

«Wir wollen keine Staatsmedizin»

Yvonne Gilli ist seit einem Jahr die höchste Ärztin im Land. Die frühere Grünen-Politikerin wehrt sich im Gespräch mit Simon Hehli gegen den Vorwurf, dass Mediziner zu viel verdienen – und warnt vor der Rationierung, die ein Kostendach für die Patienten bringen würde

Frau Gilli, bei Ihrer Wahl zur Präsidentin der Ärztervereinigung FMH vor einem Jahr war Ihr Impfstatus ein grosses Thema. Warum haben Sie nicht deklariert, ob Sie geimpft sind?

Es ging mir ums Prinzip. Wir müssen in medizinischen Fragen den Persönlichkeitsschutz hochhalten. Sonst kann es zu sozialen Diskriminierungen kommen. Etwa, wenn bekannt wird, dass sich jemand nicht impfen lassen kann wegen einer chronischen Erkrankung. Diese Person sähe sich mit Nachteilen auf dem Arbeitsmarkt konfrontiert. Zudem ärgerte es mich, dass man mich nur deshalb nach der Impfung fragte, weil man mir unterstellte, dass ich als homöopathische Ärztin eine abweichende Haltung hätte.

Zu Unrecht?

Ja, die Diskussion hatte etwas Polemisches. Dahinter steht die These, dass es eine enge Korrelation gibt zwischen der Nachfrage nach Komplementärmedizin und einer Impfgegnerschaft. Neue Studien zeigen, dass dies nicht stimmt.

Die Schweizer Homöopathen tun sich aber schwer mit der Corona-Impfung: Ihre Verbände können sich nicht zu einer expliziten Impfempfehlung durchringen. Das ist so nicht ganz korrekt. Der Schweizerische Verein homöopathischer Ärztinnen hielt bereits vor der Pandemie fest, dass Impfungen zusammen mit Hygienemassnahmen, einer adäquaten Ernährung und einer gesunden Lebensführung zur Stärkung der eigenen Immunabwehr wichtige Massnahmen in der Prophylaxe von Infektionskrankheiten sind.

Weshalb haben Sie sich vor einigen Monaten doch noch als geimpft «geoutet»?

Der gesellschaftliche Druck auf mich war enorm. Es war ein Abwägen: Bleibe ich dogmatisch auf meiner Linie, oder suche ich eine pragmatische Lösung? Mir ist bewusst, dass ich als FMH-Präsidentin auch eine Vorbildfunktion habe.

Die Hausärzte spielen bei der gegenwärtigen Booster-Kampagne nur eine untergeordnete Rolle. Weshalb?

Es ging in den letzten Wochen darum, sehr schnell sehr viele Leute zu impfen. Da ist es klar, dass es die grossen Impfzentren braucht. Wegen der Verkürzung der Geltungsdauer des Zertifikats auf neun Monate wird es jetzt nochmals einen Ansturm geben. Aber wenn die grosse Masse geboostert ist, werden die Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Rolle übernehmen. Sie kennen die Risikopatienten am besten und können dank dem Vertrauensverhältnis auch skeptische Leute überzeugen. Ein Problem bleibt jedoch.

Welches?

Dass die Hausärzte keine Einzeldosen der Impfung bestellen können. Das schliesst kleine Praxen praktisch aus. Manche chronisch kranken Patienten würden sich nach einem Gespräch gleich impfen lassen, haben aber keine Lust, dies zu einem späteren Zeitpunkt zu tun. Wir haben das Bundesamt für Gesundheit schon mehrmals auf diesen Mangel hingewiesen. Aber es fehlt offenbar der politische Wille. Das Bundesamt für Gesundheit zieht die klinisch tätigen Ärzte bei seinen Entscheidungen zu wenig bei.

Dennoch könnte man sagen, dass die Ärzte zu den Pandemiegebern gehören: Die Krise hat verdeutlicht, wie wichtig ein funktionierendes Gesundheitswesen ist.

Das mag sein. Die Gesellschaft hat sich aber sehr schnell daran gewöhnt, dass die Gesundheitsfachpersonen ihren Job gut machen. Am Anfang applaudierte das Volk noch. Doch dann gab es nicht einmal eine Priorisierung bei der Impfung für die medizinisch Tätigen, obwohl diese dem Virus stark ausgesetzt waren. Vor der Omikron-Welle machte die Politik zudem keine Anstalten, die Spi-



«Das Bundesamt für Gesundheit zieht die klinisch tätigen Ärzte bei seinen Entscheidungen zu wenig bei», sagt Yvonne Gilli. M. CANONICA / TBM

täler und Arztpraxen vor einer hohen Belastung zu schonen.

Die Gesundheitspolitik war in den letzten Jahren vor allem geprägt von Kostendiskussionen. Wird der Spardruck nun abnehmen?

