

standpunkte

NEWSLETTER DER HAUS- UND KINDERÄRZTE SCHWEIZ > AUSGABE 2/2016

EDITORIAL

Die Nagelprobe

Der Countdown für den revidierten Arzttarif läuft. Nach jahrelangen Vorbereitungsarbeiten wurden die redaktionellen Arbeiten für eine Eingabe an den Bundesrat abgeschlossen. Der neue Tarif enthält verschiedene notwendige Verbesserungen für die Hausärzte, aber noch zu viele Fehler. Die vereinbarten Tarifierungskriterien wurden zu wenig konsequent befolgt. Die Weigerung von Santésuisse, an der Revision mitzuarbeiten, verunmöglicht eine Prognose zur Einigung mit den Tarifpartnern. Die Verbesserungen drohen im Genehmigungsverfahren gestrichen, die Fehler «verschlimmbessert» zu werden. Nach motivierter Mitarbeit an der Tarifrevision sind wir nicht bereit, zum zweiten Mal (nach dem bisherigen TARMED) einen Tarif anzunehmen, der uns benachteiligt.

Bundesrat Berset hat sein Masterplan-Versprechen eingelöst und die Arbeit der Haus- und Kinderärzte besser entschädigt. Die Tarifrevision darf diese Aufwertung nicht gefährden.

Noch steht die Urabstimmung der Ärzteschaft aus, das Resultat ist ungewiss. Mit Sicherheit aber stellt dieser Tarif in der Ärzteschaft und in der Politik die Nagelprobe dar für den oft bekundeten Willen, die Haus- und Kinderärzte wirklich besserzustellen und wirksam gegen den Hausärztemangel vorzugehen!



Marc Müller
 Präsident Hausärzte Schweiz

HAUSARZTMANGEL IN DER SCHWEIZ

Work Force Studie 2015 prognostiziert rasant steigenden Hausarztmangel mit hohen Kostenfolgen

> Zwei Jahre nach dem klaren Volks-Ja zur medizinischen Grundversorgung hat sich die Lage bezüglich drohender Versorgungslücke weiter zugespitzt. Die «Work Force Studie 2015» des universitären Zentrums für Hausarztmedizin der Universität Basel prognostiziert einen rasant steigenden Hausarztmangel mit hohen Kostenfolgen.

«75% empfinden den Hausarztmangel als sehr gross und sorgen sich um die Nachfolge.»

Über 60% der heute tätigen HausärztInnen stellen in den nächsten zehn Jahren ihre Praxistätigkeit altershalber ein – und der Nachwuchs fehlt.

Ziel der Studie war, direkt von den praktizierenden HausärztInnen aktuelle Daten zu generieren zu den Arbeitszeiten, Arbeitsgewohnheiten, Motivation und Plänen, ins-

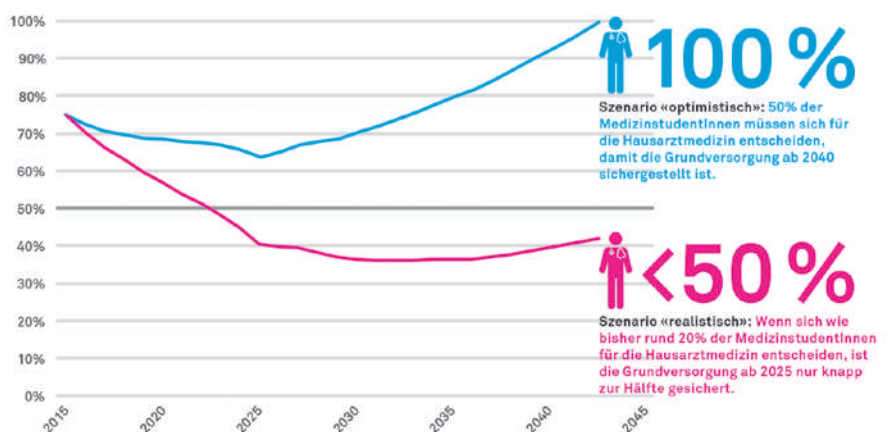
besondere auch über aktuelle und zukünftige Arbeitspensen und die Pensionierung resp. Praxisaufgabe. Die repräsentative Erhebung bei 1300 HausärztInnen aus allen Sprachregionen liefert aufschlussreiche und entscheidende Daten zur Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in den nächsten 10–15 Jahren und bietet eine solide Basis, die zukünftige hausärztliche Versorgung in der Schweiz zu prognostizieren.

