

Ärzte werden bestraft, weil sie nicht genug Medikamente verschrieben haben

Ärzte, die durch Wirtschaftlichkeitsverfahren ruiniert wurden, die auf neuen, ebenso fragwürdigen wie kontraintuitiven Faktoren beruhen, gehen auf die Barrikaden, um zu erklären, wie die privaten Versicherer "die absolute Macht über das Gesundheitswesen" in der Schweiz übernommen haben.

Ein Artikel von Amèle Debey
Lausanne, 23.06.2024

Hinweis: Dieser Artikel ist Dank einer Spende der [Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen](#) frei zugänglich. Die Spende erfolgte für die gute journalistische Recherche.



© Canva

Als ich das letzte Mal wegen Halsschmerzen zum Allgemeinmediziner ging, kam ich nach 15 Minuten mit einem Rezept für sieben verschiedene Medikamente, darunter zwei Antibiotika, wieder heraus.

Ein keineswegs isolierter Fall, der seine Erklärung insbesondere in der Funktionsweise des Schweizer Gesundheitssystems findet, das weitgehend in den Händen privater Versicherer liegt und vor allem auf einer "systematischen Umkehrung der medizinischen Wirksamkeit" beruht. Wie die zahlreichen von uns gesammelten Erfahrungsberichte zeigen, werden Ärzte heute verfolgt, verglichen und bestraft, wenn

sie zu viel Zeit mit ihren Patienten verbringen, sie nicht ausreichend ins Krankenhaus schicken oder ihnen zu wenig Medikamente verschreiben.

Hier erfahren Sie, warum.

Ein wenig Hintergrund-Information

Seit 1996 sieht [Artikel 56 des KVG](#) vor, dass die Wirtschaftlichkeit von Ärzten nach folgendem Prinzip beurteilt wird: "Die Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein". Gemäss einer zwischen Versicherern und Ärzten vereinbarten Methode müssen die Ärzte "ihre Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten und des Behandlungsziels erforderlich ist".

Die Versicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Wirtschaftlichkeit der von der obligatorischen Krankenversicherung übernommenen Leistungen zu überprüfen. Wenn die Kosten pro Patient eines Arztes 30 % über dem Durchschnitt liegen, muss er sein Honorar zurückzahlen. Dank dieses Systems holt sich santésuisse - der wichtigste Dachverband der Privatversicherungen des Landes - [jährlich etwas weniger als zehn Millionen Franken von Ärzten zurück](#), die laut ihrem Partner tarifsuisse bei der Abrechnung ihrer Leistungen zu tief ins Portemonnaie gegriffen hätten.

Für uns haben die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in erster Linie eine präventive Wirkung", erklärt Christophe Kaempf, Sprecher von santésuisse. Sie sollen die Therapiefreiheit wahren und gleichzeitig verhindern, dass einige skrupellose Leistungserbringer die soziale Krankenversicherung missbrauchen und sich auf Kosten der Prämienzahler bereichern. Glücklicherweise sind Betrugsfälle selten. Die überwiegende Mehrheit der Ärzte stellt ihre Leistungen korrekt in Rechnung".

Er fügte hinzu, dass derzeit etwa 200 Fälle vor allen Gerichten des Landes anhängig sind.

Die Grenzen des Systems?

Im Jahr 2018 kommt der sogenannte "Regressionsindex" ins Spiel. Die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH), santésuisse und curafutura, ein weiterer Vertreter der Versicherer, schlossen einen [Vertrag](#), der später vom Bundesrat bestätigt wurde und Anfang 2023 aktualisiert wird.

Gemäss diesem Vertrag stützen sich die Versicherer künftig auf drei Faktoren, um den Zustand - die sogenannte "Morbidity" - der Patienten eines Arztes zu bestimmen: die Höhe der Franchise der Patienten, die Spitalaufenthalte der Patienten im Vorjahr sowie die Verschreibung bestimmter Medikamente, die in einer vom BAG erstellten Liste von pharmazeutischen Kostengruppen (Pharmaceutical Cost Groups, PCG) [aufgeführt sind](#).

