ausübung des Berufs

zu verbessern. Denn die anforderungs- und entbehrungsreichen Arbeitsbedingungen, welche die Studierenden als Unterassistentinnen und -assistenten in der Praxis erfahren, werden als Hauptgrund für den verbreiteten Gedanken an einen Berufswechsel angegeben.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die universitäre Studienplatzbeschränkung keinesfalls eine leichtfertige Schikane der Politik darstellt. Sie ergibt sich als eine schiere Notwendigkeit aus den infrastrukturellen, betrieblichen, personellen und finanziellen Gegebenheiten in der klinischen Phase des Studiums. Für eine nachhaltige Lösung des Nachwuchsmangels ist ein gesamtschweizerischer Effort nötig. Und dabei müsste auch über die Arbeitsbedingungen im medizinischen Alltag und neue Formen der medizinischen Versorgung nachgedacht werden.

Dr. Conradin Cramer

«Dafür hast du keine Zeit»

Silvan H., der im realen Leben anders heisst, ist Assistenzarzt in einem Basler Spital. Die ersten Jahre seines Berufslebens brachten ihn an die Grenzen der Belastbarkeit. Doch sein Durchhaltewille hat sich gelohnt.

Synapse: Sie haben Ihre erste Assistenzarztstelle nach einem Monat wieder gekündigt. Weshalb?

Silvan H.: Ich sah keinen Sinn in der Arbeit, es war kein Ende in Sicht und meine körperlichen und psychischen Energiereserven reduzierten sich auf ein Minimum. Es wurde mir erst im Rahmen der ersten Stelle bewusst, wie starr (und veraltet) die Arbeitsbedingungen der Ärzte sind und wie die im Studium propagierte «patientenzentrierte» Arbeit keineswegs der Wahrheit entsprach. Bestenfalls behandelte man eine Diagnose, aber nicht den ganzen Menschen. Wollte ich auf die Psyche des Menschen eingehen, der vor mir stand (oder besser gesagt lag), hiess es von oben: «dafür hast du keine Zeit», was leider auch so war. Schenkte ich jedem Patienten zusätzlich 5 Minuten Aufmerksamkeit, zog sich mein Tag in die Ewigkeit aufgrund der noch ausstehenden administrativen Arbeit, die in meinen Augen zurzeit das Hauptelement der ärztlichen Arbeit darstellt.

Sie haben im Sommer letzten Jahres Ihre zweite Assistenzarztstelle angetreten. Wie geht es Ihnen heute? Werden Sie an dieser Stelle bleiben?

Definitiv! Eine wahrhaftige 50-Stunden-Woche im Vergleich zu einer effektiven 70-Stunden-Woche macht bereits sehr viel aus. Zudem schätze ich den freundlichen, zielorientierten Umgang sowie die positive Fehlerkultur extrem

und verzeichne viel mehr persönliche Fortschritte. Es gefällt mir, mit dem ganzheitlichen Menschen (Psyche und Somatik) zu arbeiten und die Priorität nicht auf eine abrechnungsoptimierte Diagnoseliste setzen zu müssen, sondern auch soziale, nicht abrechnungsrelevante Faktoren miteinbeziehen zu können. Zudem findet bei dieser Stelle viel mehr interdisziplinärer Austausch statt und nicht das klassische «Herunterdelegieren und Herunterschauen» der Ärzte auf die Pflege.

Welche Lehren ziehen Sie aus diesen beiden Erfahrungen?

Ich habe gelernt, für mich selbst einzustehen und nicht einfach mitzuschwimmen, wie der Grossteil es tut.

Denn sonst bleiben die rückständigen, ineffizienten Arbeitsprozesse und -bedingungen weiterhin bestehen, während sich andere Berufsgruppen weiterentwickeln und unsere Arbeit immer mehr durch fachfremdes Personal dirigiert wird.

Wie viele Stunden beträgt Ihre offizielle, vertraglich vereinbarte Arbeitszeit und wie lange arbeiten Sie wirklich?

Bei der ersten Stelle hatte ich einen 50-Stunden-Vertrag inkl. 4 Stunden Weiterbildung, wovon ich jedoch nur rund 1,5 Stunden in Anspruch

nehmen konnte aufgrund der Visiten und Rapporte. Zusätzlich arbeitete ich ca. 65–70 Stunden pro Woche exkl. Home-Office. Dienste hatte man damals ca. 4 pro Monat, welche 12–16 Stunden andauerten. Überzeit wurde hauptsächlich mit Hintergrunddiensten kompensiert. Bei der jetzigen Stelle arbeite ich effektiv 50 Stunden pro Woche und kann im Schnitt 2,5 Stunden Weiterbildung pro Woche besuchen, was aber immer noch unter den 4 Stunden pro Woche liegt. Überzeit kann hier nicht kompensiert werden, was einen Anreiz schafft, erst gar keine aufzubauen.

Weshalb, glauben Sie, hat der Anteil administrativer Arbeit und Bürokratie im Berufsalltag eines Arztes oder einer Ärztin in den letzten Jahren derart zugenommen?