Die wichtigsten Resultate im Überblick:

Verbesserte Arbeitszufriedenheit der HausärztInnen

Die aufgrund des Masterplans getroffenen Massnahmen scheinen Wirkung zu zeigen: Die Arbeitszufriedenheit ist in den letzten 10 Jahren von 55% auf 75% gestiegen. Dabei sind weder bezüglich Sprache, Praxistyp, Alter oder Geschlecht >>

Medizinische Grundversorgung in der Schweiz



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



Wir müssen mehr Haus- und Kinderärzte und weniger Spezialisten ausbilden.

Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation festzustellen.

Veränderung der Praxistypen

Die zweite positive Botschaft: Die Zahl der Einzelpraxen ist zwischen 2005 und 2015 um einen Drittel zurückgegangen, während sich die Zahl der Gruppenpraxen fast verdreifacht hat. Eine zeitgleiche Befragung

«Die Gruppenpraxis ist das Modell der Zukunft.»

unter den angehenden HausärztInnen (Junge Hausärzte Schweiz, JhAS) durch das Institut für Hausarztmedizin der Universität Bern hat diese Entwicklung bestätigt. Die junge Generation wünscht sich Gruppen-

praxen und will mehrheitlich auf dem Land oder in der Agglomeration tätig sein. Nur 17% möchten in der Stadt arbeiten. Das optimale Arbeitspensum ist gemäss den jungen Hausärzten im Schnitt 70% (Frauen 60–70%, Männer 75–80%).

Massive Zunahme der Arbeitstätigkeit über das Alter 65 hinaus

15% der aktuellen hausärztlichen Arbeit wird von ÄrztInnen mit Alter über 65 erbracht.

Aktuell plant knapp die Hälfte der Befragten die Praxistätigkeit über das Alter 65 hinaus fortzusetzen und mit einem durchschnittlichen Alter von knapp 70 Jahren die Praxis aufzugeben. 2005 planten lediglich 28% der Befragten, über das reguläre Pensionsalter hinaus zu arbeiten.

Überalterung der Hausärzteschaft

Der Anteil an HausärztInnen rund um die Pensionierung ist stark gestiegen, der Nachwuchsbedarf ist gross und dringend. 2005 waren die meisten HausärztInnen zwischen 45 und rund 60 Jahre alt, das Durchschnittsalter betrug 51 Jahre (Männer 52 J., Frauen 48 J.). Heute liegt der Altersdurchschnitt bei über 55 Jahren (Männer 57 J., Frauen 50,5 J.).

Hausarztmangel und Sorge um Nachfolge

Die Befragten empfinden den Hausarztmangel in ihrer Region mit rund 75% Zustimmung als sehr gross und sorgen sich um ihre Nachfolge. Der Grossteil der HausärztInnen spürt aber nach der Volksabstimmung eine Trendwende zugunsten der Hausarztmedizin.

Prognostizierte Entwicklung der Versorgung

Für eine optimale medizinische Grundversorgung, das heisst optimale Kosteneffizienz und niedrigste Krankheitsentwicklung und Sterblichkeit, braucht es gemäss internationalem Standard der OECD einen Hausarzt oder eine Hausärztin auf 1000 Einwohner. Dafür fehlen bereits heute in der Schweiz über 2000 Vollzeit-HausärztInnen, um diese empfohlene Versorgung zu erreichen. Innerhalb der nächsten zehn Jahre wird nun zusätzlich ein Verlust an Arbeitszeit der heute tätigen HausärztInnen von über 60% anfallen. Bis 2020 werden deswegen

«Immer mehr Hausärztinnen und -ärzte möchten zukünftig Teilzeit arbeiten.»

weitere 2000 neue Vollzeit-HausärztInnen benötigt, nur um den zu erwartenden Verlust an Arbeitszeit der heute tätigen HausärztInnen zu kompensieren. Bis 2025 sind es sogar über 4000.

