

im dialog

3/2023 – dialog.css.ch

Suche nach Gründen

Die Ursachen für den Personalmangel sind komplex.

Ressourcenfrage

Miriam Rittmann vom SBK fordert eine neue Verteilung.

Diskurs

Fachkräftemangel: Überdramatisiert oder reale Gefahr?



Der Fachkräftemangel gefährdet das System

Im Gesundheitswesen wird vor allem über Finanzen diskutiert. Aber in Zukunft wird der Mensch die knappste Ressource sein.

«Der Mangel an qualifiziertem Personal wird zunehmen.»

Prof. Dr. Simon Wieser et al., Dozierende am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW, auf Seite 6.

«Wir werden es nicht schaffen, den Fachkräftemangel zu beheben, wenn wir den Beruf nicht attraktiver machen.»

Miriam Rittmann, Präsidentin des SBK Zentralschweiz, auf Seite 10.

«Integrierte Gesundheitsnetzwerke können eine wesentliche Reduktion des Personalbedarfs erzielen.»

Philip Sommer und Claudia Joos, Beratung Gesundheitswesen PwC, auf Seite 22.

Wo ist das Personal?



Bernard Rüeger, Verwaltungsratspräsident der CSS

Stellen Sie sich vor, Sie liegen im Spital – und es hat kein Personal. Auf den ersten Blick tönt das verstörend. Schaut man jedoch auf die Entwicklung der vergangenen Jahre, könnte uns dieses Szenario in nicht allzu ferner Zukunft drohen. Denn je länger, je mehr ist im Schweizer Gesundheitswesen nicht die zur Verfügung stehende Infrastruktur das Problem, sondern das Personal. Zwar können dank zahlreicher Ärzte und Gesundheitsfachpersonen aus dem Ausland vielerorts die Strukturen (noch) am Laufen gehalten werden. Sich aber weiterhin darauf verlassen zu wollen, könnte sich bitter rächen. Denn bald schon werden die Fachkräfte der Generation Babyboomer in Pension gehen.

In der vorliegenden Ausgabe von «im dialog» skizzieren wir, wie eine sinnvolle personelle Ressourcenallokation in Zukunft aussehen könnte. Und wir gehen der Frage nach, welche Massnahmen wir bereits heute in Angriff nehmen müssen, um die kommenden Herausforderungen rund um den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu antizipieren. Für mich ist klar, dass wir uns keine Ineffizienzen und Doppelspurigkeiten mehr leisten können. Von zentraler Bedeutung ist aber auch die Verhinderung von Krankheiten. Denn jeder Krankheitsfall, der nicht auftritt, entlastet das System. Dazu aber braucht es einen besseren Fokus auf die Gesundheitsförderung, verbunden mit einer Stärkung der Gesundheitskompetenz jeder und jedes Einzelnen.

 [linkedin.com/company/css_ch](https://www.linkedin.com/company/css_ch)

Impressum

Erscheint 3x jährlich in deutscher und französischer Sprache.

Herausgeberin: CSS, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Luzern; **E-Mail:** dialog@css.ch

Internet: dialog.css.ch

Chefredaktion: Bettina Vogel, Liliane Hartmann

Produktion und Grafik: tnt-graphics

Fotos: Alessandro Della Bella, Gian Paul Lozza, Herbert Zimmermann, Erwin Auf der Maur (Cover)

Illustrationen: tnt-graphics

Druck: Engelberger Druck AG, 6370 Stans



04 / Mehrbedarf
Fachkräftemangel: die Zahlen und Fakten.

06 / Komplexes Zusammenspiel
Ursachensuche aus System- und Organisations-sicht.

09 / Standpunkt
Scheuklappen ablegen.



10 / Persönlich
Die Ressourcenfrage muss neu diskutiert werden.

12 / Wissenstransfer
Von der Forschung zur Praxis: Das braucht's.



14 / Diskurs
Gesundheitsökonom Werner Widmer diskutiert mit Regierungsrat Peter Peyer.

19 / Grundversorgung
Es mangelt an allen Enden.

20 / Pro und Contra
Muss der Bund die Versorgungsplanung den Kantonen abnehmen?

22 / Transformation
Ressourcen sparen mit Gesundheitsnetzwerken.

23 / Kolumne
Mangelhafte Datenlage.

gedruckt in der
schweiz

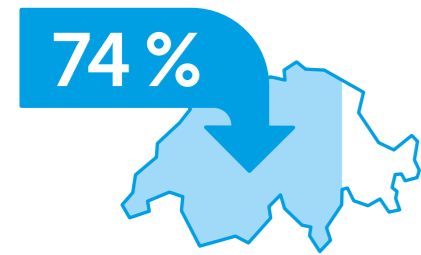
FACHKRÄFTEMANGEL

Ungedeckter Mehrbedarf

Die Prognosen sind düster: Bis im Jahr 2035 braucht es im Gesundheitswesen zusätzlich zehntausende Fachkräfte, insbesondere Pflegefachpersonen und medizinische Grundversorger.

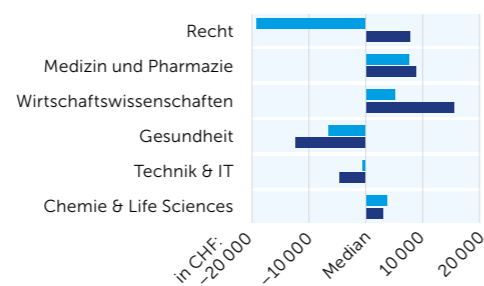
Auslandabhängigkeit

In den letzten zehn Jahren wurden 26 % der neuen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz ausgebildet, 74 % kamen aus dem Ausland.¹



Erwerbseinkommen

Grosse Abweichungen vom Medianeinkommen ein und fünf Jahre nach Abschluss des Studiums²



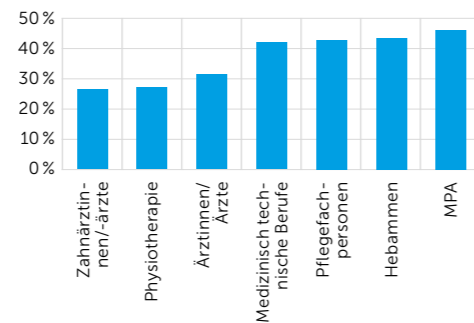
Index Fachkräftemangel

Top-5-Vergleich mit anderen Branchen³

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Spezialistinnen und Spezialisten in Gesundheitsberufen | |
| 2 | Entwickler und Analytiker von Software und IT-Anwendungen | |
| 3 | Ingenieurtechnische und vergleichbare Fachkräfte | |
| 4 | Bauführer, Poliere und Produktionsleiter | |
| 5 | Polymechaniker, Produktionsmechaniker, Maschinenmechaniker/-schlosser | |

Berufsaustritte

Nach Berufsgruppen, 2016–2018⁴



Demografische Gründe für den Fachkräftemangel

Die Altersstruktur von Pflegepersonal und Bevölkerung ist zunehmend kritisch.

Demografische Gründe: Bis 2045 dürfte der Anteil der 65-jährigen und älteren Personen von 18,1% (2016) auf rund 26% ansteigen.⁵



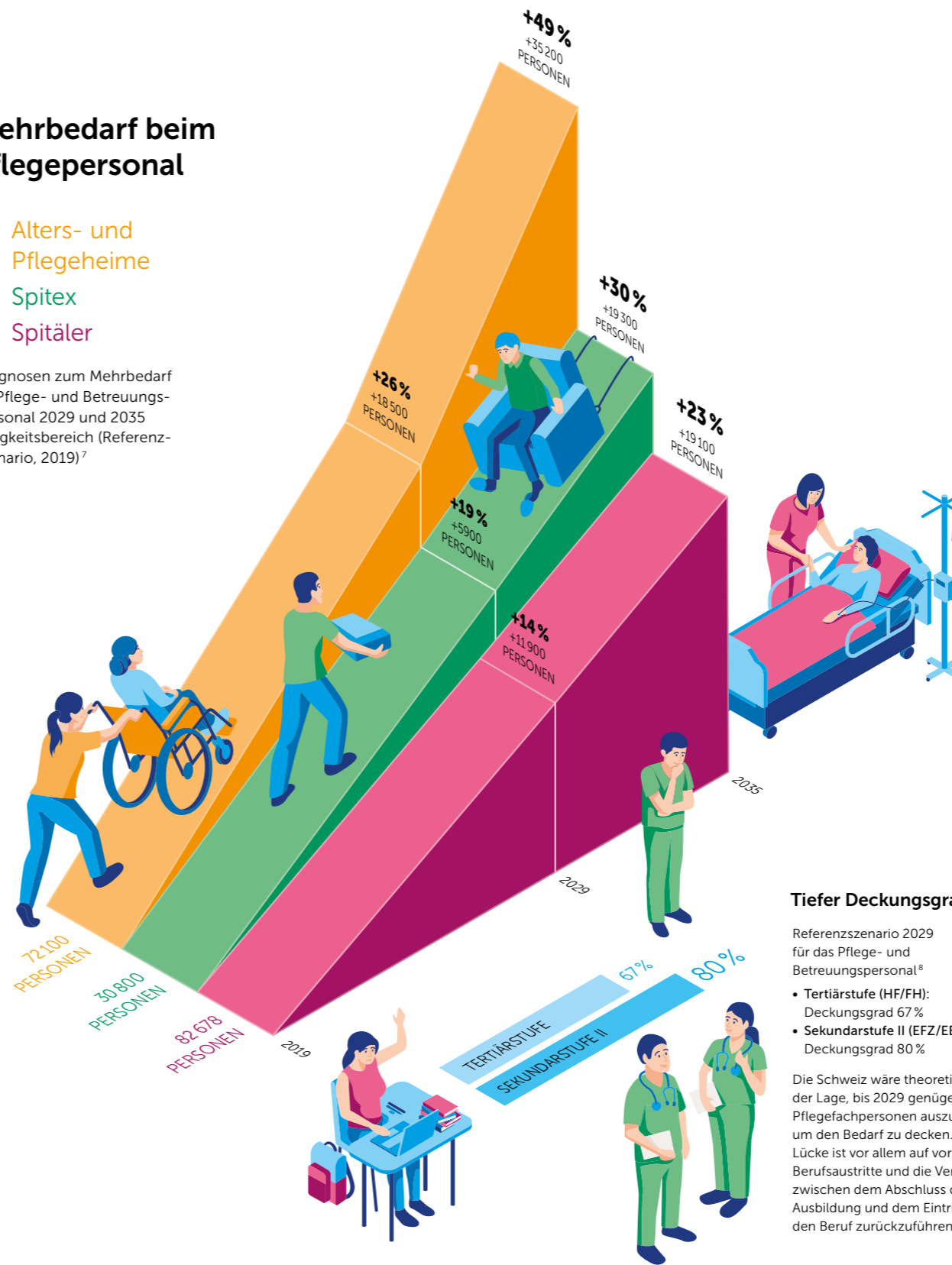
Viele Pensionierte: 28 % der Pflegefachpersonen in den Alters- und Pflegeheimen werden bis 2029 das Rentenalter erreichen.⁶



