

Positionspapier zum Mangel an Hausärzten und zur Perspektive der Primärversorgung [DEUTSCH]

*Angenommen von der Delegiertenversammlung der swimsa am 12. November 2022 in Bern.
Die Originalversion dieses Dokuments wurde in Englisch erstellt.*

1. Einleitung

Grundversorgung:

Als künftige Fachkräfte des Gesundheitswesens stehen wir vor einer grossen Herausforderung: Eine gleichbleibend hohe Qualität der Versorgung für eine alternde Bevölkerung sicherstellen, während das Angebot an Allgemeinmediziner*innen gleichzeitig abnimmt.¹

Dieser Mangel an Allgemeinmediziner*innen ist gegenwärtig äusserst ausgeprägt:

- **ein Fünftel von ihnen ist bereits im Rentenalter**
- **mehr als ein Drittel ist 60 Jahre alt oder älter**
- von diesem Drittel haben 71,3% angegeben, dass sie keinen Nachfolger für ihre Praxis haben²

In ihrer Rolle als Gesundheitsversorger stehen die Hausärzte an vorderster Front, wenn es darum geht, den Krankheitsbeginn zu verhindern. **Eine verstärkte Versorgung in diesem Fachgebiet steht in engem Zusammenhang mit einem Rückgang der Sterblichkeit** durch kardiovaskuläre, onkologische und respiratorische Ursachen. **Dieser Rückgang ist bei Allgemeinmediziner*innen wesentlich stärker ausgeprägt als bei Spezialisten³.**

Die Aspekte der Prävention und des frühzeitigen Managements von Risikoprofilen sind von grundlegender Bedeutung, sowohl für das Wohlergehen der Bevölkerung als auch für die Begrenzung des Anstiegs der Gesundheitskosten. Dieser letzte Punkt wurde kürzlich in den Medien besonders hervorgehoben, nachdem die Prämien im Herbst 2022 je nach Kanton um 3,5 % bis 9,5 % erhöht wurden (durchschnittliche Erhöhung: 6,6 %).⁴

Es ist wichtig, eine Studie des MFE in Zürich zu erwähnen, **wonach Haus- und Kinderarztpraxen 94,3 % der Gesundheitsprobleme ihrer Patienten selbst behandeln konnten, während ihre Praxen nur 7,9 % der Kosten verursachten.**⁵

Polypragmasie:

Dachverbände wie santésuisse (ein privater Verband, der einen großen Teil der **Schweizer Versicherer vertritt**) **berechnen die durchschnittlichen Kosten pro Patient für jeden Arzt**. Wenn die Durchschnittskosten eines Arztes höher sind als die der anderen Ärzte, üben die Versicherer Druck aus, um die Durchschnittskosten des Arztes, bei dem es sich häufig um einen Allgemeinmediziner handelt, zu senken.^{6,7,8} Ärzte, die als "zu teuer pro Patient" eingestuft werden, befinden sich in einer Situation der Polypragmasie (könnte man mit "Überbehandlung" zusammenfassen) und müssen einen Betrag zahlen, der dem "Überschuss" entspricht, den sie berechnet haben. Viele dieser Statistiken sind den beschuldigten Ärzten nicht zugänglich, so dass sie ein externes Unternehmen für die Analyse ihrer Daten bezahlen müssen, um sich anschliessend zu verteidigen.

Um die Durchschnittskosten so niedrig wie möglich zu halten und Probleme mit den Versicherern zu vermeiden, werden die Patienten daher häufiger an Spitäler und Fachärzte überwiesen. Diese Massnahmen werden von der statistischen Berechnungsmethode von santésuisse als vorteilhaft angesehen.^{6,9,10,11} **Für das Gesundheitssystem sind sie jedoch kontraproduktiv, da die Spitäler und Fachärzte höhere Preise verlangen.** Abgesehen von ihrer Überschreitung des errechneten Durchschnitts erhalten die von santésuisse beschuldigten Ärzte keine zusätzlichen Informationen und haben zwei Möglichkeiten.