Da sind einerseits die Vorgaben der Krankenkassen, welche stetig ansteigen, in massiven Verwaltungskosten enden und grösstenteils völlig sinnlos sind. Damit meine ich zum Beispiel das Verfassen von Kostengutsprachen-Anträgen zur Rechtfertigung der Behandlung langjähriger chronischer Erkrankungen, welche mehrwöchige bis mehrmonatige Aufenthalte benötigen. Diese redundanten Anträge liessen sich mit (mehr) medizinischem Fachwissen seitens der Krankenkassen sicherlich wegsparen. Andererseits wird von uns stets das Erstellen von neuen Patientendokumenten gefordert, und zwar auf der Basis der vielen, praktisch ausnahmslos inkompatiblen Klinikinformationssysteme der Spitäler und Praxen. Dem wäre mit kompatiblen Systemen oder einer digitalen Gesamt-KG entgegenzuwirken. Diese Aufgabe könnte und wird in gewissen Spitälern vom Sekretariat übernommen, was von Kollegen bereits als grosse Entlastung beschrieben wurde. Dazu kommen codierungs- und nichtbehandlungsrelevante Arztberichte, die kaum effizient und zielführend verfasst werden (sollen). Von der berufsgruppenübergreifenden «Dokumentationsflut» ganz zu schweigen

Wie viel Zeit bleibt Ihnen für Ihr Privatleben und Ihre sozialen Kontakte?

Bei der ersten Stelle war ich von morgens bis abends (um 21/22 Uhr) im Spital, sodass weder für soziale Kontakte noch für die eigene Gesundheit noch für die Administration ausserhalb des Berufs Zeit übrig war und sich alles auf das Wochenende verschob. Die jetzige Stelle ermöglicht mir, auch unter der Woche meine Freizeit hin und wieder mit sozialen Kontakten, Sport, Musik oder Organisatorischem zu füllen, sodass ich an den dienstfreien Wochenenden meine Zeit definitiv mehr geniessen kann.

Haben diese ersten Erfahrungen Ihr Berufsbild als Arzt verändert – oder bestätigt?

Total verändert, leider auf eine negative Art. Ich erlebe, wie ich als Arzt immer mehr zum patien-

tenfernen Sachbearbeiter werde, der sich für jegliche Leistung gegenüber der Krankenkasse rechtfertigen muss, während die Krankenkassen sich kaum für die Redundanzen und Fehler rechtfertigen müssen, welche sie im klinischen Alltag kreieren. Zudem halten Ärzte in meinen Augen nur wenig zusammen. In den Medien und der Politik wird gegen Ärzte gewettert und gleichzeitig bekämpfen sich die Ärzte noch gegenseitig.

An den meisten Orten herrscht weiterhin Hierarchie mit harschen Umgangsformen, lausigem Teaching und absolut negativer Fehlerkultur.

Dinge, die ich zuletzt im Militär erlebt habe, mit der Begründung «Ist so, weil ist so». Das Resultat ist eine Spaltung der Ärzteschaft und ein Kämpfen gegeneinander anstelle einer Lösungssuche miteinander – so wie das zum Beispiel der VSAO macht, der sich für Arbeitszeiten und -bedingungen einsetzt, die der heutigen Wirtschaftslage angepasst sind. Stattdessen «predigen» alt erfahrene «Ikonen» der Chirurgie eine 80-Stunden-Woche, ohne jegliches Verständnis und ohne überhaupt einen Bruchteil der administrativen Tätigkeiten der jungen Kollegen zu erbringen, was bei Letzteren jedoch 95% des klinischen Alltags ausmacht.

Wo orten Sie die grössten «Baustellen» im Schweizer Gesundheitswesen?

An erster Stelle sehe ich einen «Prozessoptimierungswahn», der zu immer mehr Mitarbeitern in der Verwaltung und gleichzeitig zu immer weniger Mitarbeitern mit direktem Patientenkontakt (Pflege, Ärzte, Physiotherapeuten, Sozialdienst, Ergotherapie sowie weitere Dienste) führt, was wiederum dazu führt, dass die effektiven Dienstleister, die Leistungen am Patienten erbringen, weggespart werden. Eine zweite Baustelle betrifft das Festlegen der Behandlungsrahmen und -ziele, die aktuell nicht durch die ärztlichen Fachpersonen erfolgen, sondern durch die Krankenkassen, die meist ohne Sachverständnis auf das Einsparen von Geld anstatt auf die nachhaltige Behandlung der Patienten fokussiert sind. Dazu kommen Fehlanreize: Ein Operateur verdient, wenn er operiert. Verhindert er erfolgreich eine Operation durch kritisches Hinterfragen der OP-Indikation, verdient er nichts, was den Anreiz, unnötige OPs zu verhindern, natürlich senkt.

Ausserdem haben wir eine vergleichsweise schwache Ärztelobby, die neben den mächtigen Krankenkassen-, Tabak-, Alkohol-, Zucker- und Pharmedlobbys keine Chance hat.