Mehrbedarf beim Pflegepersonal

- 1 Alters- und Pflegeheime
- 2 Spitex
- 3 Spitäler

Prognosen zum Mehrbedarf an Pflege- und Betreuungspersonal 2029 und 2035 Tätigkeitsbereich (Referenzszenario, 2019)⁷



Tiefer Deckungsgrad

Referenzszenario 2029 für das Pflege- und Betreuungspersonal⁸

- Tertiärstufe (HF/FH): Deckungsgrad 67%
- Sekundärstufe II (EFZ/EBA): Deckungsgrad 80%

Die Schweiz wäre theoretisch in der Lage, bis 2029 genügend Pflegefachpersonen auszubilden, um den Bedarf zu decken. Die Lücke ist vor allem auf vorzeitige Berufsaustritte und die Verluste zwischen dem Abschluss der Ausbildung und dem Eintritt in den Beruf zurückzuführen.

Gründe für den Pflegemangel

Arbeitsbedingungen der Pflege in Alters- und Pflegeheimen. Auszüge aus den Unia-Umfragen von 2018/2019.¹²

Arbeitsklima

Rund **90 Prozent** der Pflegenden arbeiten häufig unter Zeitdruck. Gut **69 Prozent** gaben an, nicht selbst über ihr Arbeitstempo bestimmen zu können. **52 Prozent** der Pflegenden finden die Führungskultur in ihrem Betrieb nicht oder eher nicht wertschätzend und unterstützend.

Arbeitsplanung

Gut **53 Prozent** der Pflegenden leisten oft Überstunden, die sie nicht erfassen können. **66 Prozent** der Befragten gaben an, die Dienstplanung sei nicht fair und ausgewogen. **70 Prozent** gaben an, dass von ihnen erwartet wird, dass sie während der Freizeit erreichbar sind und für Arbeits-einsätze abrufbar sind.

Gehalt

Rund **80 Prozent** der Befragten finden ihren Lohn zu tief.

Gesundheit am Arbeitsplatz

81 Prozent gaben an, in den letzten zwölf Monaten an Rückenschmerzen gelitten zu haben, **41 Prozent** an Gelenkschmerzen. **67 Prozent** der Befragten litten in den letzten zwölf Monaten an Ein- bzw. Durchschlafproblemen, **47 Prozent** an depressiven Verstimmungen.

Personalmangel

87 Prozent gaben an, zu wenig Personal zu haben. **86 Prozent** der Pflegenden fühlen sich oft müde und ausgebrannt.

Hausärztinnen und -ärzte

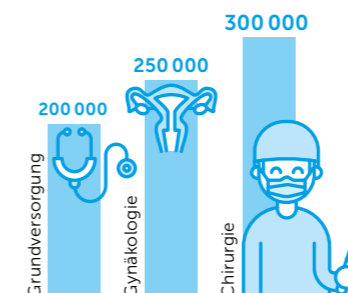
Effiziente Hausärzte

Hausärztinnen und -ärzte sind wesentliche Pfeiler der Gesundheitsversorgung. 94,3 % aller Gesundheitsprobleme können Hausärzte abschliessend lösen. Sie verursachen dabei nur 7,9 % der Gesundheitskosten.⁹



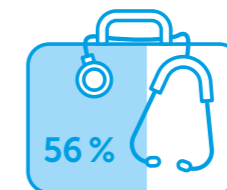
Lohngefälle

Trotz ihrer Wichtigkeit für das System verdienten Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung 2019 im Durchschnitt etwa 200 000 Franken, während jene in der Gynäkologie 250 000 und jene in der Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit sogar über 300 000 Franken im Schnitt verdienten.¹⁰



Nachwuchs

Rund 56 % der heute tätigen Hausärztinnen und -ärzte stellen in den nächsten zehn Jahren ihre Praxistätigkeit altershalber ein.¹¹



Quellen:

1. Siroka J., 2023.
2. Bildungsbericht Schweiz, 2023.
3. Adecco, 2022.
4. Obsan, 2021.
5. BFS, 2018.
6. Obsan, 2021.
7. Obsan, 2021.
8. Obsan, 2021.
9. Mfe, 2020.
10. BFS, 2021.
11. Mfe, 2020.
12. Unia, 2020.



DER PERSONALMANGEL UND SEINE URSACHEN

Komplexes Zusammenspiel

Wenn wir weiterhin eine gute Gesundheitsversorgung wollen, müssen wir die knappen Fachkräfte am richtigen Ort einsetzen. Eine Diskussion aus System- und Organisationssicht.

Autoren: Prof. Dr. Simon Wieser, PD Dr. Florian Liberatore, Matthias Maurer; Illustration: tnt-graphics



«Andere Branchen können zusätzliche Lohnkosten für neues Personal eher an ihre Kunden weitergeben.»

Die Zahl der Beschäftigten im Schweizer Gesundheitswesen hat sich, in Vollzeitstellen gemessen, in den letzten 30 Jahren verdoppelt. Damit ist die Schweiz im Vergleich mit anderen OECD-Ländern gut mit Gesundheitspersonal ausgestattet. Und doch herrscht heute ein grosser Mangel an Ärztinnen und Ärzten, spezialisierten Pflegenden und anderen Fachkräften. Dieser Mangel wird sich in den kommenden Jahren wohl noch verstärken.

Systemsicht: Haben wir mittel- und langfristig genügend gut qualifizierte Arbeitskräfte für unser Gesundheitswesen?

Viele Institutionen haben Mühe, neues Personal zu rekrutieren, während gleichzeitig immer mehr Fachkräfte aus dem Beruf austreten. Einige Fachrichtungen – z. B. die Grundversorgung und die Psychiatrie – und ländliche Gebiete sind besonders betroffen. Bei den Pflegenden mangelt es vor allem an diplomierten Pflegefachpersonen mit Bachelor- oder Masterabschluss und Pflege-Expertinnen und -Experten mit Zusatzausbildungen. Und inzwischen fehlt auch anderes qualifiziertes Gesundheitspersonal wie Hebammen und MPA.

Dieser Mangel hat verschiedene Ursachen:

- Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt angesichts der wachsenden und alternden Bevölkerung.
- Das höher qualifizierte Gesundheitspersonal kam bisher oft aus Nachbarländern. Diese Länder haben ebenfalls einen akuten Personalmangel und versuchen, die Abwanderung ihrer qualifizierten Ärztinnen und Pflegenden zu verhindern. Es wird also immer schwieriger, das fehlende Personal zu «importieren».
- Die hohe Arbeitsbelastung durch knappe Personalbestände, Schichtarbeit und administrative Aufgaben führt zu einer hohen Zahl an Berufsaussteigenden.
- Der Mangel wird sich weiter verschärfen, da es in allen Branchen an qualifiziertem Personal fehlt.

Die Betriebe ausserhalb des Gesundheitswesens sind dabei in einer besseren Lage, um neues Personal zu gewinnen, da sie zusätzliche Lohnkosten eher an ihre Kunden weitergeben können.

Bei der Ärzteschaft kommen noch spezifische Gründe dazu:

- Viele der heutigen Ärztinnen und Ärzte gehören zur Babyboomer-Generation, die gerade in Pension geht oder dies in den nächsten Jahren tun wird.
- Die Einkommen der selbstständigen Ärzte unterscheiden sich stark zwischen den Fachrichtungen. Jene mit einem niedrigeren Einkommen, wie Grundversorger und Psychiater, sind deutlich stärker vom Ärztemangel betroffen.
- Die Zahl der an Schweizer Universitäten ausgebildeten Ärzte reicht nicht aus, um den Bedarf der wachsenden und alternden Bevölkerung zu decken. Zwar wurde die Zahl der jährlichen Zulassungen zum Medizinstudium kürzlich von 900 auf 1350 erhöht, aber es wird Jahre dauern, bis die Studierenden zu Ärzten werden. Und es ist unsicher, ob diese Erhöhung der Studienplätze ausreicht.
- Neue Ärztinnen und Ärzte wollen heute oft lieber als Angestellte mit weniger Wochenstunden arbeiten. Deshalb sind mehr Ärzte nötig, um die gleiche Anzahl von Patienten zu behandeln.