Ein angeklagter Arzt kann den Fall entweder vor Gericht bringen, wobei er kaum Chancen hat, den Prozess zu gewinnen, oder er kann einen vertraulichen Vergleich aushandeln, der oft weniger als die Hälfte der ursprünglich von den Versicherern geforderten Summe beträgt (diese ursprünglichen Beträge lagen oft zwischen 100'000 und 200'000 Franken für ein Jahr). Vor Gericht müssen die betreffenden Ärzte die statistisch belegten Gründe für ihre durchschnittlichen Mehrkosten und die Besonderheiten ihrer Praxis darlegen. Die Versicherungsstatistiken allein reichen aus, um die Polypragmasie nachzuweisen, und wenn die Ärzte das Gegenteil nicht beweisen können, müssen sie den gesamten Betrag zurückzahlen. Diese letzte Option wird nur selten gewählt.^{6,7,8}

Diese Praxis ist unwürdig und erniedrigend für den Berufsstand: **Sie bietet einen starken Anreiz, die Durchschnittskosten pro Patient für das folgende Jahr zu senken.** Eine Senkung der Durchschnittskosten eines Hausarztes führt folglich zu einer Senkung der Durchschnittskosten aller Hausärzte. Auf diese Weise werden im folgenden Jahr **andere Ärzte, deren Praxis nun im Verhältnis zu diesem neuen, künstlich gesenkten Durchschnitt als "zu teuer" gilt**, von santésuisse konfrontiert. **Leider ist dies weder wirksam noch gerecht:** Die Kosten werden auf andere Teile des Gesundheitssystems abgewälzt^{7,9} und Ärzte, die hauptsächlich intellektuelle und kostengünstigere Leistungen erbringen (z. B. Hausärzte), werden benachteiligt.⁶

Die negativen Folgen der Anwendung der statistischen Methode durch die Versicherer sind vielfältig: Die Patientenversorgung wird stärker fragmentiert sowie

verkürzt, und polymorbide Patienten werden seltener ambulant behandelt und häufiger ins Krankenhaus eingewiesen. Die Ärzte ihrerseits stehen unter ständigem Druck, wirtschaftlich zu arbeiten, was eine gute Vorgehensweise sogar behindern kann.^{6,9} Die daraus resultierenden **moralischen Konflikte erhöhen das Risiko eines Burn-outs bei Ärzten und können von der Ausübung der Berufstätigkeit entmutigen.**

2. Aufruf zum Handeln

swimsa erkennt, dass...

1. ...Primärversorgung, Prävention und interprofessionelle Zusammenarbeit wesentliche Konzepte für die Widerstandsfähigkeit des Gesundheitssystems und für die Kostenbegrenzung sind.
2. ... attraktive Bedingungen für die Berufswahl zum Allgemeinmediziner auf Fakultäts-, Krankenhaus- und Bundesebene geschaffen werden müssen.
3. ...die derzeitigen Steuerungsmethoden und Retrozessionen für Ärzte weder die Kostensenkung im Gesundheitswesen noch die gute Berufsausübung und die gute Patientenversorgung fördern.
4. ...der Druck der Versicherer auf die Hausärzte, die Attraktivität des Berufsstandes und seine Wirksamkeit mindert.

swimsa fordert...

...von Ausbildungseinrichtungen...

1. ...dass die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte Prävention und Grundversorgung auf der Basis eines einheitlichen staatlichen Modells einschliesst, und dass sie die Vereinheitlichung und gute Vermittlung schweizweit sicherstellen.
2. ...dass die akademische Forschung und die Ausbildung der Hausärztinnen und Hausärzte weiter ausgebaut werden.
3. ... Faktoren zu identifizieren, die die Wahl der Hausarztmedizin nach dem Studium erschweren.
4. ...systematisch Kurse in Praxismanagement und Abrechnungssystemen in das Studium aufzunehmen.

...von Spitälern und Gesundheitsdienstleistern...

1. ...dass sie die Patienten ermutigen und schulen, den Hausarzt früher und häufiger aufzusuchen und bestimmte Verfahren selbst zu begrenzen, sowie den Wert des Hausarztes unterstreichen.
2. ...dass sie ihren Assistenzärzten die Bedeutung der hausärztlichen Tätigkeit verdeutlichen, wenn sich die Gelegenheit dazu ergibt.