Im Prinzip ist unser Gesundheitswesen ein «Krankheitswesen», das oft zu spät eingreift.

Der Fokus der Krankenkassen und Krankenhäuser liegt auf dem kranken und nicht auf dem gesunden Menschen, denn ein gesunder Mensch lohnt sich aus ökonomischer Perspektive nicht. Gesundheitsförderung und -prävention kommen in meinen Augen weiterhin zu kurz. Dies widerspiegelt sich bereits wunderbar in der Berufsgruppe der Ärzte – maximal ein Viertel aller Ärzte leben physisch und psychisch gesund und können die Dinge umsetzen, die sie ihren Patienten mitgeben.

Müsste das Medizinstudium neu strukturiert und aufgebaut werden?

Auf jeden Fall. Weg vom Frontalunterricht und der isolierten Theorie sämtlicher Krankheitsbilder hin zu fallbasiertem Teaching und (Kennen-)Lernen der Erkrankungen im Rahmen ebendieser Fallbesprechungen. Auch die Administration sollte bereits früher im Studium implementiert werden, um auf die Zeit als Assistenzarzt (= Sachbearbeiter) vorzubereiten, um kein idealisiertes, sondern ein realistisches Weltbild zu kreieren.

Halten Sie den Numerus clausus beim Medizinstudium noch für zeitgemäss?

Nicht wirklich. Die Voraussetzung, vor Studienbeginn ein Praktikum im Gesundheitswesen zu absolvieren, und eine Selektion der Studierenden durch die Prüfungen (wie vor 30 Jahren bspw.) würden meiner Meinung nach mehr am Fach interessierte Studenten mit sich brin-

gen. Natürlich vorausgesetzt, die Prüfungen beinhalten kein (unnützes) alltagsfremdes Spezialwissen wie bisher, sondern prüfen jeweils Grundverständnis der Basics und fördern ein korrektes Verhalten gegenüber den Patienten.

Zum Schluss: Wenn Sie einen Wunsch an die neue Gesundheitsministerin, Frau Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider, frei hätten, welcher wäre das?

Ich würde mir wünschen, dass ein Dialog (ohne Schuldzuweisungen) zwischen der Bevölkerung und den ärztlichen Fachpersonen zustande käme, in dem Fragen und Bedürfnisse beider Seiten geklärt würden, z.B.: «Weshalb steigen Gesundheitskosten? Welche Rolle spielen dabei Krankenkassen, Ärzte und Politik?» «Welches sind die Erwartungen und Wünsche der Bevölkerung an einen Arzt und inwiefern weichen diese vom tatsächlichen Alltag der Ärzte ab?» «Wie können Gesundheitspersonal und Bevölkerung gemeinsam auf das Ziel der Gesundheitserhaltung und -förderung hinarbeiten?»

Natürlich wäre es auch schön (wenn ich einen zweiten Wunsch frei hätte), zeitgemässe Arbeitsbedingungen und -zeiten einzuführen, ohne dabei die 80-Stunden-Chirurgen zu empören, und gleichzeitig denjenigen Ärzten mehr Möglichkeiten zu bieten, die das Grosswerden ihrer Kinder miterleben wollen oder die ihre Interessen neben der Medizin weiterverfolgen wollen. Dafür setzt sich glücklicherweise der VSAO schon ein, was ich sehr wertschätze.

Bemerkung der Redaktion: Wir haben dieses Interview anonym geführt, um den Assistenzarzt zu schützen, damit ihm in seiner Karriere keine Nachteile erwachsen. Dass dies heute in einer freien und offenen Demokratie wie der Schweiz immer noch nötig ist, deutet auf eine ungenügende Gesprächskultur der medizinischen und gesundheitspolitischen Führungspersonen und auf ein ungesundes Machtgefälle hin, das es langfristig zu überwinden gilt.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
 Ärztesgesellschaft Baselland
 Hofackerstrasse 40A
 4132 Muttenz
 E-Mail: synapse@synapse-redaktion.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger,
 Facharzt für Urologie FMH
 Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg
 Dr. med. Christiane Leupold-Gross,
 Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH
 Dr. med. Carlos Quinto MPH,
 Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH
 PD Dr. med. Dominic Mathis, Facharzt
 für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
 des Bewegungsapparates FMH
 Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern
 Ruedi Bienz, ehemaliger Geschäftsführer EMH

Inserate

SciMed AG
 Matthias Scholer
 Stallenrain 24
 4103 Bottmingen
 Tel. 061 271 20 50
 E-Mail: scholer@scimed.ch

Layout, Satz und Litho

bido-graphic GmbH, Muttenz

Druck

Werner Druck & Medien AG, Basel

printed in
 switzerland

© 2024. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck,
 elektronische Wiedergabe und Übersetzung,
 auch auszugsweise, nur mit schriftlicher
 Genehmigung der Redaktion Synapse gestattet.

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–
 Für Mitglieder der Ärztesgesellschaft
 Baselland und der Medizinischen
 Gesellschaft Basel ist das Abonnement
 der Synapse im Jahresbeitrag enthalten.