Unsere Vorschläge auf der Ebene des Gesundheitssystems:

- 1 Die weitere Erhöhung der Medizin-Studienplätze. Die heutige Zahl ist zu niedrig angesichts des zunehmenden medizinischen Bedarfs der Bevölkerung und den berechtigten Vorstellungen der neuen Ärztegeneration zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Ausserdem gibt es keinen Mangel an Bewerbenden, da weniger als eine/einer von vier zum Medizinstudium zugelassen wird.
- 2 Die Förderung einer früheren Spezialisierung im Medizinstudium, um die Effizienz der medizinischen Ausbildung zu erhöhen und die Rolle der Grundversorger zu stärken. >

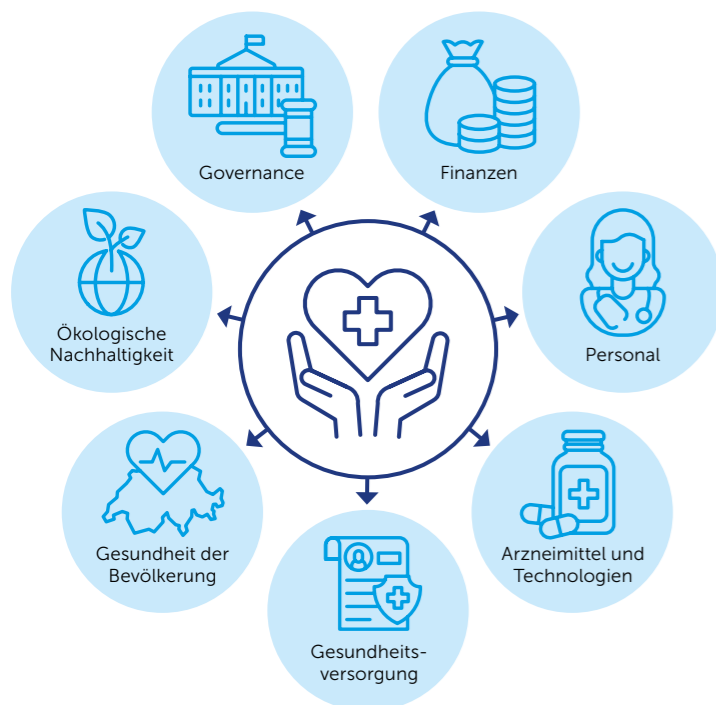
Die Autoren

Prof. Dr. Simon Wieser, PD Dr. Florian Liberatore und Matthias Maurer forschen und dozieren am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW. Sie haben Anfang 2023 für die Partnership for Health System Sustainability and Resilience (PHSSR) den Bericht zum Schweizer Gesundheitswesen erstellt.

3 Die Vorbereitung des Gesundheitswesens auf einen anhaltenden und noch deutlich grösseren Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal. Dies ist notwendig, da der Erfolg der Anstrengungen zur Verringerung des Personalmangels begrenzt sein könnte. Auch in Zeiten von anhaltendem Personalmangel sollten aber alle einen sicheren Zugang zu grundlegenden medizinischen Leistungen haben. Der Zugang zu nicht zwingend notwendigen oder gar überflüssigen Leistungen muss dann eingeschränkt werden. Bei dieser schwierigen gesamtgesellschaftlichen Prioritätensetzung sind diejenigen Leistungen zu bevorzugen, die einen nachgewiesenen Nutzen bei den Patienten erbringen. Der national gültige Leistungskatalog in der Grundversicherung müsste diese Prioritätensetzung abbilden (z.B. orthopädische Operation versus gleich wirksame konservative Behandlung mit Physiotherapie).

Sieben Bereiche sind entscheidend für Nachhaltigkeit und Resilienz

In ihrem Bericht «Partnership for Global Health Resilience and Sustainability (PHSSR)» identifizieren die Autoren sieben Bereiche als entscheidend für die Nachhaltigkeit und die Resilienz des Schweizer Gesundheitssystems aus System-sicht.



Quelle: Maurer, M., Wieser, S., Kohler, A., & Thommen, C., Partnership for health system sustainability and resilience (PHSSR), 2022.

Organisationssicht: Wie können wir die Arbeitskräfte halten und richtig einsetzen?

Neben demografischen, regulatorischen und gesundheitspolitischen Ursachen des Fachkräftemangels ist dieser auch zum Teil auf Versäumnisse im Management der Institutionen zurückzuführen. Dies betrifft die Arbeitsbedingungen für Gesundheitsfachpersonen, die Allokation von Personalressourcen und die effiziente Nutzung der Personalressourcen:

- 1 Lange hat es das Management verschlafen, attraktive Arbeitsbedingungen zu schaffen. Man konnte auf den unermüdeten Einsatz der Gesundheitsfachpersonen zählen. Attraktive Arbeitsbedingungen und -modelle sind jedoch heute äusserst wichtig, um Personal zu rekrutieren und zu halten. Nicht nur der Lohn zählt, sondern auch die Zusammenarbeit im Team, die Führungskultur, die angemessene Personalausstattung, die Mitbestimmung bei Schichtplänen sowie flexible (Teilzeit-)Arbeitsmodelle, Karriereoptionen und genug Zeit für eine qualitativ gute Behandlung. Auch wenn einige dieser Massnahmen unter den gegenwärtigen Tarifbedingungen finanziell schwer zu stemmen sind, sind andere ohne finanzielle Mehrbelastung durch Umstellungen in der Kultur, den Entscheidungsprozessen und der Ressourcenplanung/-steuerung umsetzbar.
- 2 In vielen Institutionen findet gerade ein Umdenken statt. Ziel ist trotz knapper Personalressourcen, keine Betten zu schliessen oder Behandlungsleistungen kürzen zu müssen. Voraussetzungen dafür sind eine zentrale Ressourcenplanung mittels Kapazitätsmanagementsystemen, eine abteilungs-/institutionenübergreifende flexible Ressourcenteilung und -nutzung über Personalpools, bedarfsgerechte Schichtbesetzungen sowie Skill-Grade-Mix-Optimierungen.
- 3 Zentral sind auch alle Massnahmen, welche die Effizienz von Personalressourcen erhöhen. Dabei geht es nicht um eine Arbeitsverdichtung, sondern um die Standardisierung und Optimierung der Arbeitsabläufe und die Reduktion bzw. Konsolidierung des administrativen Aufwands.

Insgesamt könnten durch geeignete Managementmassnahmen Berufsaustritte vermieden und die knappen Ressourcen an Fachkräften bedarfsgerecht und effizient genutzt werden, was den Fachkräftemangel erheblich reduzieren würde. ●



Hier finden Sie den vollständigen Bericht der Autoren.

STANDPUNKT

Scheuklappen endlich ablegen

Unser qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem aufrechtzuerhalten, ist kein Selbstläufer. Vielmehr braucht es Massnahmen auf verschiedenen Ebenen.

Text: **Rachel Salzmann**, Leiterin CEO-Stab CSS;
Foto: **Herbert Zimmermann**



Die Corona-Pandemie hat uns klar vor Augen geführt: Nicht die zur Verfügung stehende Infrastruktur ist in unserem Gesundheitswesen das Hauptproblem, sondern die fehlenden personellen Ressourcen. Gleichwohl wird – wenn ich an die Spitallandschaft denke – landauf, landab an der bestehenden Infrastruktur festgehalten. Und in zahlreichen Kantonen sind Milliarden für neue Spitalbauten vorgesehen. Gerade so, als stünde künftig unendlich viel Personal zur Verfügung. Eine Studie des Beratungsunternehmens PwC zeigt aber, dass in der Schweiz bis 2040 schätzungsweise 40 000 Pflegefachpersonen fehlen werden.

Damit unser Gesundheitssystem in der heutigen Qualität und mit genügend qualifiziertem Personal aufrechterhalten werden kann, braucht es griffige Massnahmen auf verschiedenen Ebenen. Ich denke da zum Beispiel an eine Besserstellung der Hausarztmedizin. Denn

gemäss einer Untersuchung der Uni Zürich kann sie fast 95 Prozent aller Gesundheitsprobleme abschliessend behandeln. Auch die Stärkung der Kompetenz einzelner Berufsgruppen (z.B. Apothekerschaft) könnte mithelfen, das

«In zahlreichen Kantonen sind Milliarden für Spitalbauten vorgesehen. Als stünde künftig unendlich viel Personal zur Verfügung.»

Rachel Salzmann

System zu entlasten. Ebenso mehr Möglichkeiten für die Krankenversicherer, zum Beispiel, indem sie ihren chronisch kranken Versicherten Präventionsprogramme anbieten dürfen.

Die mit Abstand grösste Wirkung aber würde das Aufbrechen der föderalistischen Strukturen in der Schweizer

Spitallandschaft bringen. Seit Jahren fordern Fachpersonen eine übergeordnete Spitalplanung und die Schaffung von Gesundheitsregionen. So gross die entsprechende Wirkung wäre, so homöopathisch ist vielerorts der Wille dazu. Für mich stellt sich deshalb die Frage, ob die Kantone eine koordinierte Spitalplanung überhaupt wollen. Denn für die meisten Politikerinnen und Politiker geht eine übergeordnete Planung nur dann in Ordnung, solange das Spital im eigenen Kanton nicht betroffen ist. Das klassische Politdilemma eben. Abhilfe würde wohl einzig die Verlagerung der Versorgungsplanung bringen: weg von 26 kantonalen Versorgungsplanungen hin zu einer übergeordneten Planung ohne Scheuklappen. ●

in Folgen Sie uns auf LinkedIn!
[linkedin.com/company/css_ch](https://www.linkedin.com/company/css_ch)

Miriam Rittmann

ist seit 2018 Präsidentin des SBK Zentralschweiz (Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner). Die ausgebildete Intensivpflegefachfrau arbeitet bei der Fachstelle für Alter und Gesundheit der Stadt Zug. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt in der Förderung der integrierten Versorgung in der Langzeitpflege.

PERSÖNLICH

«Die Ressourcen müssen neu verteilt werden»

Um die Situation in der Pflege nachhaltig zu verbessern, muss die Ressourcenfrage neu diskutiert werden. Politik, Arbeitgeber, Versicherungen und Berufsverband müssen jetzt gemeinsam nachhaltige Lösungen suchen.

Autorin: **Miriam Rittmann**; Foto: **Herbert Zimmermann**

«Das Ziel: Eine breit abgestützte, gute Grundversorgung mit neuer Kompetenzverteilung sowie konzentrierter, spezialisierter Medizin und Pflege.»

Miriam Rittmann

Das Ja zur Pflegeinitiative hat die Anerkennung und Wertschätzung der Bevölkerung gegenüber der Pflege deutlich zum Ausdruck gebracht. Bei der Frage, unter welchen Rahmenbedingungen Pflege ausgeübt werden soll, sind die Meinungen allerdings geteilt. Aktuell sehen wir ein schwindendes Interesse für den Pflegeberuf und viele Berufsausstiege. Die Zahl der Berufsein- und -aussteigenden hält sich nicht die Waage. Das verschärft die Situation im Berufsalltag zusätzlich, weil die Verantwortung und Arbeitslast auf weniger Schultern verteilt werden müssen. Kann die Care-Arbeit nicht mehr nach den Standards der Profession und mit genügend Zeit ausgeführt werden, sinkt die Qualität der Pflege und löst bei Pflegenden moralischen Stress und Unzufriedenheit aus. Studien im In- und Ausland bestätigen, dass zu wenig verfügbare Pflegefachpersonen pro Patienten die Patientensicherheit gefährden. Der Faktor Zeit hat viele Dimensionen, wird aber immer in irgendeiner Form genannt, wenn nach den Gründen für einen Berufsausstieg gefragt wird: hohe Arbeitsbelastung, zu wenig Zeit für die Patientinnen und Patienten, Stress und die fehlende Erholungszeit.

