

# Courrier à la rédaction

## Quelques réflexions à propos de la pénurie de médecins généralistes (avec réplique)

1. La densité médicale en Suisse (un médecin pour 250 habitants) figure parmi les plus élevées au monde;
2. Le manque actuel de généralistes, internistes et pédiatres est lié à un choix préférentiel des diplômés vers d'autres disciplines;
3. Les diplômés actuels souhaitent une vie moins harassante et si possible plus lucrative que celle de leurs prédécesseurs généralistes;
4. Les réseaux de cliniques privées structurés contribuent à l'hypertrophie de disciplines et actes lucratifs aux dépens des secteurs médicaux moins rentables; le rôle du médecin interniste généraliste doit être mis en évidence/défini comme primordial dans les soins de première ligne;
5. La seule mesure déjà prise d'augmenter le nombre d'étudiants est à la fois différée (sans effet avant dix ou douze ans) et susceptible même d'être contre-productive (les autres spécialités resteront systématiquement avantagées en l'absence d'un numerus clausus);
6. En tant qu'organisation privée et corporation/syndicat, la FMH répugne à proposer un numerus clausus dans les disciplines lucratives. Les 26 autorités cantonales ne sont pas bien outillées pour définir une clause du besoin (à noter que dans plusieurs pays européens – France, Espagne, Belgique – les facultés de médecine gèrent l'accès aux spécialités et leur reconnaissance);
7. En plus d'un numerus clausus dans les disciplines lucratives, une meilleure rémunération des actes des généralistes (via une diminution de la rétribution des actes techniques) et une promotion des cabinets de groupe, prenant en compte leur répartition dans chaque canton et la féminisation de la profession, apparaissent comme des moyens efficaces de lutter contre la pénurie actuelle de médecins généralistes et internistes.

Prof. hon. Jean-Pierre Wauters, ancien vice-doyen de l'Université de Lausanne, Cully,  
Dr méd. Jean Martin, ancien médecin cantonal, Echandens

## Réplique à «Quelques réflexions à propos de la pénurie de médecins généralistes»

Monsieur le Professeur, Monsieur le Docteur, chers collègues,

Je vous remercie pour votre courrier à la rédaction, qui me donne l'occasion de vous exposer mon point de vue sur ce sujet important. C'est donc avec plaisir que je réponds à vos déclarations, point par point:

1. Comparée au reste du monde (de l'Afghanistan au Zimbabwe), la densité de médecins est effectivement élevée en Suisse. Elle se révèle cependant comparable à celle de pays dont la qualité des soins est analogue. En 2017, la Suisse comptait 4,4 équivalents temps plein de médecins pour 1000 habitants, contre 4,2 en Allemagne et 5,2 en Autriche.
2. Le manque de médecins de premier recours se rapporte surtout au nombre insuffisant que nous en formons, et non à de nouvelles préférences dans leur choix d'une discipline. La plupart des jeunes médecins en Suisse viennent de l'étranger. C'est parmi ceux-ci que l'on trouve moins de médecins de premier recours que d'autres spécialistes.
  - Parmi les médecins ayant suivi leur formation postgraduée en Suisse, ceux qui optent pour des disciplines de premier recours constituent une proportion globalement constante, voire en augmentation au fil des décennies.
  - En 2021, 42% des nouveaux médecins spécialistes installés en Suisse ont obtenu leur diplôme de médecin et accompli leur formation de spécialiste à l'étranger.
  - L'arrivée de ce renfort de l'étranger compense le nombre insuffisant de médecins formés en Suisse aux niveaux prégradué et postgradué; surtout dans les disciplines spécialisées, et moins dans les soins de premier recours. Entre 2009 et 2014, par exemple, 75% des spécialistes en chirurgie cardiaque, 67% en neurologie et 57% en orthopédie avaient accompli la totalité de leur formation à l'étranger. En médecine de premier recours, ils n'étaient que 31%.
3. Ce n'est pas un défaut, mais un mérite de la nouvelle génération que d'insister sur le respect des lois sur le travail. En moyenne,

un médecin en formation à temps plein travaille toujours 56 heures par semaine! De plus, avec la pression croissante sur les coûts de la santé et l'augmentation simultanée des besoins en matière de soins, les diplômés actuels mènent sans doute une vie moins «lucrative» que la génération qui les a précédés.