«Synapse» im Internet:

www.synapse-online.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:

15. April 2024



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland
 Hofackerstrasse 40A, CH-4132 Muttenz
 Tel. 061 465 50 50, E-Mail: aeg-bl@hin.ch
www.aerzte-bl.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
 Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
 Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
 Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
 E-Mail: info@medges.ch

Fragen an Valeria Scheiwiller, Präsidentin swimsa

«Schliesslich hat niemand von uns Medizin studiert, um 80% der Zeit hinter dem Bildschirm zu verbringen»

Eine vom Verband der Schweizer Medizinstudierenden (swimsa) durchgeführte Umfrage unter 2300 Medizinstudierenden hat ergeben, dass sich ein Drittel der angehenden Ärztinnen und Ärzte nach den ersten Praxiserfahrungen ernsthaft überlegt, den Beruf aufzugeben. Grund dafür sind die erlebten Arbeitsbedingungen.

Synapse: Gemäss Ihrer aktuellen swimsa-Umfrage überlegen sich 33% der Medizinstudierenden nach den ersten Praxiserfahrungen im Spital aus dem Beruf auszusteigen. Wie interpretieren Sie dieses Resultat? Haben Sie das erwartet? Oder waren Sie überrascht?

Valeria Scheiwiller: Vor Erstellung der Umfrage habe ich im Gespräch mit Studienkolleginnen und -kollegen bereits festgestellt, dass es einige Personen gibt, die Mühe mit den Bedingungen und dem Arbeitsalltag in der Klinik hatten. Nach Auswertung der Umfrage war ich vor allem beunruhigt, dass die Prozentzahl derjenigen Studierenden so hoch ist, die sich längerfristig nicht vorstellen können, im Beruf zu bleiben. Für mich war dann klar, dass wir nun gemeinsam etwas am System verändern müssen, damit wir die angehenden Medizinerinnen und Mediziner nachhaltig und langfristig im Beruf behalten können.

Ihre Umfrage zeigt auch, dass es bei den Studierenden eine Art «Realitätsschock» zwischen Theorie und Praxis gibt, sobald diese nach der theoretischen Ausbildung in den praktischen (Spital-)Alltag eintauchen. Ist das ein Problem der Ausbildungsstruktur? Oder ist das typisch für die Generation Z (die Befragten gehören wie Sie zur sog. Generation Z)?

Aus unserer Umfrage lässt sich nicht herauslesen, aus welchem Grund dieser sogenannte «Realitätsschock» entsteht. In den letzten Jahren hat sich die universitäre medizinische Ausbildung gewandelt zu einer verstärkt praxisbezogenen Ausbildung. Dies ist eine äusserst erfreuliche Entwicklung für die medizinische Ausbildung in der Schweiz. Als Unterassistentin oder Unterassistent arbeitet man meistens eng mit einer Assistenzärztin oder einem Assistenzarzt zusammen und kriegt hautnah die Ineffizienz, die hohe Bürokratielast und die anspruchsvolle Belastung des Berufes zum ersten Mal mit. Hierbei erwähnt werden muss, dass unsere Generation digital vernetzt aufgewachsen ist und beim Arbeitsantritt in vielen Kliniken schnell das Gefühl aufkommt in der digitalen Steinzeit gelandet zu sein. Dies ist für viele frustrierend,

schliesslich hat niemand von uns Medizin studiert, um 80% der Zeit hinter dem Bildschirm zu verbringen, Medikamentenlisten anzufordern, Diagnoselisten abzutippen, Dokumente einzuscannen etc. Durch das Wahlstudienjahr erhalten die Studierenden Einblicke in verschiedene Kliniken, die alle mehr oder weniger das gleiche ernüchternde Bild vermitteln: mangelnde Digitalisierung und hohe Arbeitsbelastung der jungen Assistenzärztinnen und -ärzte. So fragen sich einige Studierende verständlicherweise, wie sie die anderen Lebensbereiche wie Forschung, Freunde, Freizeit oder Familienplanung unter einen Hut bringen sollen. Insbesondere die Unberechenbarkeit und Inflexibilität des ärztlichen Alltages macht es schwierig, die vielen Lebensbereiche zu vereinen. Ich denke, dass sich unsere Generation – unabhängig von der Branche – ihres Werts bewusst ist und weiss, was sie sich als sinnstiftenden Beruf wünscht, weshalb sie sich intensiv mit ihrer Lebens- und Zukunftsplanung beschäftigt.

Sie fordern die politischen Entscheidungsträger in der Schweiz auf, sofort Massnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen des ärztlichen Berufes zu ergreifen. Was heisst das konkret? Welches sind für Sie die wichtigsten Massnahmen?

Wir haben vier Massnahmen gefordert:

- 1) Verbesserung der Rahmenbedingungen: Einhaltung des geltenden Arbeitsrechts und sukzessive Reduktion der effektiven wöchentlichen Arbeitszeit für Assistenzärztinnen und -ärzte.
- 2) Reduktion der bürokratischen Tätigkeit von Ärzten und Ärztinnen.
- 3) Ermöglichen von flexiblen Arbeitsmodellen (insbesondere Teilzeitarbeit).
- 4) Digitalisierung und Harmonisierung: Priorisierung der Digitalisierung und Harmonisierung des schweizerischen Gesundheitssystems, um Ineffizienzen des Sektors zu überwinden.