Es braucht jetzt verbindliche Vorgaben

Um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, müssen einerseits mehr Pflegenden ausgebildet und andererseits die Ausgebildeten im Beruf gehalten werden. Es ist aber wenig wirkungsvoll, lediglich mehr Ausbildungsplätze zu schaffen, ohne die Arbeitsumgebungsqualität zu verbessern.

Der demografische Wandel und der zunehmende Pflegebedarf zwingen uns zeitnah zum Umdenken. Die Lücke der Babyboomer-Abgänge aus dem Berufsleben muss gefüllt und frühzeitige Berufsaustritte müssen gestoppt werden. Im direkten Arbeitsumfeld bedeutet dies eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe sowie die gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung der Kompetenzen. Dem SBK reichen Empfehlungen nicht mehr. Es braucht jetzt verbindliche Vorgaben für eine bedarfsgerechte Personalausstattung. Das zweite Paket der Pflegeinitiative setzt genau da an. Politik, Arbeitgeber und Versicherer tun sich aber schwer mit der Umsetzung. Die Forderung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist von Interessenkonflikten der Stakeholder geprägt, da sie die heute gelebten Kompetenzbereiche und Strukturen tangieren.

Ressourcenverteilung neu verhandeln

Fakt ist: Wir brauchen mehr und anders eingesetztes Personal. Personal darf aber nicht im Ausland rekrutiert werden, aus Sicht des SBK ist dies un-

ethisch. Auch die Schweiz hat den Verhaltenskodex der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften verabschiedet. Für die Patientensicherheit ist es zudem nicht vertretbar, die Lücken mit weniger qualifiziertem Personal zu schliessen.

Für die Pflege der Zukunft muss die Verteilung der finanziellen und personellen Ressourcen also neu verhandelt werden. Die Mittel im Gesundheitswesen sind begrenzt. Deshalb braucht es eine breite Diskussion darüber, welche Leistungen wir mit welchen Finanzströmen finanzieren möchten, und ausserdem Anpassungen im Tarifsystem. In die Grundversorgung, die Prävention und die Versorgung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen – insbesondere in der Langzeitpflege – sollte verstärkt investiert werden. Das anzustrebende Resultat: eine breit abgestützte, gute Grundversorgung mit neuer Kompetenzverteilung sowie konzentrierter, spezialisierter Medizin und Pflege.

Wir werden es aber trotz aller Massnahmen nicht schaffen, den Fachkräftemangel zu beheben, wenn wir den Beruf nicht attraktiver machen. Der SBK fordert neue Anreize und Versorgungsmodelle wie Nurse Led Care und eine interprofessionelle integrierte Versorgung, verbesserte Prozesse mit dem gezielten Einsatz neuer Technologien (z.B. einem praxisrelevanten EPD) und eine kostendeckende Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege. Wird Pflege attraktiver, kommt bereits ausgebildetes Personal wieder in den Beruf zurück und das Interesse der Neu- und Quereinsteigenden steigt.

Fazit

Diese Massnahmen sind weder standespolitisch motiviert noch parteipolitisch gefärbt. Sie haben allein das Ziel, die Patientenversorgung auch in Zukunft sicherzustellen. Bund, Kantone, Versicherer und Leistungserbringer müssen unter Einbezug der Sozialpartner nach Lösungen für die Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen suchen. Es erfordert eine enge Zusammenarbeit, politisches Engagement und vor allem den Willen, die Situation in der Pflege zu verbessern. ●

Wissen umsetzen und Dialog fördern

Das Schweizer Gesundheitssystem steht vor immer neuen Herausforderungen. Eine davon ist der Fachkräftemangel. Um zukunftsfähige Lösungen zu entwickeln, braucht es einen kontinuierlichen Dialog zwischen Forschung, Praxis und Politik.

Autorinnen: Dr. Sarah Mantwill, Natalie Marie Messerli, Manuela Oetterli

Dr. Sarah Mantwill ist Forschungsmanagerin im Swiss Learning Health System (SLHS) an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin der Universität Luzern.

Natalie Marie Messerli ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Swiss Learning Health System (SLHS) an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin der Universität Luzern.

Manuela Oetterli ist Mitglied der Geschäftsleitung von Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern und seit 2016 Wissenstransferbeauftragte des Nationalen Forschungsprogramms (NFP) 74 des SNF.

Das Schweizer Gesundheitssystem sieht sich trotz Bemühungen einem steigenden Personalbedarf gegenüber und die Pflegeinitiative stellt den jüngsten Versuch dar, passende Lösungen zu finden. Doch wie können wirksame und relevante Massnahmen identifiziert und umgesetzt werden und wie kann verhindert werden, dass Inhalte bei Erreichung der Praxis so verwässert sind, dass nur ein Rinnsal ursprünglicher Empfehlungen ankommt?

«Integrated Knowledge Translation (IKT)»

Ein Schlüsselkonzept hierbei ist der Wissenstransfer («Knowledge Translation», KT) und insbesondere die «Integrated Knowledge Translation (IKT)»¹. IKT sieht vor, potenzielle Nutzerinnen und Nutzer von Forschungsergebnissen von Anfang an in Forschungsprozesse einzubinden mit dem Ziel, die Perspektiven von Politik und Praxis zu berücksichtigen und Systemveränderungen zu antizipieren. Schon die einfache Frage «Was müssen Sie wissen, um Ihre Arbeit zu tun?» kann wichtige Erkenntnisse liefern. Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger können so ihre Fragen und Bedürfnisse frühzeitig in Forschungsprojekte einbringen und ihren Bedarf bezüglich evidenzinformierten Entscheidungsgrundlagen decken.

IKT-Massnahmen umsetzen

Um IKT nachhaltig zu fördern, sind Massnahmen notwendig, die über herkömmliche Projektförderung hinausgehen:

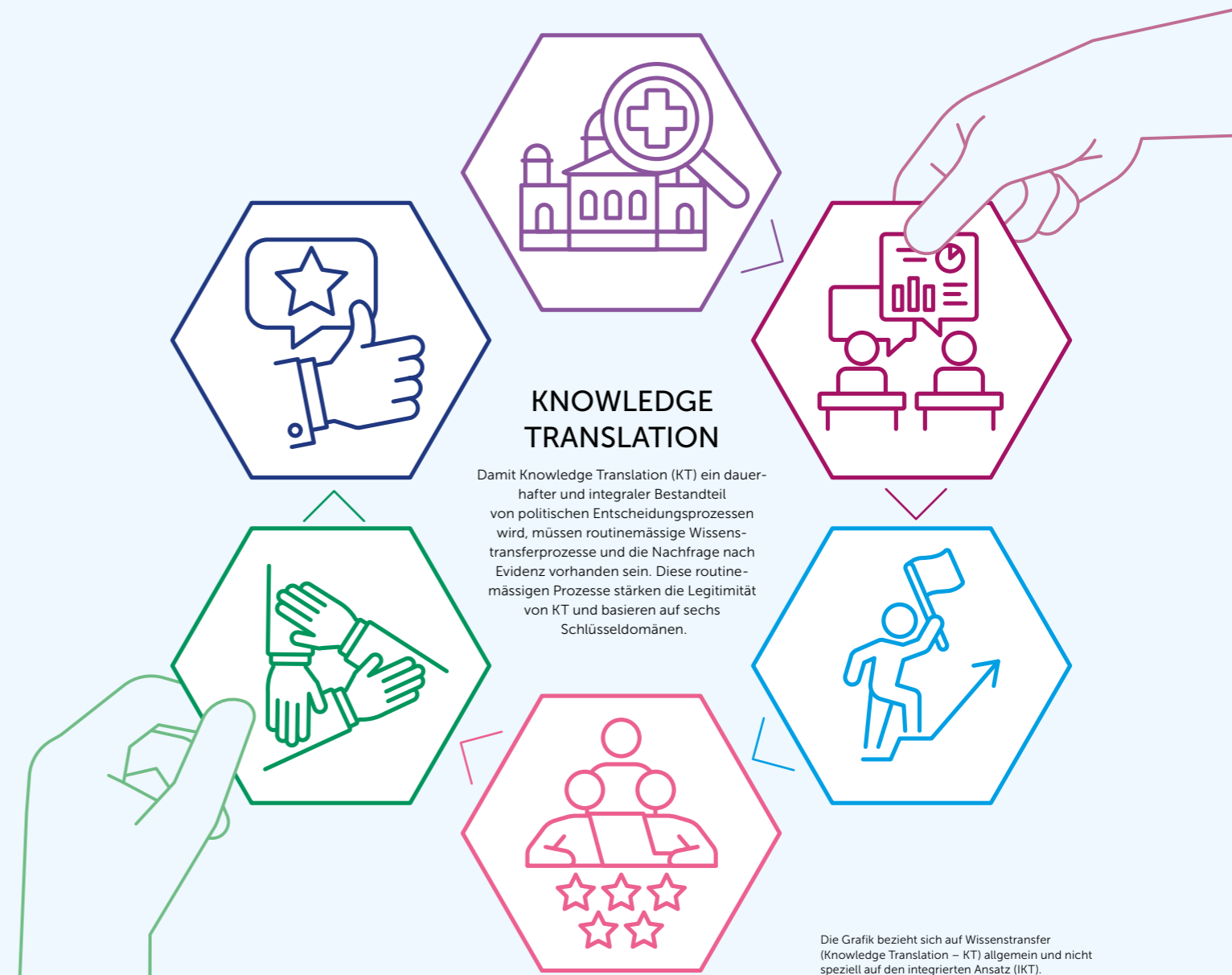
- Ressourcen bereitstellen: Trotz der kontinuierlichen Betonung von Wissenstransferaktivitäten in Forschungsprojekten mangelt es oft an Ressourcen für deren Umsetzung. Die Nationalen Kooperationszentren für Public Health in Kanada, die jährlich mit 5,8 Millionen Dollar (2019) unterstützt werden, sind ein Beispiel für die er-

folgreiche Förderung von solchen Aktivitäten. Während der Covid-19-Pandemie spielten die Zentren eine entscheidende Rolle, indem sie Fachpersonen und Entscheidern Ressourcen und Unterstützung für evidenzbasierte Entscheidungen bereitstellten.