4. Je partage votre revendication concernant le rôle primordial que doivent tenir les médecins internistes généralistes dans les soins de premier recours. Néanmoins, on ne peut pas imputer aux cliniques privées le fait que la pénurie de médecins en Suisse est particulièrement criante en médecine de premier recours. Comme je viens de l'expliquer, ce problème résulte de déficits au niveau de notre formation.
5. Une augmentation du nombre de places d'études ne peut produire qu'un effet retardé en raison de la longueur des études de médecine et de la formation postgraduée. Mais c'est surtout l'insuffisance de cette augmentation qui constitue le problème. En 2011, le Conseil fédéral estimait qu'il fallait annuellement entre 1200 et 1300 nouveaux médecins pour couvrir les besoins «entièrement avec des professionnels de la santé formés en Suisse». Or, cette même année, pour compléter les 795 diplômes remis en Suisse, il avait déjà fallu reconnaître 1930 diplômes de médecin délivrés à l'étranger. Oui, l'augmentation du nombre de places d'études s'avère urgente, et particulièrement pour pallier la pénurie de médecins de premier recours. En revanche, un numerus clausus relatif aux disciplines spécialisées ne s'appliquerait qu'aux médecins formés en Suisse, ce qui ne correspond donc environ qu'à une moitié de la relève médicale de ces dix dernières années.
6. La FMH s'engage pour des solutions ciblées dans le domaine de la santé. Un numerus clausus dans les disciplines spécialisées ne peut pas résoudre notre problème. Il faut par contre multiplier la formation des médecins, car leur préférence les oriente toujours volontiers vers les disciplines de premier recours.
7. Le renforcement de la médecine de famille est une préoccupation centrale du TARDOC. Son nouveau chapitre à ce sujet et la revalorisation de la prestation médicale par rapport à la prestation technique apportent déjà d'importants changements.

## Courrier à la rédaction

Malheureusement, le Conseil fédéral bloque actuellement cette révision tarifaire. Quant aux cabinets de groupe, ils ont le vent en poupe depuis des années; de 40% en 2011, leur proportion a augmenté à 53% en 2021, sans promotion spécifique ni mesures de contrôle.

Yvonne Gilli, présidente de la FMH

## Satz und Kehrsatz (mit Replik)

Brief zu: Balliana S, Kreis J, Immer F. Wie geht's weiter? Schweiz Ärztztg. 2022;103(44):29-30

Die Autorinnen und der Autor zitieren aus der VOX-Analyse der Abstimmung über das Transplantationsgesetz von Mai 2022, die Nein-Stimmenden würden sich mehrheitlich rechtsausen verorten. Die Aussage ist falsch. Die Nachbefragung hat ergeben, dass Personen, die sich in der politischen Ideologie rechtsausen einstufen, mehrheitlich Nein gestimmt haben. Die Umkehrung trifft nicht zu. Zu den Nein-Stimmen haben die genannten Personen 23% beigetragen. Mit anderen Worten: Die genannten Personen machen die Minderheit der Nein-Stimmenden aus, Personen anderer politischer Orientierung die Mehrheit.

Swisstransplant übernimmt unkritisch Behauptungen von gfs, statt sich an die Fakten zu halten.

Dr. med. Georg Stoffel, Seuzach

## Replik auf «Satz und Kehrsatz»

Herrn Stoffels Aussagen können wir bestätigen: Wir haben Textpassagen aus der VOX-Analyse von gfs.bern, einer vertrauensvollen, legitimen Quelle, zitiert. Und ja, korrekt ist: Je weiter rechts sich die in der VOX-Analyse befragte Person einordnet, desto eher hat sie an der Urne Nein gestimmt. Wir danken Herrn Stoffel für die aufmerksame Lektüre.

Stephanie Balliana, Head of Communications, Swisstransplant, Bern

## Envoyer un courrier

Vous pouvez transmettre votre courrier à la rédaction en ligne sur:

[bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre](http://bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre)

## Das EPD funktioniert nur, wenn die Patienten darin Vertrauen haben können

Brief zu: Richert V. Das EPD kommt nicht vom Fleck. Schweiz Ärztztg. 2022;103(45):16-9