Ihre Umfrage bestätigt einen Trend, der durch andere ärztliche Berufsverbände

Valeria Scheiwiller



Valeria Scheiwiller ist Präsidentin der swimsa (Swiss Medical Students Association) und studiert im 6. Studienjahr an der Universität Lugano. Vor dem Studium absolvierte sie ein halbjähriges Pflegepraktikum, 2018 begann sie ihr Medizinstudium an der Universität Zürich. Seit dem ersten Studienjahr ist sie ein aktives Mitglied der swimsa. Auf internationaler Ebene nahm sie im Mai 2023 am World Health Assembly der WHO als Jugenddelegierte für die Schweiz teil und war als Chairperson der IFMSA (International Federation of Medical Students Associations) tätig.

bereits nachgewiesen wurde. 2016 meldete der VSAO, dass jeder zehnte Arzt oder jede zehnte Ärztin den Beruf vorzeitig verlassen will. Eine aktuelle Studie der FMH zeigt zudem, dass ein noch grösserer Teil der Ärzteschaft einen Ausstieg in Betracht zieht. Was ziehen Sie daraus für Schlüsse?

Durch den demografischen Wandel ist die Schweiz auf alle Gesundheitsfachpersonen angewiesen, viele steigen bereits nach kurzer Zeit aus dem Beruf aus. Es kann nicht sein, dass wir unsere ausgebildeten Medizinerinnen und Mediziner verheizen, sondern es ist jetzt allerhöchste Zeit für einen systemischen Wandel. Hierfür müssen wir gemeinsam generationsübergreifend am gleichen Strang ziehen, um Arbeitsbedingungen zu schaffen, in welchem alle Ärzte und Ärztinnen ihrem Beruf (wieder) in Gesundheit und Freude nachgehen können.

Laut Bundesrat belaufen sich die Kosten für das sechsjährige Medizinstudium auf rund 650'000 Franken pro Studienplatz. Nun gibt es erste Forderungen aus der Politik, die von den ärztlichen Berufsabgängerinnen und -abgängern verlangen, zumindest einen Teil des durch den Steuerzahler finanzierten Studiums dem Staat zurückzuzahlen. Was meinen Sie dazu?

Bevor diese Forderung in Betracht gezogen werden kann, möchte ich die Universitäten dazu auffordern, die Kosten des Medizinstudiums detailliert und vollständig aufzuzeigen. Meines Erachtens ist diese Kostentransparenz notwendig, um herauszufinden, wie die Studienplätze kosteneffizient erhöht werden können. Ich halte es für wenig zielführend, die ärztlichen Berufsabgängerinnen und -abgänger zur Kasse zu bitten. Dies könnte dazu führen, dass nur noch Personen Medizin studieren, welche es sich bei einem Abbruch oder Ausstieg allenfalls leisten könnten, dem Beruf den Rücken zu kehren ohne grosse finanzielle Rückschläge.

Trotz der eindeutigen Resultate Ihrer Umfrage ist das Interesse am Medizinstudium unverändert hoch. Im Jahr 2020 haben sich rund 5700 Personen um einen Studienplatz beworben, was die Zahl der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze bei weitem überschreitet. Wie erklären Sie sich diesen «Widerspruch»?

Ich sehe keinen Widerspruch. Das Medizinstudium ist ein äusserst interessantes Studium, in welchem man sich intensiv mit vielen Aspekten des Menschseins in Gesundheit und Krankheit auseinandersetzt. Der Beruf des Arztes oder der Ärztin kann äusserst erfüllend und sinnstiftend sein, so dass das hohe Interesse am Studium absolut nachvollziehbar ist. Mit Sicherheit bestätigen lässt sich meine Vermutung nicht, aber ich denke, dass die intensive Auseinandersetzung mit der Arbeitsrealität als Assistenzarzt und

-ärztin erst gegen Ende des Studiums und insbesondere im Wahlstudienjahr stattfindet. Und seien wir einmal ehrlich: Im Alter von 18 oder 19 Jahren, wenn sich jemand für ein Studium entscheidet, hat sich wohl kaum jemand mit der Frage auseinandergesetzt, wie das Leben in der Arbeitswelt im Alter von 30–35 aussieht, so dass es meines Erachtens nachvollziehbar ist, dass die Ausstiegsgedanken erst später auftreten.

Die Schweiz ist stark auf den eigenen ärztlichen Nachwuchs angewiesen, tut sich aber mit der Nachwuchsförderung schwer. Was müsste man besser machen bei der Ausbildung? Braucht es Ihrer Meinung nach den Numerus clausus in der Medizin heute noch?