Der Druck wird bleiben. Denn die Menschen müssen einen beträchtlichen Teil ihres Budgets für die Gesundheit ausgeben, über die Kopfprämien oder die Beteiligung an Behandlungen. Gleichzeitig sind wir uns wieder stärker bewusst geworden, dass wir alle in unserer Gesundheit vulnerabel sind: Wir können jederzeit schwer erkranken – und sind dann darauf angewiesen, dass die Gesundheitsversorgung funktioniert und qualifizierte Fachpersonen uns begleiten. Das ergibt einen völlig anderen Blick auf die Kosten.

Der Bundesrat und die Mitte-Partei wollen das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen mit einem Kostendach bremsen. Die Ärzteschaft bekämpft diese Reform mit allen Mitteln. Warum?

Wenn jemand zum Beispiel eine teure Krebstherapie braucht, dann soll er schnell Zugang dazu bekommen. Ein Kostendach würde sich negativ auswirken auf einen gerechten Zugang zu häufigen oder teuren Behandlungen.

Es will doch niemand Einschränkungen bei Behandlungen, die medizinisch nötig sind.

Schauen Sie doch, was in den Ländern passiert ist, die ein Kostendach oder ein Globalbudget haben! Etwa in Deutschland: Es kommt zu massiven Einbußen bei der medizinischen Versorgung. Ärzte müssen gegen Ende Jahr auf Behandlungen verzichten, weil das Budget schon ausgeschöpft ist. Und es kommt zu sehr langen Wartezeiten, etwa bei Hüftgelenkersatz-Operationen bei älteren Menschen. Die starren Regeln machen auch die Gesundheitsberufe unattraktiv, weil Ärztinnen dann nicht mehr die Behandlung anbieten können, die aus ihrer Sicht am besten ist. Sondern sie müssen staatlichen Vorgaben folgen. Das macht unzufrieden bei der Arbeit. Es ist kein Zufall, dass so viele deutsche Ärzte in die Schweiz kommen.

In der Schweiz steht kein «hartes» Globalbudget zur Diskussion. Es würde eher auf degressive Tarife hinauslaufen: Wenn die Ärzteschaft in einem Jahr übermachtet, bekommt sie im Folgejahr etwas weniger.

Keinem Land gelingt es, so etwas vernünftig umzusetzen. Es brauchte einen

«Wir wollen nicht, dass Ärzte abwandern, weil sie zu wenig verdienen – so wie das in vielen Ländern passiert.»

Fachärztin für Gynäkologie

hhs. · Yvonne Gilli ist seit dem 1. Februar 2021 Präsidentin der Ärztervereinigung FMH. Seit über 25 Jahren arbeitet sie in ihrer eigenen Praxis im sankt-gallischen Wil als Fachärztin für Gynäkologie, daneben bietet sie Behandlungen in klassischer Homöopathie und Traditioneller Chinesischer Medizin an. Von 2007 bis 2015 sass Gilli für die Grünen im Nationalrat.

riesigen Verwaltungsaufwand – wir gehen davon aus, dass der entsprechende Apparat dreimal grösser wäre als heute. Und dieses Geld ginge dann wirklich bei der Patientenversorgung verloren.

Geht es Ihnen beim Kampf gegen Sparmassnahmen nicht auch darum, die hohen Ärzteeinkommen zu verteidigen? Was heisst hier «hohe Löhne»? Es geht um Gesundheitsberufe, die adäquat entschädigt werden müssen, damit wir überhaupt genug Leute haben. Wir haben schon jetzt einen Ärztemangel. Wir wollen nicht, dass Ärzte abwandern, weil sie zu wenig verdienen – so wie das in vielen Ländern passiert.

Das ist ein reichlich unrealistisches Szenario: Wir haben ja in der Schweiz sowieso eines der höchsten Lohnniveaus weltweit.

Ich halte einfach fest: Das jährliche Medianeinkommen der selbständigen ambulant tätigen Ärzte beträgt 162 455 Franken. Berücksichtigt man die hohe wöchentliche Arbeitszeit von 55 Stunden, ergibt sich ein medianer Stundenlohn von deutlich unter 100 Franken. Das ist ein qualifizierter Lohn, aber es ist auch ein hochqualifizierter Beruf. Wir haben kein grundsätzliches Lohnproblem.

Es gibt aber auch Ärzte, die 500 000 Franken oder gar eine Million verdienen. Finden Sie das angemessen – gerade als ehemalige Grünen-Politikerin? Wir haben 43 000 Mitglieder bei der FMH, die Medien stürzen sich aber gerne auf statistische Ausreisser. Die FMH setzt sich seit Jahren dafür ein, dass Fehlanreize, die zu überhöhten Einkommen und Überbehandlung führen, zum Beispiel Boni in Spitälern, beseitigt werden. Statistische Ausreisser sind zum Beispiel die Neurochirurgen. Sie machen weniger als 0,5 Prozent der Ärzteschaft aus und verdienen ihr Einkommen mehrheitlich nicht mit den Prämiegeldern der obligatorischen Krankenversicherung. In diesem Sinn fordere ich eine faire Diskussion.