Neben all den ungelösten technischen Fragen bezüglich des EPD kommt meines Erachtens ein Thema zu wenig zu Wort: Ein EPD macht nur Sinn, wenn alle Diagnosen, Befunde, Medikamente und andere Behandlungen, Allergien und so weiter eines Patienten darin erfasst sind. Sonst entsteht eine sehr gefährliche Scheinsicherheit, wenn nicht mehr nachgefragt wird, ob ein Patient wirklich keine anderen Medikamente einnimmt et cetera. Da es in der Schweiz kaum vorstellbar ist, dass das EPD für alle Einwohner obligatorisch wird und Medizinalpersonen Behandlungen auch gegen den Willen der Patienten im EPD erfassen müssen, klappt das nur, wenn jedermann sicher sein kann, dass in unserem Gesundheitswesen mit den erfassten Daten sorgfältig und verantwortungsvoll umgegangen wird. Das geht über Datenschutz und Patientengeheimnis weit hinaus.

Dies gilt besonders für Erkrankungen und Behandlungen, die schambesetzt sein oder zu Vorurteilen führen können. Ein Patient mit einem Suchtproblem oder mit einem Sexualverhalten, das nicht den 0815-Vorstellungen entspricht, muss sicher sein können, dass er deswegen nicht ausgeschimpft oder mit Schuldzuweisungen eingedeckt wird. Psychisch Kranke dürfen nicht als Spinner behandelt oder nicht ernst genommen werden. Leider kommt das bis heute immer wieder vor. Ich habe selbst erlebt, dass ein Pneumologe einem Jugendlichen, der ihn wegen Asthmaverdacht konsultierte, meinte, sagen zu müssen, dass es nicht gut sei, wenn er ein niedrig dosiertes Neuroleptikum zur Behandlung von Schlafstörungen und selbstverletzendem Verhalten einnehme. Diese Medikation war von einer Fachklinik verordnet worden und hatte mit den Beschwerden des jungen Mannes nichts zu tun! Und auch manche meiner Patienten, die Medikamente wegen eines ADHS einnehmen, bekommen von anderen Ärzten unqualifizierte Abwertungen zu hören.

Patienten, die solche Erfahrungen gemacht haben, werden ein EPD eher ablehnen oder verlangen, dass gewisse Behandlungen und Diagnosen nicht aufgeführt werden. Hier sind wir alle als Ärztinnen und Ärzte gefordert!

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Fachärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Uzwil

## Die Zulassungsprüfung ist nicht der richtige Weg

Nach 30 Jahren eigener Hausarztpraxis und Vertretungen in 8–9 Kantonen 12 Jahre lang bin ich zu dieser Auffassung gelangt: Manchmal fallen über 40% durch, und ich glaube, dass dies nicht alles ungute Kandidaten wären. Wir haben in der Schweiz zu wenig eigene Ärzte und eigenes Pflegepersonal. Unsere Bevölkerung beklagt sich, dass eine solche Situation herrscht, und in Deutschland mangelt es der Bevölkerung auch an eigenen Ärzten. Mit diesen Zulassungsprüfungen haben wir nicht bessere Ärzte, nur weniger und müssen nur noch mehr ausländische Ärzte suchen. Sehen wir lieber, dass Ärzte und Pflegepersonal unsere Mundart verstehen, reden müssen sie diese sicher nicht.

Dr. med. Roland Scholer, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Liestal

## Digitalisierung kann eine Krux sein

Brief zu: Goldhahn J. Die Medizin der Zukunft ist digital. Schweiz Ärztztg. 2022;103(43):74–5

Als Hausarzt in einer Praxis in Solothurn habe ich bis zum Weggang meine papiernen Krankengeschichten fein säuberlich von Hand geführt und die Diagnosen- und Medikamentenlisten sorgsam erfasst. Später machte ich längere Vertretungen in Gemeinschaftspraxen und musste mich immer wieder in neue elektronische Krankengeschichte-Programme einarbeiten.

Die Krux: Die Qualität der elektronischen Krankengeschichte ist so gut wie das Verantwortungsbewusstsein der die Daten eingebenden Ärzte, und da gibt es ein weites Spektrum an Kollegen und Kolleginnen ...

Um zum Beispiel den elektronischen Krankengeschichte-Medikamentenwirrwarr – in Vertretung des ferienhalber abwesenden Kollegen – zu enträtseln, blieb manchmal nichts anderes übrig, als den Patienten zum Mitbringen all seiner Tabletten anzuhalten mit dann Auslegeordnung: Da gab's manche Überraschung.

Und leider: Wie mehr Leute an einer elektronischen Krankengeschichte «rumbasteln», desto grösser wird die Fehlerquelle.