Die Schweiz bildet schlichtweg zu wenig eigene Ärzte und Ärztinnen aus, um den Nachwuchs zu decken, obwohl seit mehr als 20 Jahren der Ärzteverband eine Erhöhung der Studienplätze fordert. Solange diese Plätze beschränkt sind, braucht es eine Zulassungsbeschränkung mittels Eignungstest oder Concours. Aber alleine nur die Studienplätze zu erhöhen, reicht nicht aus. Gleichzeitig muss man sich darauf fokussieren, die bereits ausgebildeten Ärzte und Ärztinnen im Beruf zu halten, mittels Verbesserung der Bedingungen.

Für die grosse Mehrheit der Studierenden kommt es nicht infrage, nach der Facharzt-ausbildung Vollzeit zu arbeiten. Nur 28 Prozent der Studierenden möchten nach Abschluss der Ausbildung eine 100-Prozent-Stelle. Eine Mehrheit will ihren Beruf nur in Teilzeit ausüben. Muss sich die (Zivil-)Gesellschaft – vorab die Patientinnen und Patienten – auf ein neues ärztliches Berufsverständnis einstellen? Muss sie das Berufsbild des Arztes «neu» denken?

Das Gesundheitswesen steht unter Druck und befindet sich im Wandel der Zeit. Neue Berufsgruppen wie z. B. Nurse Practitioners finden den Weg in die Schweizer Spitallandschaft. In der Europäischen Union ist vermehrt die Rede von Gesundheitsdatenräumen und der Ruf nach Teilzeitarbeit ist gross. Diese Veränderungen bringen neue Herausforderungen mit sich, welche mit Sicherheit auch das Berufsbild des Arztes und der Ärztin verändern werden. Inwiefern sich dieses Bild verändern wird, kann ich nicht voraussagen. Fest steht aber, dass die angehende Generation von Ärzten und Ärztinnen interessiert ist an einer sinnstiftenden und patientenorientierten Medizin. Ich appelliere an uns alle, offen für die nötigen Veränderungen zu sein, um die Herausforderungen im Gesundheitswesen gemeinsam anzupacken.

*Die Fragen stellte Bernhard Stricker,
Redaktor Synapse*

ReMed – das Unterstützungsnetzwerk der FMH für Ärztinnen und Ärzte

ReMed ist ein Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte. In Krisensituationen unterstützt ReMed Ärztinnen und Ärzte mit einem breiten Angebot. Ziele sind die Erhaltung der Gesundheit und der ärztlichen Funktionalität sowie die Gewährleistung der Patientensicherheit und der hohen Qualität in der medizinischen Versorgung.

Rahmenbedingungen

Damit Ärztinnen und Ärzte sich für die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten engagieren können, ist es von grosser Bedeutung, dass sie ihre eigene Gesundheit im Blick behalten, aktuell und auch für ihr weiteres Berufsleben. Aufgrund ihrer Arbeitsbedingungen sind Medizinerinnen und Mediziner besonderen Risiken ausgesetzt, die zu ernsthaften physischen und psychischen Problemen führen können. Oft zögern sie, Hilfe anzunehmen, und tendieren dazu, selbst Diagnosen zu stellen und sich eigenständig zu behandeln.

In solchen Krisensituationen bietet ReMed spezielle Unterstützung für die Ärzteschaft an, indem es Wissen und Erfahrung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention vermittelt. Dies sensibilisiert Ärztinnen und Ärzte für ihre eigene Gesundheit und ermöglicht ihnen, von der kompetenten und langjährigen Beratungserfahrung zu profitieren. Die Ziele von ReMed umfassen die Erhaltung der Gesundheit und Funktionalität der Ärzte sowie die Sicherstellung von Patientensicherheit und hoher Qualität in der medizinischen Versorgung.

Auch wenn ReMed von der FMH finanziert wird, hat die Standesorganisation zu keinem Zeitpunkt Einblick in die Personen- und Betreuungsakten. ReMed ist an das ärztliche Berufsgeheimnis gebunden, ärztliche und administrative Aufgaben sind klar getrennt.¹

Angebot und Inanspruchnahme

Die Gesundheit der Ärztin, des Arztes steht bei ReMed im Zentrum, mit besonderer Beachtung berufsspezifischer Risiken und der Prävention. Im Sinne einer (Erst-)Beratung nimmt ReMed mit der ratsuchenden Kollegin, dem ratsuchenden Kollegen innert 72 Stunden Kontakt auf, versucht die Situation zu verstehen und erarbeitet Lösungen. ReMed kann über die 24-Stunden-Hotline 0800-0REMEDI (0800-073633), oder übers Internet (www.swiss-remed.ch) kontaktiert werden. Im Gespräch mit der ratsuchenden Ärztin, dem ratsuchenden Arzt erfolgt eine Situationsanalyse und die weiteren Massnahmen werden festgelegt und gemeinsam beschlossen. ReMed vermittelt für die allfälligen weiteren Schritte geeignete weiterbetreuende Fachpersonen aus bestehenden Angeboten der Region. Das Team von ReMed hat in den letzten 13 Jahren rund 1800 Ärztinnen und Ärzte im Rahmen

ihrer Unterstützungsleistungen beraten, begleitet und unterstützt und wird es auch weiterhin tun: Die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte ist und bleibt ein zentrales Thema. 2023 sind beim Netzwerk über 250 Beratungsanfragen eingegangen. Die Dienste sind somit weiter gefragt. Wie in den letzten Jahren war die Problematik «Belastung am Arbeitsplatz» der meistgenannte Grund für die Kontaktaufnahme, dicht gefolgt von den Problemen «Burn-out», «Angst», «Selbstzweifel» und «Depression».