Die Kassen haben ein statistisches System geschaffen, das allen Ärzten Angst macht, denn wenn man nicht innerhalb der festgelegten statistischen Marge liegt, muss man zahlen", erklärt eine Ärztin aus Neuenburg, die auf ihre Anonymität Wert legt. Ärzte, die ihren Patienten zuhören, die empathisch sind und versuchen zu verstehen, in welchem Rahmen die Krankheiten entstehen, nehmen sich mehr Zeit und

verschreiben weniger. Ich habe Kollegen, die ihren Patienten teure Medikamente verschreiben und ihnen sagen, sie sollen sie wegwerfen, wenn sie nach Hause kommen, um nicht entdeckt und bestraft zu werden!"

"Wenn man viele und teure Medikamente verschrieben hat, bekommt man einen Zeitbonus pro Patient".

Die PCGs beziehen sich nur auf eine enge Liste von pharmazeutischen Produkten, so die Praktikerin. "Wenn Sie Homöopathie, Phytotherapie, Mineralien oder Vitamine verschreiben, zählt das nicht!"

So machen Allgemeinmediziner, deren Arbeit im Wesentlichen auf Zeit zum Zuhören und Beraten beruht, nur wenige Kosten, die von den Kassen korrekt bewertet werden. "Man wird sofort entdeckt und beschuldigt, überhöhte Rechnungen zu stellen, denn man sieht Leute, die man lange betreut, denen man wenig Medikamente verschreibt, was für die Kassen bedeutet, dass sie nicht krank sind", bedauert diese Ärztin. Am Ende des Jahres werden wir geprüft und nach den durchschnittlichen Kosten pro Patient und Jahr beurteilt. Und wenn wir viele große und teure Medikamente verschrieben haben, bekommen wir einen Zeitbonus pro Patient".

"Die Funktion der PCG ist es, chronische Krankheiten zu erkennen, die besonders teuer sind", erklärt Michel Romanens, ein Arzt aus der Deutschschweiz, der für seinen Kampf gegen diese Methode bekannt ist. Da die Kassen keine Diagnosedaten haben, verwenden sie Medikamente als Ersatz, also Insulin = Diabetes. Die PCG sind ein rein technisches Mittel für die Kassen, um teure Versicherte aufzuspüren. Sie sind eine Erfindung, um teure Patienten aufzuspüren und haben eigentlich nichts mit Wirtschaft oder Medizin zu tun".

Dass er so gut informiert ist, liegt daran, dass der Kardiologe aus Olten Koordinator der [Interest Group Profiling](#) ist, einer im Oktober 2022 gegründeten Interessengemeinschaft mit derzeit rund 40 Mitgliedern, die gegen die Angriffe von santésuisse kämpft. "Wir erhalten Anfragen, die wir dann bearbeiten. Manchmal begleiten wir Angeklagte zu paritätischen Kommissionen oder Anhörungen und verteidigen bei dieser Gelegenheit Fragen zu den Statistiken", erklärt Michel Romanens.

Auf der PCG-Liste stehen Hunderte von Medikamenten, die hauptsächlich von den größten Schweizer Pharmaunternehmen wie Sandoz, Mepha oder Novartis stammen.

Sie sagten therapeutische Freiheit?

Aber wie werden diese Medikamente ausgewählt? Das hängt von ihrer "Popularität" ab, wie Christophe Kaempff erklärt: "Damit ein PCG statistisch erfasst werden kann, muss eine Medikamentengruppe von einer Mindestzahl von Ärzten der Fachgruppe verwendet werden. Eine PCG wird also nur dann berücksichtigt, wenn mehr als 30 Ärzte der Facharztgruppe eine Mindestmenge an Arzneimitteln der betreffenden PCG verschrieben haben."

Mit anderen Worten: Wenn Ärzte weniger bekannte und seltener verwendete

Medikamente verschreiben, erhöhen diese Verschreibungen ihr Risiko, Geld an die Versicherungen zurückzahlen zu müssen.

Dr. Michel Romanens sagte: "Die PCGs erkennen nur chronisch Kranke an, während akute Behandlungen durch den Regressionsindex bestraft werden. Das ist Unsinn! Darüber hinaus wurden die PCGs nirgendwo auf der Welt für die Wirtschaftlichkeitsprüfung validiert. Dass santésuisse diese Methode trotzdem anwendet, ist nur möglich, weil die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) ihren Mitgliedern gegenüber gleichgültig ist."