Wird neben den Pensionierungen der jetzt tätigen HausärztInnen die Bevölkerungsentwicklung mitberücksichtigt und angenommen, dass 20% der Medizinstudierenden (bei 1300 Studienabgängern) sich für die Hausarztmedizin entscheiden, ist in zehn Jahren eine Versorgungslücke von 60% respektive von über 5000 Vollzeit-HausärztInnen zu decken.

Die «Work Force Studie 2015» zeigt, dass es schnelle Lösungen braucht, um die aktuelle und vor allem künftige Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung/Hausarztmedizin zu gewährleisten. In unserem Versorgungssystem tun sich mindestens für die nächsten zehn bis zwanzig Jahre



massive Lücken auf. Kurzfristig sind deshalb pragmatische, interdisziplinäre und interprofessionelle Lösungen gefragt, die auch längerfristig neue Perspektiven schaffen können. Aber auch der eigene Nachwuchs muss gefördert werden, sei dies durch weitere Erhöhung der Studierendenzahlen (Verdoppelung) wie auch durch Anreizsysteme, die die Attraktivität für die Hausarztmedizin weiter steigern. Nur so kann die Hausarztmedizin auch in Zukunft

ihre wichtige Rolle in unserer Gesundheitsversorgung wahrnehmen.

Universitäres Zentrum für
Hausarztmedizin beider Basel
Prof. Dr. med. Andreas Zeller und
Prof. Dr. med. Peter Tschudi <

REVISION DES ÄRZTETARIFS

Unausgeglichener Vorschlag bedroht die Hausarztmedizin

Die Tarifrevision dauert schon Jahre. Hauptziel, von niemandem bestritten: Fehler im Tarif korrigieren und die Grundversorger endlich angemessen entschädigen. Vor kurzem wurden die Revisionsarbeiten unter grossem Zeitdruck beendet.

> Dem Vorschlag, der jetzt auf dem Tisch liegt, haben Delegierte und Ärztekammer der FMH zwar zugestimmt, aber ausgerechnet gegen den Widerstand der Haus- und Kinderärzte. Diese sind mit dem Vorschlag nicht einverstanden, weil er wesentliche Anforderungen an einen einfachen und sachgerechten Tarif nicht erfüllt. Die von der Eidgenössischen Finanzkontrolle verlangte Besserstellung der medizinischen Grundversorger ist nicht garantiert. mfe verlangt deshalb, dass die Revisionsarbeiten weitergeführt werden, bis dies der Fall ist.

Tatsächlich bringt der revidierte Tarif für Grundversorger einige Verbesserungen. Dank neu geschaffenen Positionen wird ihr Praxisalltag realistischer abgebildet, zum Beispiel mit Leistungen der Praxisassistentinnen. Bestimmte Aufgaben können vom Arzt an die Praxisassistentin delegiert und folglich günstiger erbracht werden, Ärzte können sich anderen Fragen zuwenden. Mit der Aufhebung der viel zitierten Halbierung der letzten fünf Minuten Konsultationszeit und der Wiedereinführung einer sogenannten Dringlichkeitspauschale für Konsultationen, die nicht auf den nächsten freien Termin geplant werden können, werden alte Forderungen erfüllt. Die Dringlichkeitspauschale war vor Einführung des TARMED in vielen Kantonen eine Selbstverständlichkeit. Sie wirkt kostensparend, weil Notfallkonsultationen in Spitalambulatorien vermieden werden können.

Tarifpolitik ist auch Versorgungspolitik

Allerdings weist die revidierte Tarifstruktur gravierende und inakzeptable Mängel auf. So droht die ärztliche Grundkonsultation gegenüber dem aktuellen Tarif abgewertet zu werden. Dies widerspricht der Grundidee der Tarifrevision total und ist inakzeptabel. Andererseits bleiben zahlreiche Spezialistenpositionen zu hoch tarifiert. Auch der revidierte Tarif ist also weder ausgewogen noch sachgerecht. Solche Fehler liessen sich zwar noch korrigieren, doch ist nicht verbindlich festgelegt, ob und nach welchen Kriterien das geschehen wird. Mit dem revidierten Tarif wird zudem das Röntgen aus den Arztpraxen verschwinden, weil es nicht mehr kostendeckend betrieben werden kann. Die negativen Konsequenzen für die Patienten sind offensichtlich.