Bei den Einkommen aus der Grundversicherung gibt es gar kein Problem?

Doch, ein gravierendes sogar: Die heutige Tarifstruktur Tarmed ist völlig veraltet. Dadurch sind gewisse Leistungen, beispielsweise die Operation des grauen Stars, zu hoch vergütet, andere wiederum zu tief. Das führt zu Verzerrungen, etwa zulasten der Hausärztinnen oder der Psychiater, die unterfinanziert sind. Es gehen zu wenige junge Mediziner in

diese wichtigen Berufszweige, das wird auch zu einem Versorgungsproblem.

Und was lässt sich dagegen tun?

Das Problem haben wir zusammen mit der Mehrheit der Krankenversicherer gelöst, dank dem neuen Tarif Tardoc: Er stuft überarterierte Leistungen zurück und stellt die Hausärzte besser. Dem Bundesrat liegt der Tarif seit 2019 zur Genehmigung vor. Das Innendepartement setzt die Hürden jedoch willkürlich immer höher und ändert laufend die Spielregeln.

Wie auch beim Globalbudget ist hier der Gesundheitsminister Alain Berset federführend. Ist er in den letzten Jahren zu Ihrem neuen Lieblingsfeind geworden? Bundesrat Alain Berset ist eine Schlüsselfigur, und wir brauchen die gute Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit. Wir stellen einfach fest, dass sein Departement grosse Anstrengungen unternimmt, um eine umfassende Steuerung des Gesundheitswesens zu erreichen. Wir wehren uns gegen eine solche Staatsmedizin mit aufgeblähtem Verwaltungsapparat. Sie kann nicht im Interesse der Patienten sein.

Sie sind die erste Frau an der FMH-Spitze und stehen damit auch für die Feminisierung des Berufs: Unter den Medizinstudierenden sind die Frauen deutlich in der Mehrzahl. Gleichzeitig sind die Cheffunktionen in den Spitälern weiterhin mehrheitlich von Männern besetzt. Mangelt es den jungen Ärztinnen an Ehrgeiz?

Nein. Aber bis jemand für eine Kaderposition qualifiziert ist, dauert es viele Jahre.

Es ist also nur eine Frage der Zeit?

Nein, es gibt auch eine gläserne Decke. In die Jahre, in denen die Weichen für die weitere Karriere gestellt werden, fällt oft auch die Gründung einer Familie. Wir brauchen deshalb unbedingt Arbeitsmodelle, die familienkompatibel sind. Ein 100-Prozent-Pensum im Ärzteberuf liegt immer noch bei 55 Wochenstunden! Auch die jungen Männer wollen das nicht mehr. Daneben braucht es eine gezielte Förderung von jungen Ärztinnen mit Ambitionen. Die alte Garde von männlichen Führungskräften in den Spitälern zieht gerne junge Männer nach, das muss sich ändern.

Wollen Sie eine Frauenquote?

Ich stelle mir eher vor, dass sich die Spitäler als Arbeitgeber einen Wettbewerb liefern: Jene, die viele Frauen auf Chefarztpositionen befördern, könnten das als Qualitätsmerkmal herausstreichen.

Die Feminisierung des Ärzteberufs und der Wunsch nach mehr Work-Life-Balance bedeuten, dass wir deutlich mehr Mediziner brauchen.

Ja. Es gibt immer weniger Hausärzte, die ihre Praxis im gleichen Haus haben, in dem sie wohnen, und die Woche für Woche 70 Stunden arbeiten. Ein Ausbau der Studienplätze ist dringend nötig, damit wir genug einheimischen Nachwuchs haben. Am Interesse mangelt es ja nicht. Mit der Numerus-clausus-Prüfung ist die Zahl derjenigen, die ein Medizinstudium beginnen dürfen, staatlich zu tief gesetzt.

Die FMH engagiert sich im Abstimmungskampf stark für die Initiative «Kinder ohne Tabak». Ist das nicht etwas gar weit weg vom eigentlichen Kerngeschäft?

Nein. Viele Ärztinnen und Ärzte sind stark mit den Langzeitfolgen der Nikotinsucht konfrontiert. Gerade die Kinderärzte sehen, welchen Schaden die Tabakbranche anrichtet, wenn sie mit Influencern ganz gezielt die Jungen anfixt und sie nikotinabhängig macht. Wir reden ja immer von den Kosten des Gesundheitswesens. Mit einer wirksamen Prävention gegen das Rauchen würden wir ein riesiges Sparpotenzial erschliessen.