Je mehr, desto weniger ...

Ein weiteres Problem des medikamentösen Faktors scheint darin zu bestehen, dass er Patienten strenger und als gesünder beurteilt, die beispielsweise eine intensivmedizinische Behandlung erhalten haben, die eine Pharmakotherapie überflüssig macht.

Dasselbe gilt für Krankenhauseinweisungen: Das System kommt zu dem Schluss, dass die Patienten eines Arztes, der weniger Krankenhauseinweisungen vornimmt als seine Kollegen, gesünder sind und dass dieser Arzt de facto absichtlich zu hohe Rechnungen stellt. Kurz gesagt: Je effizienter die Behandlung, desto mehr wird der Arzt bestraft.

"Ich bin sehr teuer, weil ich kaum Patientinnen oder Patienten von mir ins Krankenhaus gehen müssen. Wenn Sie ambulant behandelt werden, zahlen die Versicherer alles, wenn Sie im Krankenhaus sind, teilen sie sich die Kosten mit dem Kanton. Die Hospitalisierung von Patienten ist also ihr Vorteil. Sie rechnen pro Kopf", sagte ein Allgemein- und Kinderarzt aus dem Kanton Waadt, der seit 24 Jahren und drei Prozessen mit Santésuisse im Clinch liegt. "Wir schwimmen auf Sicht. Die Ärzte haben Angst. Um wirtschaftlich zu sein, müssen sie eine zehnmündige Konsultation durchführen und den Fall dann an Spezialisten weiterleiten. Das ist keine Medizin mehr, das ist etwas anderes...".

Dennoch wurde diese Vereinbarung tatsächlich von der FMH unterzeichnet. Diese verwies uns bei unserem Versuch, sie zu befragen, direkt an santésuisse.

"Sie kaufen sich ihre Freiheit für eine gewisse Zeit"

Dr. Gisela Etter Kalberer, Präsidentin der UNION der komplementärmedizinisch tätigen Ärzteorganisationen der Schweiz, erklärte auf Anfrage: "Bei der Einführung einer neuen Methode gibt es immer Verlierer. In diesem Fall sind es die Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin und die Komplementärmediziner, die Medikamente sachgerecht und sparsam abgeben oder verschreiben und sich dafür einsetzen, dass ihre Patienten möglichst nicht ins Spital eingewiesen werden müssen.

In diesen Fällen steigt der Regressionsindex 'Gesamtkosten' zu Ungunsten des Arztes. Die FMH und die UNION setzen sich seit der Einführung dafür ein, diesen offensichtlichen Fehler zu korrigieren. Es wurde vertraglich vereinbart, dass Korrekturen und Anpassungen möglich sind. Aber die Fortschritte sind zu langsam!

Unsere Neuenburger Ärztin, die von Santésuisse auf mehrere hunderttausend Franken verklagt wurde, konnte wie viele andere einen Zahlungsausgleich finden, um den Konkurs abzuwenden. Dennoch muss sie sich Geld leihen.

Obwohl die geforderten Beträge bis zu 1,2 Millionen Franken betragen können, gelingt es den meisten angegriffenen Ärzten, sich so zu arrangieren, dass sie "nur" 20 % des ursprünglichen Betrags zahlen müssen. "Sie erkaufen sich damit ihre Freiheit für eine gewisse Zeit", erklärt Michel Romanens. In der Regel werden diese 20% aber verdreifacht, weil santésuisse davon ausgeht, dass die Beträge in den Folgejahren ähnlich hoch sein werden und man so Zeit und Mühe sparen kann."

Nicht konforme Praktiken?

Laut Vertrag soll der Regressionsindex nur eine erste Sortierung ermöglichen. Eine Einzelfallanalyse der Behandler muss von santésuisse und tarifsuisse durchgeführt werden. "Wenn die Kosten pro Patient eines Arztes über denen des Durchschnitts seiner Kollegen liegen, werden sie von Experten einer detaillierten Analyse unterzogen", erklärt Christophe Kaempf. Der Arzt wird auch aufgefordert, die Besonderheiten seiner Praxis zu erläutern, die mögliche Unterschiede erklären könnten."