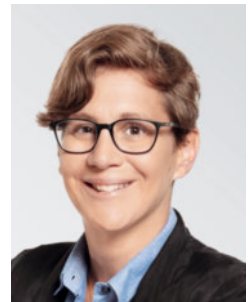
Wirkung?!

Für ReMed war und ist es wichtig, die eigene Arbeit zu reflektieren und weiterzuentwickeln. So erfolgte 2016 eine externe Evaluation und 2021 eine prospektive Studie realer Beratungsfälle. 92 Prozent fanden die Reaktionszeit (sehr) gut, 98 Prozent schätzten die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme als (sehr) gut ein. Das Angebot hat bei 95 Prozent ratsuchenden Ärztinnen und Ärzten (teilweise) geholfen. Die Ergebnisse aus der prospektiven Studie zeigen ein durchwegs positives Bild mit einer (sehr) guten Beurteilung der Strukturqualität von 97 Prozent, der Anteil bei der Prozessqualität lag bei 90 Prozent und bei der Ergebnisqualität bei 82 Prozent.

Ärztegesundheit

Verschiedene Faktoren stellen eine Herausforderung für die Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz dar: Lange Arbeitszeiten, hohe Verantwortung, starker Leistungsdruck, wenig Ausgleichsmöglichkeiten, schlechte Work-Life-Balance sind einige davon. Es ist dringend notwendig, dass die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte mehr Beachtung findet. Denn Versorgungssicherheit und Behandlungsqualität hängen direkt mit dem Gesundheitszustand der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zusammen. Deshalb engagiert sich die FMH in diesem Bereich und schafft mit der Charta Ärztegesundheit eine Argumentationsbasis, um für die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte einzustehen. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretungen von VSAO, JHaS, mfe, SGARM, SIWF, swimsa, FMH, den FMH-Projekten Coach my Career und ReMed, erarbeitete in den Jahren 2020 und 2021 die Charta Ärztegesundheit – Gesunde Ärztinnen und Ärzte für gesunde Patientinnen und Patienten, welche an der Ärztekammer vom 19. Mai 2022 allen der FMH

Esther Kraft



Esther Kraft ist nichtärztliche Co-Leiterin ReMed.

Anmerkungen

- [1] ReMed Handbuch (2023): https://remed.fmh.ch/ueber_remed.html, 06.02.2023
- [2] FMH Ärztegesundheit (2023): <https://www.fmh.ch/themen/public-health/aerztegesundheit.cfm>, 06.02.2023
- [3] Coach-my-Career-Mentoring-Programm FMH

angeschlossenen Verbänden vorgestellt wurde. Die 14 Kernaussagen und die Angaben, wie die Charta unterzeichnet werden kann, finden Sie auf der FMH-Website unter: FMH → Themen → Public Health → Ärztegesundheit.² Zusammen mit den fünf Partnern Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (vsao), Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), Swiss Medical Students' Association (SWIMSA) und Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) lancierte die FMH 2018 das gemeinsame

Mentoring-Programm «Coach my Career» für junge Ärztinnen und Ärzte. Ziel ist es, junge Medizinerinnen und Mediziner auf ihrem Weg in die berufliche Zukunft zu unterstützen und ihnen zu helfen, einen für sie langfristig passenden Platz im Gesundheitssystem zu finden. Das Programm richtet sich an Medizinstudierende beim Studienabschluss, Assistenzärztinnen und -ärzte in der Weiterbildung und junge Oberärztinnen und -ärzte bei Karriereentscheiden.³

Esther Kraft

ReMed ist für Sie da

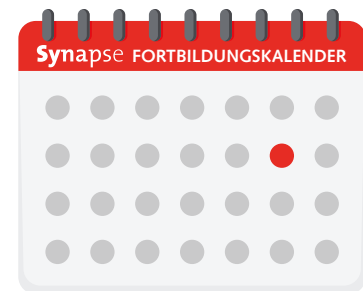
Brauchen Sie oder jemand aus Ihrem Umfeld professionelle Hilfe? Wenden Sie sich an ReMed: Das Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte respektiert das Arztgeheimnis und berät Sie kompetent. Auch bei anderen beruflichen und persönlichen Krisen kann Ihnen ReMed Lösungswege aufzeigen. Dieses Angebot gilt auch für Personen aus dem Umfeld von Ärztinnen und Ärzten. 24 Stunden am Tag.