...von der Bundesregierung und den Kantonen...

1. ...dass sie die Prävention als eines der wichtigsten Mittel zur Einsparung von Geldern erklären und die entsprechenden legislativen und exekutiven Maßnahmen zum Nutzen der

gesamten Bevölkerung ergreifen.

2. ...dass sie die neu geschaffenen Medizinstudienplätze beibehalten und weiter ausbauen.
3. ... dass sie mehr Anreize in entlegenen Gebieten schaffen, in denen ein Mangel an Hausärzten herrscht.

...von Versicherern...

1. ...dass sie systematisch eine Analyseverfahren durch fachkundige Ärzte in die gegenwärtig und zukünftig angewandte statistische Kontrollmethode integrieren...
2. ...dass diese Analyseverfahren :
 - a. eine allgemeine Kostensenkung begünstigt, anstatt sie an andere Akteure des Gesundheitswesens zu delegieren.
 - b. qualitativ hochwertige Zeit mit dem Patienten als Faktor für Vorbeugung, Compliance und Veränderung berücksichtigt.
 - c. die Rolle des Hausarztes in der Primärversorgung stärkt, indem sie ihm eine umfassende Versorgung ermöglicht und die Delegation von Patienten an Krankenhäuser oder Spezialisten reduziert.

swimsa verpflichtet sich, dass:

1. Medizinstudenten werden während ihres Studiums über die Aspekte der hausärztlichen Tätigkeit informiert und ermutigt, sich stärker an der Verbesserung des Gesundheitssystems zu beteiligen.
2. Es werden Lösungen aus anderen europäischen Gesundheitssystemen aufgezeigt, die sich als erfolgreich erwiesen haben.

3. Haupttext

Grundversorgung:

Es wurden einige Massnahmen ergriffen, um dem erwarteten Ärztemangel entgegenzuwirken, wie das Berner AIM-Programm (Allgemeine Innere Medizin), an dem das BIHAM (Berner Institut für Hausarztmedizin) und die Universitätsklinik für Allgemeinmedizin¹² beteiligt sind, oder das 2016 genehmigte Sonderprogramm für Humanmedizin (Programme spécial en médecine humaine). Letzteres zielt darauf ab, die Zahl der jährlich in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte bis 2025 um fast 50% zu erhöhen. Mit diesen Mitteln wurde ein besonderes Augenmerk auf die Verbesserung der postgradualen Ausbildung in der Grundversorgung gelegt.¹³

Doch trotz dieser letztgenannten Massnahmen können Gegenbemühungen wie der Druck der Versicherer den Rückgang der Zahl der vorhandenen Allgemeinmediziner beschleunigen (von denen viele allmählich das Rentenalter erreichen)¹². Ausserdem könnte dies auch Medizinstudenten, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben, davon abhalten, den Weg der

Grundversorgung einzuschlagen. Verstärkt wird dies noch durch den Mangel an Lehrärzten in der Branche, der auf einen allgemeinen Rückgang der Zahl der Allgemeinmediziner zurückzuführen ist. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es trotz der lobenswerten Bemühungen, die Attraktivität der Hausarztmedizin auf akademischer Ebene zu erhöhen, auch notwendig wäre, einige der Hindernisse für ihre Ausübung zu beseitigen und weitere Anreize zu schaffen.

Einige Länder wie **Dänemark** sind gute Beispiele dafür, was möglich ist. Dort ist es gelungen, die Kosten des Gesundheitssystems unter Kontrolle zu halten und den Beruf des Allgemeinmediziners attraktiv zu machen. **Die Allgemeinmediziner machen rund 70 % der Ärzte des Landes aus und werden etwas besser bezahlt** (rund 160.000 CHF/Jahr) **als ihre Fachkollegen.**⁶

Darüber hinaus werden in vielen europäischen Ländern wie Frankreich, Dänemark, den Niederlanden und Deutschland grundlegende Arzneimittel auf der Grundlage des **Referenzpreissystems** erstattet. Dieses System soll die Arzneimittelpreise senken und die Verwendung von Generika fördern, die in Deutschland 81,4 % der Arzneimittel ausmachen (gegenüber 27 % in der Schweiz). **Die Einführung dieses Systems wurde 2018 von einer eidgenössischen Untersuchungskommission empfohlen.** Es senkt die Kosten für die Gesellschaft und fördert niedrigere Arzneimittelpreise, ohne dass es seither Fortschritte gab.¹³

Polypragmasie:

Derzeit sieht der Art. 56, para. 6 des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vor: "Die Erbringer von (Gesundheits-) Leistungen, wie **Ärzte/Pflegepersonal, und die Versicherer vereinbaren eine Methode** zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungen".