Der Rechtsanwalt Olivier Francioli, der mehrere dieser Ärzte verteidigt hat, ist jedoch nicht ganz derselben Meinung: "Die Art und Weise, wie die individuelle Analyse durchgeführt werden soll, ist im Vertrag nicht genau definiert, und in der Praxis begnügten sich santésuisse oder tarifsuisse damit, die Ärzte aufzufordern, sich zu der festgestellten Indexüberschreitung zu äußern", versichert er. Die Versicherer waren der Ansicht, dass diese Vorgehensweise ausreichend sei. Meistens wurden die Erklärungen der Ärzte jedoch ohne eingehende Einzelfallprüfung mit der Begründung abgetan, dass die Methode des Regressionsindex ihrer Meinung nach bereits die von den Ärzten zur Rechtfertigung höherer Kosten angeführten Besonderheiten berücksichtigen sollte, indem Faktoren, die angeblich die Morbidität der Patienten berücksichtigen, in den Regressionsindex einfließen."

Wie viele ihrer Kollegen berichtet auch eine andere Allgemeinmedizinerin aus dem Wallis, die wir Nathalie nennen wollen, von einem aggressiven Vorgehen. Sie beginnt: "Ich habe relativ viel Komplementärmedizin gemacht und wurde in den Statistiken von santésuisse immer mit den anderen Allgemeinmedizinern verglichen. Früher habe ich bei den Gesamtkosten mit den anderen Ärzten gleichgezogen, obwohl ich längere Konsultationen und mehr Telefonate führte, weil ich weniger Labor, weniger Röntgenuntersuchungen und vor allem Pharmakosten von Null hatte."

"Es ist unmöglich, die Morbidität der Klientel objektiv zu bestimmen"

Im Jahr 2019 hätte die Berechnung dessen, was santésuisse von mir als Retrozession verlangt, über 100'000 Franken bedeutet, denn sie erlauben sich, den Regressionsindex bereits 2017 anzuwenden, also rückwirkend!"

Als Nathalie merkt, dass die Lage ernst ist, nimmt sie sich einen Anwalt. "Ich habe versucht, die neuen Statistiken zu verstehen, weil sie uns nie erklärt wurden. Es ist eine Art Blackbox, in der Zahlen rein- und rausgehen, ohne dass jemand weiß, was

darin passiert ist", erklärt sie. Der Morbiditätsindex ist ein wichtiger Punkt in dieser neuen statistischen Berechnung. Es ist unmöglich, die Morbidität der Klientel objektiv zu bestimmen, aber sie haben entschieden, dass dies berechnet werden kann, insbesondere anhand der teuren Medikamente, die in der Apotheke eingenommen werden. So war meine Klientel laut santésuisse vom Typ niedrige oder keine Morbidität, und sie behaupteten, dass ich nur Wellness mache, also koste ich zu viel."

Die Ärztin beschließt, den Laden zu schließen und privat weiterzumachen. Sie warnt davor, dass sie Santésuisse wegen entgangener Einnahmen verklagen will. Nach zwei Wochen erhält sie einen Brief, in dem der Verzicht auf ein Verfahren zum Ausdruck gebracht wird. "Ich musste nichts bezahlen, außer meinem Anwalt natürlich. Einige Kollegen haben es bedauert, dass ich nicht bis zum Bundesgericht gegangen bin", erzählt sie, "aber ich hatte keine Lust, so viel Zeit mit Anwälten zu verbringen, und außerdem kostet es viel Geld, und ich war mir nicht sicher, ob ich gewinnen würde."

Wirtschaftlichkeit vor Wirksamkeit?

Wie wirkt sich das alles auf die Qualität der medizinischen Behandlung aus? Für Rechtsanwalt Francioli steht das außer Frage: "So wie es derzeit angewandt wird, bin ich der festen Überzeugung, dass dieses System schädliche Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem hat, da es dazu führt, dass der wirtschaftliche Aspekt in den Überlegungen der Ärzte Vorrang vor dem therapeutischen Aspekt hat. Durch die Hintertür führt dieses System außerdem zu einer Art Patientenselektion in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, da die Ärzte beginnen werden, zu krankheitsanfällige Patienten abzulehnen, die möglicherweise hohe Kosten zu Lasten der obligatorischen Versicherung verursachen. Am stärksten betroffen von diesem Phänomen sind die Allgemeinmediziner. Ich sehe das in meiner Praxis ganz konkret. Mehrere Ärzte haben mir erzählt, dass sie Aufträge gekündigt oder bestimmte Patienten abgelehnt haben, weil sie zu viel Geld kosten würden. Der Regressionsindex wird jedoch auf der Grundlage der durchschnittlichen Kosten pro Patient berechnet".