Die Auswirkungen des revidierten Tarifs sind unabsehbar. In vielen Bereichen sind Mengenausweitungen zu befürchten. Über dem Tarif schwebt bedrohlich das Damoklesschwert «Kostenneutralität»: Die Revision des Tarifs soll keine Mehrkosten verursachen. Diese Forderung von Behörden und Versicherern ist angesichts der in zwanzig Jahren seit Berechnung des geltenden Tarifs aufgelaufenen Teuerung absurd, aber eine politische Realität, obwohl Fortschritte und höhere Personalkosten auch vor der Medizin nicht haltmachen. Die von den Versicherern geforderte Ausklammerung der Teuerung mittels linearer Normierung ist weder betriebswirtschaftlich korrekt noch

sachgerecht, widerspricht somit dem KVG und fällt zu Lasten der Haus- und Kinderärzte, in deren Bereich eine unterdurchschnittliche Kostensteigerung zu verzeichnen ist. Wird nach diesen Vorgaben einfach linear rasiert, stehen die Haus- und Kinderärzte am Ende schlechter da als mit dem heutigen TARMED, weil sie für die Kostensteigerung bei Spezialisten und in Spitälern fälschlicherweise finanziell zur Verantwortung gezogen werden. Das zeigen Berechnungen der mfe-Tarifexperten. mfe hat deshalb immer eine differenzierte Betrachtung der Kostenentwicklung gefordert.

Die Tarifrevision ist auf gutem Weg, aber nicht abgeschlossen. Sie sieht auch für die Haus- und Kinderärzte Verbesserungen vor. Aber wenn wesentliche Fehler nicht noch korrigiert werden, macht der Vorschlag ausgerechnet jene zu Verlierern, die nachweislich eine kostendämpfende Medizin betreiben: die Grundversorger.

Heidi Zinggeler Fuhrer, Rolf Temperli <



Ängste in der Grundversorgung

Zwei Jahre nach der Volksabstimmung über den Verfassungsartikel zur Medizinischen Grundversorgung wird das Bild klarer. Die Bilanz der Umsetzung ist durchzogen.

> Das Gesundheitsberufegesetz (GesBG) ist im Schnellzugtempo unterwegs. Die Mehrheiten in den parlamentarischen Bildungskommissionen sind klar, und weder SBK noch andere Berufsverbände scheinen sich durchsetzen zu können. Der Pflegemaster ANP wird nicht ins Gesetz aufgenommen, der Master in Osteopathie hingegen schon. Die Aufnahme weiterer Berufe, wie die Fachkräfte für medizinisch-technische Radiologie, wurde abgelehnt. Stattdessen wird auf Interprofessionalität gesetzt: Ein Förderprogramm wurde beschlossen und wird mit 8 Mio. CHF alimentiert. Erhofft wird eine Stärkung der Effizienz in der Gesundheitsversorgung. Der Nationalrat hat noch einen weiteren Pflöck eingeschlagen: Er verweigert nach Jahren der Vorarbeit nun der parlamentarischen Initiative Joder die Unterstützung, links und rechts haben sich dazu zu einer Mehrheit gefunden. Auf der rechten Seite ist die Angst vor einer Mengenausweitung gross, die Angst vor neuen Marktteilnehmerinnen ebenfalls. Und was für die Rechte das Drohbild Kostensteigerung ist, ist für die Linke einmal mehr das Feindbild Vertragsfreiheit, das hier angeblich bekämpft wurde.