- Kompetenzen fördern: Führungskräfte auf allen Ebenen – ob in der Praxis, Verwaltung oder Forschung – müssen die Entwicklung von Kompetenzen unterstützen, die den Wissenstransfer fördern. Dazu gehören Aus- und Weiterbildungen, die den Austausch zwischen Fachleuten verschiedener Disziplinen stärken und Silodenken aufbrechen. Ein Beispiel ist z. B. das «Emerging Health Care Leaders (EHCL)»-Programm des Nationalen Forschungsprogramms (NFP) 74 «Gesundheitsversorgung». Das erfolgreiche Programm für Nachwuchsforschende soll weiterentwickelt und für künftige Entscheidungsträger aus Politik und Praxis geöffnet werden.
- Transdisziplinäre Teams einsetzen: Transdisziplinäre Teams bringen diverse Perspektiven und Wissensbereiche zusammen, fördern die Beteiligung von Stakeholdern und erleichtern die Umsetzung von Forschungsergebnissen. Die Canadian Institutes for Health Research (CIHR) z. B. fordern in einer aktuellen Ausschreibung zu Forschung zum Fachkräftemangel explizit gemeinsame Anträge von Forschenden, Entscheidungsträgern und Gesundheitsfachpersonen.

Massnahmen in der Schweiz

Für die Institutionalisierung von IKT sind ausreichende Ressourcen sowie eine kritische Masse an Personen, die Evidenz aktiv und routinemässig anwenden, zentral. Für die Pflegeinitiative z. B. bedeutet das obengenannte konkret, dass transdisziplinäre Teams auf allen Ebenen von Anfang an beteiligt sein müssen. Neben Begleitforschung



- 1 Governance:** Regelungs- und Steuerungsfunktionen, inkl. Strukturen, Mandate oder Plattformen, die Forschung und Politik verbinden. Beispiel: Ein Ausschuss für Gesundheitsforschung zur Koordination von Forschung und Politik.
- 2 Standards und Routineprozesse:** Für qualitativ hochwertige KT-Produkte und -Prozesse, denen Entscheidungsträger vertrauen. Beispiel: Standardisierter Leitfaden für den Einbezug von Forschungsergebnissen in politische Entscheidungsprozesse.
- 3 Führung und Engagement:** Unterstützung und Mentoring durch Führungskräfte sind entscheidend für evidenzinformierte Politik. Beispiel: Hochrangige Führungskräfte setzen sich mit Taten und Worten für evidenzbasierte Entscheidungen ein.
- 4 Ressourcen:** Für die Institutionalisierung evidenzinformierter Politik sind personelle, finanzielle und materielle Ressourcen zentral. Beispiel: Ein Budget für KT-Aktivitäten und speziell ausgebildetes Personal zur Unterstützung von KT-Prozessen.
- 5 Partnerschaft, kollektives Handeln und Unterstützung:** Interaktion und Partnerschaften sind entscheidend für die Identifikation von Ressourcen und die technische Unterstützung. Beispiel: Partnerschaften zur Identifikation gemeinsamer Ziele.
- 6 Kultur:** Grundwerte ermöglichen ein gemeinsames Verständnis von KT, dessen Wert und den zu erwartenden Aktivitäten. Beispiel: Schulungen für Mitarbeitende und Entscheidungsträger zur Förderung des Verständnisses und der Wertschätzung von KT.

müssen bestehende Best Practices analysiert und institutionengerecht aufbereitet werden. Hierfür sind Plattformen erforderlich, die den Austausch unterstützen – sowohl zwischen den Disziplinen als auch zwischen föderalen Ebenen. Ebenfalls wichtig sind das Begleitmonitoring und die Nutzung existierender Datenquellen (z. B. Schweizer Kohorten-Studie der Gesundheitsfachkräfte und pflegenden Angehörigen) für die iterative Anpassung von Massnahmen. Solche routinemässigen Prozesse, wie von der WHO² empfohlen, sind ent-

scheidend für die Verankerung von Wissenstransfer in politische Entscheidungsprozesse. Ein Beispiel für diesen routinemässigen Austausch ist die Schweizer Initiative «Smarter Health Care System», die aus dem NFP 74 und dem Swiss Learning Health System (SLHS) entstanden ist und den Dialog zwischen verschiedenen Akteuren fördern soll. Sie wird unter dem Dach der Swiss School of Public Health (SSPH+) und in Partnerschaft mit dem BAG, der GDK, dem Obsan, dem Swiss Personalized Health Network (SPHN) umgesetzt. ●

Quellen:
 1. Lawrence, L. M., Bishop, A., & Curran, J., Integrated knowledge translation with public health policy makers: a scoping review, *Healthcare Policy*, 14(3), 55, 2019.
 2. Kuchenmüller, T., & Dos Santos Boeira, L., Routinizing the Use of Evidence in Policy – What is Needed?: Comment on “Sustaining Knowledge Translation Practices: A Critical Interpretive Synthesis”, *International Journal of Health Policy and Management*, 2023.



Werner Widmer, Sonja Hasler und Peter Peyer in Zürich.

DISKURS

«Die Personalnot wird aufgrund von Einzelfällen überdramatisiert»

Personalnot im Gesundheitswesen? Da werde dramatisiert, sagt Gesundheitsökonom Werner Widmer. Falsch, sagt der Gesundheitsdirektor des Kantons Graubünden, Peter Peyer, die Durststrecke werde Jahre dauern. Beide sehen aber ähnliche Lösungen.

Interview: Sonja Hasler; Fotos: Gian Paul Lozza

Die aktuellen Schlagzeilen in den Zeitungen klingen dramatisch: «Ambulanzstopp im Notfall-Zentrum», «Pfleheim schliesst ganze Abteilung», «Spitäler verschieben Operationen» – wie dramatisch ist es im Kanton Graubünden, Herr Regierungsrat?

Peter Peyer: Dramatisch ist es nicht, aber klar ist: Zu viel Personal hat in unseren Institutionen niemand. Graubünden ist ein grosser Kanton, die Lage zeigt sich unterschiedlich. In den Grenzregionen ist die Situation dank den Mitarbeitenden aus Italien besser, anderswo wurden in Spitälern auch Stationen geschlossen oder Aufnahmestopps in Alters- und Pflegeheimen verordnet. Auch die Spitex musste ihr Angebot einschränken. Pflegebedürftige werden beispielsweise nicht mehr dreimal, sondern nur noch zweimal pro Woche gewaschen.

Sie, Herr Widmer, waren viele Jahre Direktor in verschiedenen Spitälern, was beobachten Sie im Moment?

Werner Widmer: In meinen Augen verbreiten die Medien ein falsches Bild und geben der Öffentlichkeit das Gefühl, die Spitäler seien am Ende. Laut Statistik war die Zahl der Pflegenden und der Ärztinnen und Ärzte pro Patienten im stationären Bereich aber noch nie so hoch. Da wird aufgrund von Einzelfällen, die es natürlich ernst zu nehmen gilt, massiv übertrieben.

Aber viele Spitäler und Pflegeheime schlagen Alarm. Laut Studien sind heute 13 500 Stellen in der Gesundheitsbranche nicht besetzt, pro Monat steigen 300 Pflegenden aus. Kann man da wirklich von Einzelfällen sprechen?

Werner Widmer: Auch da wird überdramatisiert. Wenn 300 Leute pro Monat aussteigen, entspricht das 3600 im Jahr. Bei 71 000 Vollzeitstellen in der Pflege in den Spitälern wären das 5 Prozent und eine Verweildauer im Beruf von 20 Jahren. Eine hervorragende Bilanz. Schädlich ist, dass der Berufsverband der Pflegenden und auch die SP den Pflegeberuf im Abstimmungskampf zur Pflegeinitiative permanent schlechtgeredet haben. Kein Wunder, ziehen diese Berufe junge Menschen nicht mehr an.

Peter Peyer: Das sehe ich ganz anders. Die Pflegeinitiative wertet das Berufsbild auf und macht den Beruf attraktiver, das ist ein ehrenwerter Gedanke. Aber in einem gebe ich Ihnen recht, Herr Widmer, es gilt, eine Negativspirale des Jammerns zu >

«Wir sollten im stationären Bereich nicht mehr Betten bauen, sondern auf ambulante Behandlungen setzen.»

Werner Widmer

Werner Widmer

ist Gesundheitsökonom und war Lehrbeauftragter an den Universitäten St. Gallen und Luzern. Viele Jahre war er Direktor bei verschiedenen Institutionen, unter anderem am Universitätsspital Zürich, im Bürgerspital Solothurn oder beim Diakoniewerk Neumünster.

vermeiden, weder zu dramatisieren noch zu banalisieren. Sicher müssen die Institutionen ihre Kultur überdenken, ihre Anstellungsbedingungen, ihr Führungsverständnis, die Mitsprachemöglichkeiten der Mitarbeitenden. Wichtig ist zum Beispiel die Diensterteilung, das höre ich im Übrigen auch von den Polizisten in meinem Departement. Eine unattraktive Dienstplanung macht vieles kaputt, da gibt es grosses Verbesserungspotenzial.

Werner Widmer: Das sehe ich auch so. Viele Probleme sind hausgemacht, spitalintern. Ich habe kürzlich eine Masterarbeit betreut, die untersuchte, warum Pflegenden auf der Intensivstation bleiben. Die Dienstplanung war ein wichtiger Punkt, man will mitreden als Subjekt und nicht verplant werden als Objekt. Die Spitäler müssen alles daran setzen, dass sie die Leute halten können. Das hat viel mit Kultur zu tun.

Ist es in der momentanen Situation angebracht, dass viele Kantone Milliarden für neue Spitalbauten vorsehen? Verstärkt das nicht die Personalnot?