Außerdem würde dieses System die Ärzte dazu bringen, die Untersuchungsaufträge drastisch einzuschränken, was zu Fehldiagnosen führen würde. Die Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, aber auch auf die Moral der Ärzte, kann Dr. Jean-Martin Schenker ebenfalls bezeugen. Er war 2022 in den Konkurs getrieben worden und seine Not, die er insbesondere in Form eines offenen Briefes an die Behörden zum Ausdruck brachte, [war auf ein öffentliches Echo gestoßen](#).

"Heute sehen wir jeden Tag medizinische Fehler"

"Viele Ärzte geben auf, schließen ihre Praxis. Andere gehen ins Ausland", erzählt der Arzt aus Genf. "Ich habe zwei Kollegen, die sich das Leben genommen haben. Ein anderer Kollege hat mir erzählt, dass er nur 20 % der Patienten aufnimmt und andere Dinge macht, die besser bezahlt werden, wie Vertrauensarzt, Gutachten für Autos, andere Berufe. Sie machen einen Tag lang Sprechstunden und machen den Rest der Zeit etwas anderes. Auf diese Weise schaffen sie es, sich über Wasser zu halten".

Für Dr. Schenker ist die Schweiz dabei, ihr Gesundheitssystem nach und nach zu zerstören. "Es ist eine Art Nivellierung nach oben. Die Ärzte, die Angst haben, machen ihre Arbeit schlecht und sind statistisch gesehen korrekt, während die Ärzte, die ihre

Arbeit gut machen, angegriffen werden. Nach und nach hören sie auf und am Ende haben wir nur noch mittelmäßige Ärzte. Wenn er sich dazu entschlossen hat, öffentlich darüber zu sprechen, dann deshalb, weil er nicht zum Komplizen eines "sich selbst zerstörenden Systems" werden wollte. "Mein Ziel ist es, dass die Bevölkerung gut versorgt wird. Heute sieht man jeden Tag medizinische Fehler, das war früher nicht der Fall. Sie können mein ganzes Geld nehmen, aber sie werden nicht nehmen, wer ich bin."

Wie geht es jetzt weiter?

Im Dezember letzten Jahres fällte das Bundesgericht (BG) ein [Urteil, das auf eine Revision des Systems hindeuten scheint](#). Das Bundesgericht entschied, dass es nicht ausreicht, wenn der Arzt lediglich aufgefordert wird, sich zur Überschreitung des Höchstbetrags zu äussern, ohne dass eine echte Einzelfallprüfung durchgeführt wird. "Das BGer hat jedoch nicht festgelegt, welche Kriterien für diese individuelle Untersuchung erfüllt sein müssen", schränkt Anwalt Francioli ein. Es hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie nicht notwendigerweise die Form eines vollständigen analytischen Gutachtens annehmen muss. Es bleibt also eine Reihe von Unsicherheiten bestehen".

Diese Woche hat die [Mehrheit der Versicherungen des Landes beschlossen, die beiden Berner Dachverbände santésuisse und curafutura zu verlassen](#) und einen neuen Verband zu gründen, der ihre Interessen besser vertritt. Während letzterer verschwinden sollte, sollte santésuisse - der es gelungen ist, ihre Aktivitäten in verschiedenen Bereichen zu vervielfachen - überleben.

Wird sich dies auf den Regressionsindex auswirken? Nein, meint Christophe Kaempf. Olivier Francioli teilt diese Ansicht. Er ist jedoch der Meinung, dass es ein guter Zeitpunkt für die FMH wäre, die Bedingungen der Vereinbarung über die Screening-Methode neu zu verhandeln".

Michel Romanens schloss: "Das wird die Kontrollmethoden mit Regressionsindex nicht ändern, dafür braucht es Druck von außen und ein wenig gesunden Menschenverstand".