Auf dem Terrain ist hingegen klar: Das Gesetz hinkt der Realität hinterher. Pflegeleistungen werden faktisch von den Pflegenden

selbständig erbracht, die Unterschrift des Arztes ist eine Papiervorschrift. Hier wie auch andernorts führen Ängste und Ideologien zu Reformstau. Ob unter solchen Bedingungen die Interprofessionalität zum Ei des Kolumbus wird, ist zu bezweifeln. Die Haus- und Kinderärzte werden zwar tat-

«Das Gesetz hinkt der Realität hinterher.»

kräftig im Förderprogramm mitarbeiten, um zukunftssträchtige Elemente mitzuentwickeln und in die Praxis überführen zu können. Aber auch die Partnerberufe müssen Schritt halten können: Im GesBG muss ihre qualitativ hochstehende Aus- und Weiterbildung gesichert werden.

Uns ist bewusst, dass mit Interprofessionalität allein weder die Personal- noch die Kostendiskussion vermieden werden kann. Für eine kohärente Umsetzung des Verfassungsartikels muss auch der TARMED stimmen, müssen mehr (Haus-)Ärzte ausgebildet werden, braucht es Versorgungsforschung. Unsere Zwischenbilanz: Es tut sich was, aber grosse Hindernisse bleiben. Diese Erkenntnis teilen wir gerne mit den Gesundheitspolitikerinnen und -politikern.

Reto Wiesli <

Investitionen in die Hausarztmedizin: kosteneffizient?

> Die jüngsten in dieser Ausgabe veröffentlichten Ergebnisse der Work Force Studie 2015 sprechen Bände: Der Mangel an Haus- und Kinderärzten wird sich in den kommenden Jahren noch verschärfen. Eine der vorgeschlagenen Massnahmen zur Bekämpfung dieses Trends ist natürlich, mehr Hausärzte auszubilden, indem für die Studierenden Anreize geschaffen werden, Hausarzt oder Pädiater zu werden. Dazu müssen finanzielle Mittel bereitgestellt werden, die die jetzt vorgeschlagenen 100 Mio. CHF übersteigen. Aber lohnt sich dies überhaupt? Ist es effizient (kosteneffizient), in die Grundversorgung zu investieren?

Aber selbstverständlich! Viele Studien haben insbesondere in den Vereinigten Staaten klar gezeigt: Massnahmen, die partnerschaftlich mit einem grundversorgenden Arzt durchgeführt werden, haben einen unverkennbar positiven Einfluss auf die Kostenkontrolle und die Qualität. Seit bald 10 Jahren veröffentlicht *Patient-Centered Primary Care Collaborative* [1] Daten zur Effizienz der medizinischen Grundversorgung.

In der jüngsten Publikation vom Februar 2016 werden 30 Studien, die zwischen 2014 und 2015 durchgeführt wurden, zusammengefasst; sie bestätigen die früheren Ergebnisse: Die Grundversorgung reduziert die Kosten durch eine Senkung der Anzahl Notfalldiensteinsätze und Hospitalisierungen; gleichzeitig verbessern sich die Qualitätskennzahlen bei chronischen Erkrankungen; die Versorgung ist leichter zugänglich und erhöht die Zufriedenheit der Patienten und der Pflegenden.

Eine Inspirationsquelle für unsere politischen Entscheidungsträger? ... Investitionen in die Hausarztmedizin garantieren ein nachhaltiges, gerechtes und finanziell tragbares Gesundheitssystem.

François Héritier <

Foto: © Colourespic | fotolia.com



Impressum

Herausgeber: Haus- und Kinderärzte Schweiz

Auflage gesamt: 2000 Exemplare, 4 x jährlich
Druckerei: Schwabe AG, Muttenz

Gestaltung: Schwabe AG, Muttenz

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 54, Fax 061 467 85 56

Geschäftsstelle:

Effingerstr. 2, 3011 Bern, Tel. 031 508 36 10
E-Mail: gs@hausarztswiss.ch
www.hausarztswiss.ch

Redaktionskommission: Dr. Marc Müller,
Dr. François Héritier, Dr. Philippe Luchsinger,
Dr. Eva Kaiser, Reto Wiesli, Yvan Rielle
und Sandra Hügli-Jost (Leitung)

[1] www.pccpcc.org/outcomes-evaluation