Dr. med. Urs-Peter Stäuble, ehemaliger Allgemeinarzt, Rüti bei Büren

## Kinderschutz: Ein Aspekt kommt zu kurz

Brief zu: Vahlensieck Y. Detektivinnen im weissen Kittel. Schweiz Ärztztg. 2022;103(44):18-21

Die Autorinnen schildern Aufbau, Abläufe und Vorteile einer Kinderschutzgruppe sehr gut und geben einen Einblick in die konkrete Fallarbeit. Auch wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Kinderschutzgruppe sehr viele Fälle innerhalb des Gesundheitswesens behalten und auch lösen kann.

Angesichts des Titels kommt jedoch ein essenzieller Aspekt der Detektivarbeit zu kurz: Am Anfang muss immer eine forensisch korrekte Dokumentation sämtlicher, auch banal erscheinender Verletzungen stehen. Erst diese Beweisaufnahme erlaubt es, Zweitmeinungen einzuholen und Verletzungen eventuell später in einem veränderten Kontext neu einzuordnen. Zudem sind ohne diese Beweismittel den Behörden und Fachleuten, welche im Falle einer Meldung das Geschehene nachweisen müssen, oft die Hände gebunden. Dort, wo die Kompetenz für eine solche Dokumentation fehlt, sollten Pflegende, welche eine Weiterbildung in «forensic nursing» besucht haben (sicher eine gute Investition für sämtliche Kinderkliniken), oder Rechtsmediziner hinzugezogen werden.

Eine zweite Bemerkung gilt der Meldung selbst. Seit Einführung der eidgenössischen Strafprozessordnung sind direkte Meldungen an die Strafverfolgungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft) äusserst restriktiv geregelt. Ohne Entbindung kommen solche Meldungen praktisch nur in Notsituationen mit akuter Gefährdung und fehlenden Alternativen in Frage. Meldungen sollten deshalb immer zuerst an die kantonale Erwachsenen- und

Kinderschutzbehörde (KESB) gehen, welche nötigenfalls ihrerseits die Polizei und/oder Strafverfolgungsbehörden einschalten kann.

*Dr. med. Marc Bollmann, Chefarzt, Institut für Rechtsmedizin Graubünden, Chur*

## Patientengespräch: Gedanken zum Titelbild der Ausgabe 45

Augenkontakt – das sieht man auf den ersten Blick. Ist ja auch nicht schwierig mit der jungen Patientin mit so schönen Augen. Sie ist dem Arzt zugewandt und stützt sich mit beiden Armen so weit auf seinen Schreibtisch, dass sie ihre rechte Hand schon fast in seinen Bereich bringt, wo ein Dossier mit Ultraschallbildern liegt. Beide schweigen – ein Blick sagt mehr als tausend Worte. Er ist ergraut, aber voller Vitalität ihr zugewandt. Sogar der rote Kugelschreiber in seiner rechten Hand weist auf sie hin.

Der Bildschirm ist blau ohne Daten, uninteressant. Eine Tastatur ist nicht zu sehen. Das analoge Blutdruckgerät liegt unscharf im Fokus unbeachtet auf dem Tisch. Der rote Schlauch des Stethoskops liegt näher bei der Patientin als beim Arzt.

So macht die Sprechstunde Spass. Auch Berühren wird nicht schwierig sein, wenn dann die klinische Untersuchung gefragt ist.

Wie ist es, wenn die alte ungepflegte Patientin deprimiert in ihren Sessel versinkt, die Stimme leise und vorwurfsvoll verzweifelt? Wenn Augenkontakt kaum möglich ist und Berührung vom Arzt Überwindung braucht? Gleichzeitig sollte er sich am Bildschirm mit

Blick aufs Laborblatt vergewissern, dass er keine Hypothyreose übersieht. Da wird die Sprechstunde zur professionellen Herausforderung.

*Dr. med. Urs Glenck, pensionierter Hausarzt, Ebertswil*

Annonce

# HÖREN SIE REIN

EMH Podcast    EMH Journal Club

Ob vor dem Cheminée oder im Zug: Reto Krapfs «Kurz und bündig» für unterwegs. Der «EMH Journal Club» mit Neuigkeiten aus der Forschung als zweiwöchentlicher Podcast. Alle Folgen finden Sie auf [emh.ch/podcast](http://emh.ch/podcast)

 EMH Media