Aus dieser vom Gesetz auferlegten Kontrolle entstand der schweizerische Begriff "**Polypragmasie**", der sich auf die Berufsausübung **eines Arztes bezieht, der deutlich mehr kostet als seine Kollegen und eine Rückerstattung durch den Arzt an die Krankenversicherer verlangt.**

Frau JUNOD, Juristin und Professorin für pharmazeutisches Recht an der juristischen Fakultät in Genf und ausserordentliche Professorin an der HEC in Lausanne, fasste die Situation in ihrer Analyse sachlich zusammen: "Polypragmasie, Analyse D'une Procédure Controversée":

"Es besteht eine **Verpflichtung zur "Rückerstattung" zu Lasten des niedergelassenen Arztes**, sobald festgestellt wird, dass seine Honorarnoten zu Lasten der Kassen "im Durchschnitt deutlich höher sind als die anderer Ärzte", sofern:

- 1) Diese anderen Ärzte in derselben Region praktizieren,
- 2) diese anderen Ärzte eine ähnliche Klientel haben,
- 3) es keine Rechtfertigung für den Kostenunterschied gibt.⁶

Um festzustellen, ob ein Arzt tatsächlich zu viel berechnet oder zu Unrecht verschrieben hat, gibt es derzeit zwei Methoden:

Die analytische Methode besteht darin, dass bestimmte Akten, die nach dem Zufallsprinzip aus dem Patientenstamm des mutmasslich fehlbaren Arztes ausgewählt werden, einer vom Gericht beauftragten Gruppe von Ärzten vorgelegt werden, die analysieren, ob die Kosten in dieser Akte tatsächlich gerechtfertigt sind. Ist es zum Beispiel richtig, diesen Patienten aufgrund der vorliegenden Anamnese zu einem MRT zu schicken? Oder ist es richtig, ein bestimmtes Medikament in einer bestimmten Situation zu verschreiben? Der unter Verdacht stehende Arzt kann sich auch rechtfertigen und erklären, warum er eine bestimmte Behandlung durchgeführt oder eine bestimmte Massnahme ergriffen hat.

"Die statistische Methode besteht darin, die durchschnittlichen jährlichen Kosten pro Patient des betreffenden Arztes mit den Kosten aller seiner Kollegen zu vergleichen, die im gleichen Fachgebiet der FMH und im gleichen Kanton praktizieren. Der Arzt muss seine Kosten rechtfertigen, wenn sie 30 % höher sind als diejenigen seiner Kollegen. Gelingt ihm dies nicht, muss er den Teil, der die Toleranzmarge überschreitet, "zurückerstatten". Die statistische Methode erfordert also keine Prüfung einzelner Patientenakten; es muss nicht geprüft werden, ob die Behandlung eines bestimmten Patienten angemessen war."⁶

"Trotz der fast einstimmigen Kritik der Ärzte und eines Teils der Lehrmeinung bekräftigt das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) regelmässig sein Vertrauen und seine Präferenz für die statistische Methode. Diese Methode ermöglicht in der Tat "eine standardisierte, umfassende, schnelle und kontinuierliche Prüfung der wirtschaftlichen Auswirkungen". Im Gegensatz dazu ist die analytische Methode nach Ansicht des BVG so kostspielig, dass sie die Krankenkassen möglicherweise abschreckt."⁶

Einige Unstimmigkeiten und Probleme mit dieser Methode:

- Die statistische Methode ist sehr undurchsichtig. Die Details dieser Statistiken, die für die Verteidigung notwendig sind, sind für die Beschuldigten nicht zugänglich.^{6,10}
- **Es ist Sache des Arztes, seine Unschuld zu beweisen;** die von der Versicherungsgesellschaft vorgelegten Statistiken reichen aus, um die "Schuldvermutung" zu begründen. Das erforderliche Beweismass ist **das Überwiegen des Wahrscheinlichkeitsgrades**. Das bedeutet, dass **das Gericht nicht sicher sein muss, dass der Arzt der Polypragmasie schuldig ist, um ihn zur Zahlung zu verurteilen**. Es muss lediglich feststellen, dass er eher "schuldig" als unschuldig ist. Santésuisse muss also nur ihre Statistiken vorlegen, um einen Arzt zu belasten.⁶
- **Die Allgemeinmediziner, ohnehin ein Beruf mit geringem Ansehen in der Ärzteschaft, sind von diesen Vorwürfen der Polypragmasie besonders betroffen**, obwohl ihre Arbeit den grössten Einfluss auf die Bevölkerung hat. Die Fachärzte haben bei der statistischen Berechnung ihrer Kosten trotz des offensichtlichen Mangels an Hausärzten einen viel grösseren Spielraum.^{9,10}
- **Die Kosten für den Ruf, die verlorene Zeit und die finanziellen Kosten des Verfahrens für angeklagte Ärzte sind extrem hoch.** Erwähnenswert sind auch die emotionale Belastung und der akute Stress, die sich aus diesem Verfahren ergeben. Die Auswirkungen auf die persönliche Entfaltung sind beträchtlich, wenn die verbleibenden

Möglichkeiten darin bestehen, entweder die Qualität der angebotenen Versorgung zu verringern oder zu wenig für ihre Arbeit zu berechnen.^{7,8}

4. Quellen

1. Fact Sheet Demographic Change and Care Needs (22.10.2021) https://www.bag.admin.ch/.../fb-demographie.pdf.download.pdf/210922_FB_Demographie_EN.pdf
2. Study by the Fédération romande des consommateurs: shortage of general practitioners https://www.frc.ch/wp-content/uploads/2021/11/20211125-CP_Generaliste_RC_site.pdf
3. Association of primary care physician supply with population mortality in the US between 2005 and 2015 (18.02.19) [Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015 | Health Care Workforce | JAMA Internal Medicine | JAMA Network](#)
4. The average increase in health premiums will reach 6.6% next year [L'augmentation moyenne des primes maladie atteindra 6,6% l'an prochain - rts.ch - Suisse](#)
5. Family medicine is the basis for a financially sustainable health care system [la médecine de famille est la base d'un système de santé financièrement supportable - Médecins de famille \(medecinsdefamille.ch\)](#)
6. Valérie JUNOD, POLYPRAGMATIC ANALYSIS OF A CONTROVERSIAL PROCEDURE, 2008 [Polypragmatis: analysis of a controversial procedure | UNIGE Open Archive](#)
7. Focus: *Doctors forced to pay for overtreatment* 25.04.2021 [Doctors forced to pay back for over-treating - YouTube](#)
8. Time: Health in Switzerland, who wants to make millions 26.10.2019 <https://pages.rts.ch/emissions/temps-present/10625850-sante-en-suisse-qui-veut-gagner-des-millions.html>
9. Economical control by santésuisse in medical practices: what practical message? [Economical control by santésuisse in medical practices: what is the practical message \(revmed.ch\)](#)
10. No one is supposed to be ignorant... how to deal with the accusation of polypragmatis [No one is supposed to be ignorant... how to deal with the accusation of polypragmatism \(revmed.ch\)](#)
11. Health care costs are rising faster in Switzerland than in neighbouring countries [Health care costs rising faster in Switzerland than in neighbouring countries - La Vie économique \(dievolkswirtschaft.ch\)](#)

12. Collaboration between the University of Bern and BIHAM
[Further education: Berner Curriculum AIM - Berner Institut für Hausarztmedizin \(BIHAM\) \(unibe.ch\)](#)
13. Special programme in human medicine
[20161118_MM-Sonderprogramm-Medizin-e-1.pdf \(shk.ch\)](#)
14. Réglementation du prix du médicament: commission d'enquête en 2018
https://www.preisueberwacher.admin.ch/pue/fr/home/themes/medical_sante/medicaments.html