Werner Widmer: Ja, Spitäler schaffen bei den Ärzten und den Pflegenden Jahr für Jahr mehr Stellen. Spitalverantwortliche haben das Gefühl, ihr Betrieb müsse immer weiterwachsen. Nach dem Motto Wachsen ist gut, Stagnation ist der Untergang. Dieses pseudo-wirtschaftliche Denken ist falsch. Das Ziel darf nicht Wachstum sein. Die verbesserte Gesundheit der Bevölkerung muss im Mittelpunkt stehen.

Peter Peyer: Das sehe ich differenzierter. Die Schweizer Bevölkerung wächst, da muss das Gesundheitswesen mitwachsen. Auch bei uns in Graubünden gibt es viele Bauprojekte, trotzdem steigt die Bettenzahl nicht an. Es geht um Qualität. Natürlich kann man über Einzelbett- statt Doppelbett- oder Vierbettzimmer diskutieren. Aber das hängt zusammen mit den immer höher werdenden Ansprüchen von uns allen.

Werner Widmer: Nichts gegen Einzelzimmer, die gehören heute zum Standard. Sie benötigen nicht mehr Personal und verkürzen die Aufenthaltsdauer im Spital, weil man beispielsweise besser schläft.

Aber noch einmal: Wir sollten im stationären Bereich nicht mehr Betten bauen und mehr Stellen schaffen, sondern vermehrt auf ambulante Behandlungen setzen. In bestimmten Fällen ist «Hospital at home» eine gute Alternative zum Spitalaufenthalt.

Ob wir wollen oder nicht: Das Gesundheitswesen muss in Zukunft mit weniger Personal auskommen. Wie gehen wir mit dieser Situation um?

Peter Peyer: Wir werden eine Durststrecke erleben und aufgrund der Demografie wird der Kampf um Fachkräfte noch härter werden. Das Personal muss also dort eingesetzt werden, wo es wirklich nötig ist. Ich erwähne ein Beispiel: Auf den Notfallstationen nimmt die Zahl der Bagatellfälle massiv zu. Ich weiss von jemandem, der sich mit einem Blatt Papier in den Finger geschnitten und den Notfall aufgesucht hat. Da ist bei der Gesundheitskompetenz der Menschen anzusetzen, damit das Personal nicht mit Unnötigem belastet wird.

Werner Widmer: Ein anderes Beispiel: Seit der Corona-Pandemie hat der Erstkontakt bei Hausärztinnen und Hausärzten von jungen Leuten im Alter von 25 bis 45 Jahren stark zugenommen. Sie haben schnell das Gefühl, krank zu sein, obwohl ihnen nichts fehlt.

Das bindet natürlich Ressourcen ...

Werner Widmer: Genau. Zusätzlich möchte ich unbedingt die Zunahme der administrativen Auf-

gaben ansprechen. Eine Assistenzärztin der Inneren Medizin erzählte mir kürzlich ihren Tagesablauf. Nur am Morgen sei sie bei den Patienten, am Nachmittag erledige sie ausschliesslich Büroarbeit. Dass die Kantone und die Kassen immer mehr Dokumentationen verlangen, ist für mich Ausdruck des Misstrauens gegenüber den Spitalern. Weshalb macht man stattdessen nicht Stichproben und bestraft bei bewussten Regelverstössen die schwarzen Schafe mit saftigen Bussen? Das Personal wäre entlastet und hätte viel mehr Zeit, sich mit dem Wesentlichen, der Gesundheit der Patientinnen und Patienten, zu befassen.

Peter Peyer: Ob es die Kantone oder die Versicherer sind, die diese Bürokratie schaffen, lasse ich offen. Sicher geht es hier um unsere Mentalität, wir wollen überall hundertprozentige Sicherheit haben. Warum wird ein Medikament, das in Europa schon zugelassen ist, in der Schweiz noch einmal geprüft? Warum untersucht mich mein Hausarzt, macht Blutanalysen und Röntgenaufnahmen, schickt mich dann ins Spital und dort werden die gleichen Untersuchungen noch einmal gemacht? Das sind bloss zwei von vielen Doppelspurigkeiten im System, die Ressourcen binden.

Müsste man nicht auch unpopuläre Massnahmen ins Auge fassen und zum Beispiel kleine Spitäler mit grossen zusammenlegen, wenn zu wenig Personal da ist?

Peter Peyer: Das funktioniert vielleicht im Kanton Zug oder im Kanton Zürich, bei uns in Graubünden

aber nicht. Aufgrund unserer Geografie und Topografie sind wir auf kleine Spitäler, welche die Grundversorgung garantieren, angewiesen. Zudem zeigen Studien, dass die Menschen am liebsten dort arbeiten, wo sie auch wohnen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass eine Pflegefachfrau aus dem Münstertal nach Scuol pendelt. Sie steigt einfach aus der Branche aus und verschärft die Personalnot.

Werner Widmer: Da bin ich gleicher Meinung. Das Personalproblem wird so nicht gelöst, weil die Patientenzahl gleich hoch bleibt. Ich wäre einzig dafür, dass ein schlechtes Spital politisch nicht gestützt wird, sondern dass man es eingehen lässt, mangels Patienten und mangels Personal.

Peter Peyer: Unser Lösungsansatz ist, dass wir Gesundheitsversorgungs-Regionen organisieren und dort das Personal flexibel einsetzen können. >

Peter Peyer

ist seit 2019 Regierungsrat der SP und Vorsteher des Justiz-, Sicherheits- und Gesundheitsdepartements des Kantons Graubünden (DJSG). Vorher war er unter anderem Gewerkschaftssekretär des Verbands Personal öffentlicher Dienste VPOD und der Gewerkschaft des Verkehrspersonals SEV.

«Die Institutionen müssen ihre Kultur überdenken: ihr Führungsverständnis, die Mitsprachemöglichkeiten.»

Peter Peyer





Sonja Hasler ist Journalistin bei Radio SRF und moderiert unter anderem die Talk-Sendung «Persönlich». Bis 2015 war sie Moderatorin der «Rundschau» und der «Arena» beim Schweizer Fernsehen.

Wenn die Spitex oder das Altersheim Personalengpässe haben, hilft man sich gegenseitig aus, weil die Wege kurz und die Kontakte eng sind.

Werner Widmer: Theoretisch sind solche Versorgungsnetze gut. Meine Erfahrung ist allerdings, dass nur wenige bereit sind, heute im Spital und morgen bei der Spitex zu arbeiten. «Ich und mein Team», das ist vielen Mitarbeitenden sehr wichtig.

Peter Peyer: Das muss sich zwangsläufig ändern, weil der Druck zunimmt. Wir können nicht mehr sagen, das machen wir nicht, weil wir es noch nie gemacht haben. Es braucht sowohl die Offenheit des Personals als auch die Offenheit der Gesellschaft. Vielleicht müssen in Zukunft auch bei uns Familienangehörige gewisse Betreuungsleistungen übernehmen, so wie in Italien.

Herr Widmer, haben Sie noch andere Ideen, wo man ansetzen müsste, wenn das Personal knapp ist?

Werner Widmer: Ja, wir müssen bei den Bagatellfällen ansetzen. Die Patienten müssen mehr Verantwortung übernehmen und selbst mehr bezahlen. Deshalb würde ich die Franchise einkommens-


abhängig gestalten. Die Gutsituierten bezahlen mehr selbst, wenn sie Gesundheitsleistungen beanspruchen. Wer kein Geld hat, bezahlt weiterhin nichts. So würde man sich einen Arztbesuch oder eine Nice-to-have-Behandlung eher überlegen, die Prämien würden sinken, weil insgesamt mehr selbst bezahlt wird, und es wäre sozial.

Peter Peyer: Einen einkommensabhängigen Selbstbehalt unterschreibe ich sofort. Es gibt auch den Vorschlag, dass man eine Gebühr bezahlen muss, wenn man den Spitalnotfall aufsucht. Das ist eine schwierige Diskussion. Was ist, wenn jemand die Gebühr nicht bezahlen kann oder will und deswegen zu spät ärztliche Hilfe bekommt? Dann wird es unter Umständen viel teurer.

Zum Schluss möchte ich noch ein heikles Thema ansprechen: die Rationierung. Wir kennen die Triage aus der Corona-Zeit, als entschieden wurde, wer ein Beatmungsgerät oder ein Bett auf der Intensivstation bekommt. Müssen wir wegen des Personalmangels offen über Rationierungen sprechen?

Werner Widmer: Rationierung ist eine weitere Drohung. In der Schweiz haben wir pro Kopf das teuerste Gesundheitswesen in Europa. Wenn wir nun glauben, wir sollten hier über Rationierung sprechen, müssten in Ländern wie Deutschland oder Frankreich, wo es viel weniger Ärzte und Pflegepersonal gibt, die Patienten schon längst in den Strassen liegen.

Peter Peyer: Niemand in der Schweiz will eine Rationierung, am wenigsten das Personal. Aber ich will noch einmal die Gesundheitskompetenz ansprechen. Heute sagen wir: Ich zahle so hohe Krankenkassenprämien, also will ich alles, egal wie teuer, egal wie sinnvoll es ist und egal wie alt ich bin. Damit stösst unser System an Grenzen. Wir alle sollten vielmehr darüber nachdenken, welche Eingriffe wirklich zu mehr Lebensqualität führen. Wir sollten auch viel mehr darüber nachdenken, wie wir es schaffen, gesund zu bleiben. Da nehme ich auch die Kassen in die Pflicht. Gesunde Menschen belasten das Gesundheitswesen am wenigsten. ●

 **Weitere Gespräche**
Gespräche aus der Rubrik «Diskurs» finden Sie auf dialog.css.ch.

GRUNDVERSORGUNG

Es mangelt an allen Enden

Die Prognosen waren richtig, die Massnahmen mangelhaft: Jetzt ist es höchste Zeit, die Hinweise der Ärztinnen und Ärzte ernst zu nehmen.

Text: **Dr. med. Philippe Luchsinger**, Präsident mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

Vorausschauen, in die Kristallkugel stieren – und dabei doch nichts sehen: Überlassen wir das nur den Zukunftsforschern? Dabei heisst es doch: Gouverner c'est prévoir. In den letzten Jahren hat die Entwicklung, die wir Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte vorausgesehen haben, leider den Lauf genommen, den unsere Workforce-Studien berechnet haben. Die Wissenschaft lieferte valable Erkenntnisse, aus denen Massnahmen abgeleitet werden sollten. Doch die waren und sind mangelhaft. Immerhin: Mit dem Masterplan als Begleitmassnahme zur Hausarztinitiative konnten die Beschwerden des Patienten «Grundversorgung» etwas gelindert werden, aber eigentlich möchten wir unser Gesundheitssystem nicht als Palliativpatienten erleben.