Die ärztlichen Beratenden melden sich innerhalb von 72 Stunden: remed@hin.ch / 0800 0 73633

ReMed, Postfach, 3000 Bern 16. info@swiss-remed.ch



Nutzen Sie den Fortbildungskalender unter <http://fortbildungskalender-synapse.ch/>



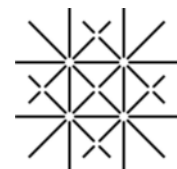
Diese Plattform für die Fortbildungen der Grundversorgerinnen und Grundversorger in der Nordwestschweiz wird betreut durch den Hausarzt Dr. med. Julian Mettler, der für die Auswahl der Einträge zuständig ist. Er macht diese Arbeit, um für sich und seine Kolleginnen und Kollegen etwas mehr Übersicht über das vielfältige Fortbildungsangebot zu schaffen, selbstverständlich ohne Honorar.



Melden Sie Ihre Veranstaltungen per Mail an julian.mettler@hin.ch

Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel | uniham-bb

Wichtige Termine 2024



UNI
BASEL

Dienstagmorgen-Fortbildungen im KSBL Liestal, Aula Feldsäge, 7.45–8.30 Uhr

30. April 2024, «Infektiologie – neue insektenübertragene Erkrankungen»

Prof. Dr. med. Philip Tarr

10. Dezember 2024, «Gerontoonkologie»

PD Dr. med. Marcus Vetter

Hausarztupdate, Basel

Donnerstag, 7. November 2024, 8.00–17.00 Uhr

Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel, Missionsstrasse 21, Basel



Schlag- und Stichwörter

«Natürlicherweise wird sich die Zahl reduzieren ...»

Aus der Staatsexamens-Zeitung 1991: Zitate zum Numerus clausus, den es damals noch nicht gab (offiziell zumindest nicht).



Ein Student wechselt nach den ersten zwei Jahren Medizinstudium seinen Studienplatz nach Basel und holt sich im Dekanat Vorinformationen ein:

Frage: «Wie viele Studenten sind eigentlich ungefähr im 3. Jahreskurs?»

Antwort: «180.»

Frage: «Wie viele waren es denn das Jahr vorher?»

Antwort (unwirsch): «He dank au 180!»



«Wir haben keinen Numerus clausus, auch keinen schleichenden. Alle Bedingungen sind vor der Prüfung festgelegt. Theoretisch könnten 95% der Studenten die Prüfung bestehen. Theoretisch. Natürlicherweise wird sich die Zahl allerdings bis zum Klinischen Unterricht (= Anfang 3. Jahreskurs) auf 145 reduzieren, vor allem durch Studienwechsel und Ähnliches.»

Ein Mitglied der Prüfungskommission.

Anmerkung: Die Anzahl Studenten Anfang 3. Jahreskurs in Basel betrug je nach Jahrgang 180 / 145 / 120; das war inoffiziell bekannt und wurde offiziell natürlich dementiert. Rückblickend stellt man fest: Es kam stets ganz genau so. Ich war im Jahrgang, in dem wir 120 waren.



«Die Prüfungsbedingungen sind von Anfang an festgelegt und werden erst im äussersten Notfall angepasst. Dies war allerdings in den letzten

15 Jahren nie nötig. Einmal haben wir den Impuls bekommen, die Notenskala anzupassen; wir haben uns jedoch geweigert. Wir wollen die Leute ja nicht dafür bestrafen, dass sie gut sind!»
Ein Dozent im 1. Jahreskurs



«Es ist nicht nur die Notenskala die gleiche, die Fragen sind im Schnitt auch jedes Jahr gleich schwer; ich muss das in Bern belegen können. – Ich manipulierte an Ihren Prüfungsergebnissen nicht herum... *Ich* manipulierte nicht! ... Mehr möchte ich dazu nicht sagen ...»

Ein anderer Dozent im 1. Jahreskurs



Nachlese 2024: Man staunt, wie wenig sich in all diesen Jahrzehnten geändert hat in der Gesundheitspolitik. Es geht noch immer nach dem Motto: «Mein Name ist Hase, ich weiss von nichts...», oder man spielt Vogel Strauss steckt seinen Kopf in den Sand. Und das, obwohl jeder zu wissen scheint, was gespielt wird.

Auch Krokodilstränen werden dann und wann vergossen. Vielleicht sagt man dann in einigen Jahren, wenn schlechte Arbeitsbedingungen, Zulassungsstopp, Numerus clausus (der jetzt immerhin offiziell ist), überbordende Bürokratie, Datensammelwut und vieles mehr den Schaden angerichtet haben und der Ärztemangel offensichtlich wird, auch schulterzuckend: «Natürlicherweise hat sich die Zahl der Ärzte reduziert...»?

Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg
Mitglied Redaktion Synapse

Karin Hirschi-Schiegg





LABOR ROTHEN

Am Puls der Medizin.



Am Puls
von Basel



Effizienter und
nachhaltiger
Service



Familien-
geführtes
Unternehmen

Familiengeführt in 3.
Generation - Ihr Labor im
Herzen Basel.



Das Labor in Ihrer Nähe



FAMH Labor Kodex

Für hohe ethische Standards im
Gesundheitswesen und der
medizinischen Laboranalytik.

famh-labor-kodex.ch