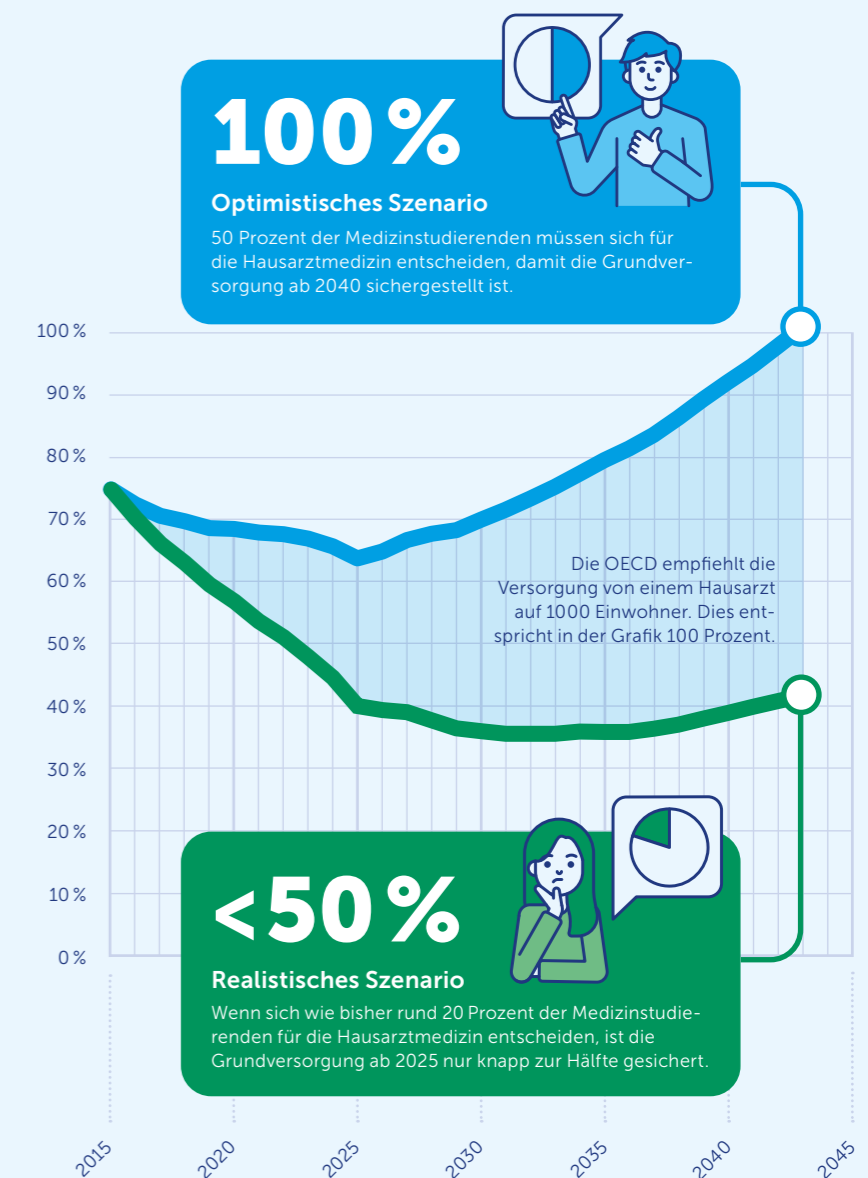
Wo bleibt der Nachwuchs?

Diese Frage stellen mittlerweile alle Berufe, nicht nur im Gesundheitswesen. Wie begeistere ich unsere Jungen für Professionen, die kranken Mitmenschen helfen, wieder auf die Beine zu kommen und in unserer Welt zu bestehen? Wie zeige ich, dass die Arbeit wertvoll, erfüllend, sinnstiftend sein kann? Sicher nicht damit, dass ich von unüberbrückbaren Situationen, schwierigem Schichtbetrieb und fehlender Wertschätzung erzähle. Wohl schon eher mit neuen, realistischen Darstellungen, weg von dienenden, ausführenden Organen hin zu selbständig Verantwortung übernehmenden Zusammenarbeitenden, die in einem Team ein Zuhause haben. Nur: Dieses Zuhause müssen wir noch bauen, an vielen Orten sind wir noch nicht so weit.

Übrigens: Es tönt jetzt so, als ob es ein Problem unseres Gesundheitswesens wäre, Nachwuchs zu rekrutieren. Bei Weitem gefehlt: Genauso gefordert ist unser Bildungssystem und die Gesellschaft als Ganzes. ●

Medizinische Grundversorgung in der Schweiz

Zwei Szenarien zeigen das Risiko einer Unterversorgung.



Quelle: «Work Force Studie 2015» des universitären Zentrums für Hausarztmedizin beider Basel im Auftrag von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz.

Nachgefragt: Fachkräftemangel: Muss der Bund die Versorgungsplanung den Kantonen abnehmen?



Jörg Mäder

ist Nationalrat der Grünliberalen ZH und Mitglied der Gesundheitskommission (SGK). Zudem ist er seit 2010 Mitglied der Opfiker Exekutive. In dieser Funktion vertritt er die Interessen von Stadt und Bevölkerung im VR des Spitals Bülach, zweier Pflegeheime und dem lokalen Spitexverein.

pro

Jörg Mäder, Nationalrat (GLP, ZH)

Die Spannweite in der medizinischen Versorgung ist enorm. Vom einfachen Schnupfen bis hin zur individualisierten Gentherapie gibt es alles. Die Aufgabe des Gesundheitssystems besteht darin, für diese beiden Anliegen und allen dazwischen adäquate Lösungen anzubieten. Am besten gemäss den WZW-Kriterien: wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich.

Will man die drei Kriterien aufeinander abstimmen, braucht es Übersicht und Planung. Die Frage ist aber: Wer soll diese erarbeiten? Erst recht, wenn man den aktuellen Fachkräftemangel bedenkt oder die Versorgungsengpässe bei Medikamenten und Medizinalprodukten. Mit Blick auf die grosse Bandbreite ist aber klar, dass ein Schnupfen auf der Intensivstation des Inseospitals nichts verloren hat und für eine individualisierte Gentherapie internationale Zusammenarbeit zwingend notwendig ist. Es gibt keinen Dienstleister im Gesundheitswesen, der diese ganze Band-

breite allein abdecken kann oder auch sollte. Und genau das gleiche gilt auch für die Planung oder gar Steuerung des ganzen Systems. Es gibt keinen One-fits-all-Ansatz, welcher der Sache gerecht werden könnte.

Wir müssen daher von unserer klassischen Trennung Bund versus Kanton wegkommen. Alltagsprobleme muss man lokal angehen, eine Darmspiegelung sollte man in der Region durchführen, für einen komplizierten neurochirurgischen Eingriff ist eine Reise quer durchs Land vertretbar und wird die Gentherapie gegen eine spezifische, seltene Krankheit in Amsterdam durchgeführt, dann ist das halt so. Entsprechend muss man aber auch die Planung machen. Denn die Häufigkeit einer Krankheit ist massgebend, wenn es

«Wenn die landesweite Versorgung mit sechs oder weniger Standorten ausreichend ist, muss der Bund das Zepter in die Hand nehmen.»

Jörg Mäder

darum geht, wie viele Anbieter es für eine angemessene Versorgung braucht. Sind es mehrere, sollten diese gut verteilt sein und nicht alle im Umkreis von zehn Kilometern liegen. Aber auch wenn es wenige braucht, ist Planung wichtig. Die Stichworte sind hier Pensionierung und Nachfolge.

Von daher ist der aktuelle Ansatz «Gesundheit ist Sache der Kantone» veraltet. Diese fixe Trennung ist nicht mehr zeitgemäss. Wenn die landesweite Versorgung mit sechs oder weniger Standorten ausreichend ist, muss der Bund das Zepter in die Hand nehmen. Sind mehr Standorte für die Versorgung ideal, soll er den Kantonen die Planung übergeben. Allenfalls sind auch regionale oder gar kommunale Ansätze wünschenswert.

Wenn der Bund mit diesem Ansatz auf die Kantone zugeht, sollten sich hoffentlich auch Türen öffnen. ●

contra

Kathrin Huber, Generalsekretärin GDK



Kathrin Huber

ist seit Oktober 2023 Generalsekretärin der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Die Soziologin mit Weiterbildung in Public Health und Management öffentlicher Institutionen ist seit 2009 bei der GDK tätig, ab 2017 bis zur Übernahme der Leitung war sie stellvertretende Generalsekretärin.

Die Kantone sind verantwortlich für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Sie stellen unter anderem ein ausreichendes Angebot an Spitälern, Pflegeheimen und Organisationen der Pflege zu Hause sicher. Das heisst aber mitnichten, dass jeder Kanton nur für sich schaut. Die Kantone sind durch das Bundesrecht zur Koordination verpflichtet. Bei der Spitalplanung geht ihr Blick also immer auch über die Kantons Grenzen hinaus. Die Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) sind dabei eine wichtige Orientierungshilfe. Auch wenn es keine gesetzlich vorgeschriebenen Gesundheitsregionen gibt, sind die Beispiele interkantonaler Zusammenarbeit im Spitalbereich zahlreich. Und es kommen immer neue hinzu: Dieses Jahr

«Die Beispiele interkantonaler Zusammenarbeit im Spitalbereich sind zahlreich.»

Kathrin Huber

haben etwa der Kanton St. Gallen und die beiden Appenzell bekannt gegeben, dass sie bei der Spitalplanung künftig zusammenspannen wollen.

Es gibt gute Gründe dafür, dass die Gesundheitsversorgung und die Spitalplanung nach wie vor dezentral organisiert sind. Die Spitäler sollten sich in das Netzwerk der Versorgung mit Hausarztpraxen, Spitex, Pflegeheimen und ande-

ren Leistungserbringern integrieren. Die Kantone müssen das ganze Versorgungssystem im Auge behalten.

Zweifellos besteht bei der kantonsübergreifenden Zusammenarbeit aber noch Potenzial. Wir müssen ein Bewusstsein dafür schaffen, dass es Sinn macht, die spezialisierte Medizin zu konzentrieren – aus Gründen der Versorgungsqualität und mit Blick auf die steigenden Gesundheitskosten. Und auch, weil wir die knappen personellen Ressourcen möglichst effizient einsetzen müssen. Diese Konzentration sollte gemessen am Bedarf geplant und demokratisch abgestützt erfolgen. Und nicht durch finanzielles Ausbluten der Spitäler. Viele Spitäler sind derzeit mit dem Problem konfrontiert, dass die Tarife ihre Kosten nicht mehr decken. Die Regeln der Tarifiermittlung müssen angepasst werden. Unter anderem sollte die Teuerung unmittelbar einbezogen werden können.

Fachkräftemangel, Unterfinanzierung, Nachholbedarf bei der Digitalisierung – das Gesundheitswesen ist mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Diese Herausforderungen beheben wir nicht, indem wir die Verantwortungsverantwortung einfach auf die Bundesebene heben. Dass die Kantone – wo nötig – fähig sind zu einer gemeinsamen Planung, stellen sie bei der hochspezialisierten Medizin seit Jahren unter Beweis: Dort gibt es seit 2009 eine gesamtschweizerische, von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung, die sich positiv entwickelt. ●

STUDIE

Ausbau zum Gesundheitsnetzwerk

Die Transformation der Spitallandschaft in ein integriertes Gesundheitsnetzwerk ist ein wichtiges Element zur Entschärfung des Fachkräftemangels.

Autor/Autorin: **Philip Sommer**, Leiter Beratung Gesundheitswesen, PwC;
Claudia Joos, Senior Managerin, Beratung Gesundheitswesen, PwC

Die Publikation von PwC zur «Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz»¹ zeigt auf, wie bei grösstmöglichem Nutzen für die Bevölkerung die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen sinnvoll alloziert werden können. Integrierte Gesundheitsnetzwerke bestehend aus Hubs und Spokes können eine wesentliche Reduktion des Personalbedarfs, massgebende operative Effizienzgewinne und Infrastruktursynergien erzielen.

Das Hub-and-Spoke-Modell ist eine Form der integrierten Versorgung, bei der verschiedene Leistungserbringer in einem Netzwerk miteinander verbunden sind. Dabei lassen sich die Spokes in verschiedene Stufen unterteilen: vom ambulanten Gesundheitszentrum über Operationszentren bis hin zum regionalen Gesundheitszentrum und zum integrierten Grundversorger. Der zugehörige Hub entspricht einem Zentrumsspital, der in Ergänzung zu den Spokes hochspezialisierte Medizin anbietet. Für eine erfolgreiche integrierte Versorgung müssen die Versorgungsstufen und Fachdisziplinen durchlässig sein, um patientenzentriertes Arbeiten zu ermöglichen. In der Praxis etablieren und entwickeln sich bereits verschiedene Netzwerke: Beispiele sind unter anderem das Lunis (Spitalverbund Luzern/Nidwalden), die Insel-Gruppe, die Hirslanden-Gruppe wie auch die Spitalverbunde St. Gallen.

6300 Fachkräfte weniger benötigt

PwC zeigt in Modellberechnungen auf, dass mit der konsequenten Anwendung des Hub-and-Spoke-Modells und der damit verbundenen Reduktion der stationären Standorte die aktuellen Leistungen der Akutsomatik² mit geschätzt rund 6300 weniger Fachkräften bewältigt werden könnten. Dies würde einen wesentlichen Beitrag zur Schliessung der Fachkräftelücke von geschätzt rund

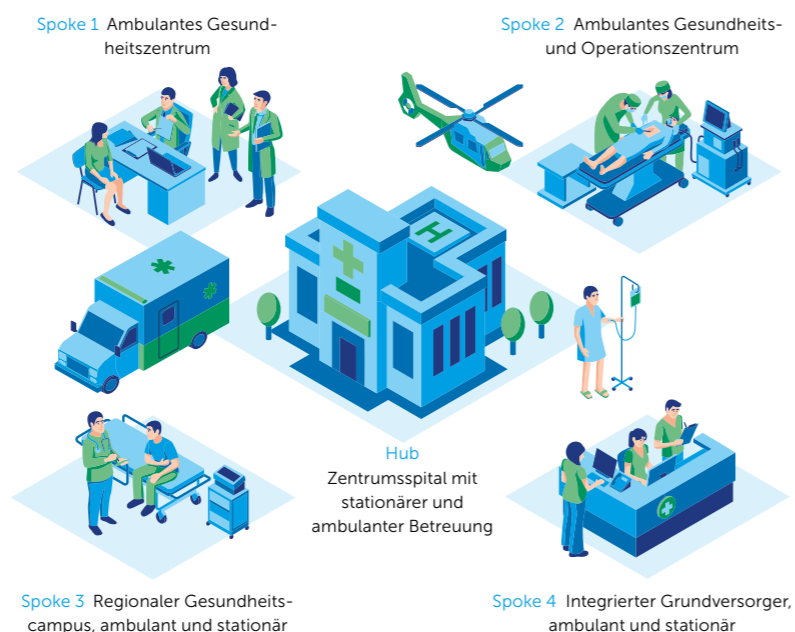
45 000³ Personen im Jahr 2040 leisten. Dazu kommen noch die jährlichen finanziellen Einsparungen von bis zu Fr. 730 Mio. sowie die Einsparungen durch Infrastruktursynergien in der nächsten Investitionsperiode von bis zu Fr. 3,1 Mia., die im Umfeld der aktuellen finanziellen Herausforderungen des Gesundheitswesens mehr als willkommen sind. PwC ist überzeugt, dass mit einer Gesundheitsversorgung im Sinne des Hub-and-Spoke-Ansatzes die beste Behandlungsqualität mit den verfügbaren Ressourcen erzielt werden kann. ●

men sind. PwC ist überzeugt, dass mit einer Gesundheitsversorgung im Sinne des Hub-and-Spoke-Ansatzes die beste Behandlungsqualität mit den verfügbaren Ressourcen erzielt werden kann. ●

1 PwC Schweiz AG, Beratung Gesundheitswesen, Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz, 2020.
2 BFS-Statistik, 2018.
3 PwC Schweiz AG, Beratung Gesundheitswesen, Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen, 2021.

Das Hub-and-Spoke-Modell

So geht integrierte Versorgung im Netzwerk



Gesamtauswirkung auf die Akutsomatik

Gesundheitsnetzwerke sparen Schlüsselressourcen



Reduktion des Personalbedarfs von bis zu 6300 Vollzeitstellen.



Einsparung mit Infrastruktursynergien in der nächsten Investitionsperiode ca. 3,1 Mia. Franken.



Jährliche Einsparung durch operative Synergien von bis zu 730 Mio. Franken.

AMBULANTE PRAXEN

Kantonale Steuerung im Blindflug

Nun sollen es die Kantone richten. Sie sind jetzt für die Zulassungsbeschränkung der neuen Ärztinnen und Ärzte zuständig, die auf ihrem Kantonsgebiet in Praxen und Gesundheitszentren tätig sind. Daher müssen die Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren Höchstzahlen für die medizinischen Fachgebiete definieren.

Mit diesem Bürokratiemonster ist eine sinnvolle Allokation der Ressourcen im Bereich der ambulant erbrachten Gesundheitsleistungen kaum möglich. Denn niemand weiss, wie hoch die durchschnittliche Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten ist. Die Datenlage dazu ist mehr als dünn. Als Massstab für die Festlegung von Höchstzahlen gelten Vollzeitstellen. Da beginnt das Kuddelmuddel. Statistiken aus dem Jahr 2020 liefern nämlich völlig widersprüchliche Ergebnisse. 16 250 Vollzeitstellen gab es laut dem Ärzteverband im Praxisbereich. 18 016 Vollzeitstellen waren es gemäss Bundesamt für Statistik.

Beide Befragungen beruhen wegen unvollständiger Rücklaufquoten auf Hochrechnungen. Um trotz der mangelhaften Datenlage Höchstzahlen für einzelne Fachgebiete definieren zu können, müssen die Kantone bis 2025 kompliziert zusammengeschnitzte Berechnungen anstellen. Das ist nicht zielführend.

Mit den vorhandenen Daten lässt sich weder präzise eruieren, wo es einen Mangel an Grundversorgern gibt, noch, wie viele Ärztinnen und Ärzte wirklich fehlen. Das gilt auch für die Ressourcensteuerung im Bereich der Spezialistinnen und Spezialisten. Sie verfügen oft über Bewilligungen in mehreren Kantonen. Zudem gibt es grosse Überschneidungen zwischen ambulantem und stationärem Bereich in Spitälern. Für sie arbeiten auch Fachärzte mit Praxen. Spitalärzte übernehmen Dienstleistungen für die Ambulatorien der Krankenhäuser. Zudem ist unklar, wie hoch der Anteil der ambulant erbrachten Leistungen von Assistenz- und Unterassistenzärzten in Spitälern ist.

Obendrein zementiert diese Ressourcensteuerung ein zentrales Problem: Ärztinnen und Ärzte, die bis anhin ihre Behandlungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung verrechnen, dürfen dies weiterhin tun. Ungeachtet dessen, ob sie Patientinnen und Patienten gut und möglichst kostengünstig behandeln. Neu ausgebildete, oft innovativere Ärztinnen und Ärzte müssen hingegen warten, bis jemand aussteigt. Das hilft weder den Erkrankten noch den Prämienzahlenden. ●

Roman Seiler

ist pensionierter Wirtschaftsjournalist. Seit 1995 publiziert er regelmässig Artikel und Kommentare zum Thema Gesundheitswesen. Er schrieb unter anderem für Zeitungen wie «Cash», die Blick-Gruppe und CH-Media.

«Niemand weiss, wie hoch die durchschnittliche Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten ist.»



Netzwerk statt Einzelkämpfer

Wie die Neuorganisation der Spitallandschaft nicht nur den Fachkräftebedarf reduzieren, sondern auch die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern könnte.

[Mehr zum Thema auf Seite 22.](#)

