



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung

**Literaturanalyse und Expertengespräche zur Prognose
und Planung des ambulanten medizinischen Personals in
der Schweiz**

Stefan Spycher

Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS)

**Inhaltsverzeichnis
Zusammenfassung**

Stefan Spycher, Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung;
Arbeitsdokument Nr. 5 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan);
Neuchâtel 10/2004 (ISBN Nr. 3-907872-09-6)

Bestellung: obsan.versand@gewa.ch oder Obsan-Versand, c/o GEWA,
Tannholzstr. 14, CH-3052 Zollikofen, CHF Fr. 15.- plus Versandkosten

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Zusammenfassung	5
1 Ausgangslage, Fragestellungen, Methodisches Vorgehen	10
1.1 Der Ausgangspunkt für die Arbeit	10
1.2 Fragestellungen	12
1.3 Methodisches Vorgehen	12
2 Ergebnisse der Literaturanalyse.....	14
2.1 Übersicht über die verschiedenen Diskussionsstränge	14
2.2 Soll überhaupt geplant werden? Welche Ziele verfolgen die Planungen?	15
2.3 «Was» sollte und «was» kann «wie» tatsächlich geplant werden?	17
2.4 Welche Prognosemethoden existieren?	19
2.4.1 Arbeitsangebotsseite	19
2.4.2 Arbeitsnachfrageseite	21
2.4.3 Zur Feststellung von Ungleichgewichten	25
2.5 Zu welchen Ergebnissen kommen die Prognosen?	26
2.5.1 Arbeitsangebotsseite	26
2.5.2 Arbeitsnachfrageseite	29
2.5.3 Arbeitsangebotsseite und –nachfrageseite	29
2.5.4 Guidelines für Prognosen	33
2.6 Entsprechen die Prognosen den effektiven Ergebnissen?	33
2.7 Welche Länder kennen Planungen und welche Erfahrungen haben sie gemacht?	34
2.7.1 Übersicht	34
2.7.2 Deutschland	35
2.7.3 Niederlande	39
2.7.4 Vergleich Deutschland – Niederlande	41
2.7.5 Österreich	42
2.7.6 Thematische Vergleiche zwischen Ländern	44
2.7.7 Zur Übereinstimmung von Planung und Realität	48
2.8 Welche praktischen Aspekte müssen bei der Prognose/Planung berücksichtigt werden?	48
2.9 Welche Planungserfahrungen gibt es in verwandten Bereichen?	49
2.10 Welche Folgerungen können aus der Literaturanalyse gezogen werden?	50

3	Ergebnisse der Expertengespräche	53
3.1	Zu den grundsätzlichen Lösungsmöglichkeiten.....	53
3.2	Zu den Erfahrungen	55
3.3	Zur Ausgestaltung von Prognosen und Planungen	57
3.4	Zu den begleitenden Aspekten eines Prognose- und Planungsprozesses.....	59
3.5	Zu den Möglichkeiten eines Monitoring.....	60
3.6	Die Empfehlungen der Experten.....	61
3.7	Fazit.....	61
4	Diskussion der Ergebnisse	64
5	Literatur- und Quellenverzeichnis	66
5.1	Strukturiertes Literaturverzeichnis.....	66
5.1.1	Zur Notwendigkeit der Planung	66
5.1.2	Theorie der Planung	67
5.1.3	Zur Methodik der Prognose.....	67
5.1.4	Konkrete Angebots- und Nachfrageprognosen.....	67
5.1.5	Auseinandersetzung mit Rahmenbedingungen der Planung.....	70
5.1.6	Ländererfahrungen mit Planungen	70
5.1.7	Darstellungen der Workforce	71
5.1.8	Planungserfahrungen aus verwandten Bereichen	72
5.2	Unstrukturiertes Literaturverzeichnis	72
5.3	Quellen.....	77

1 Zusammenfassung

Ausgangslage

Seit Juli 2002 gilt die vom Bundesrat erlassene Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von ambulanten Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Dieser Erlass, der den Kantonen für jede Kategorie von ambulanten Leistungserbringern Höchstzahlen vorschreibt, läuft im Juni 2005 aus. Er wurde (primär) mit Blick auf eine mögliche Überversorgung durch den Zuzug von frei praktizierenden Ärzt/innen aus dem EU-Raum erlassen. Mit Blick auf den Sommer 2005 werden zurzeit verschiedene Varianten diskutiert. Im Vordergrund steht die Aufhebung der genannten Verordnung. Gleichzeitig soll der Kontrahierungszwang zwischen den Krankenversicherern und den ambulanten Leistungserbringern aufgehoben werden. Das Problem der Überversorgung im ambulanten Bereich wird dadurch an die Vertragsparteien delegiert. Die Versicherer sollen dafür besorgt sein, dass nicht mit zu vielen Leistungserbringer/innen Verträge abgeschlossen werden. Damit ist aber eine neue Sorge verbunden: Werden die Versicherer mit einer ausreichenden Anzahl Leistungserbringer/innen kontrahieren? Besteht die Gefahr von regionalen Unterversorgungen? Der Bund und die Kantone sollen deshalb gemäss dem Vernehmlassungsentwurf des Bundesrates verantwortlich dafür sein, dass die Versicherer mit einer ausreichenden Anzahl von ambulanten Leistungserbringern einen Vertrag abschliessen und somit eine ambulante Mindestversorgung garantiert werden kann.

Auf den Bund und die Kantone könnten daher im ambulanten Versorgungsbereich mannigfaltige Herausforderungen zukommen. Im Rahmen eines Workshops des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) äusserten die Kantone daher den Wunsch, dass das Obsan Instrumente entwickelt, die sie in ihrer Arbeit unterstützen können. Das Obsan beschloss, in einer Pilot- und Machbarkeitsstudie zu untersuchen, welche Instrumente den Kantonen zur ambulanten Bedarfsprognose bzw. -planung zur Verfügung gestellt werden können. In einer zweiten Projektphase sollen dann diese Instrumente konkret ausgearbeitet werden. Mit dem Auftrag zur Erstellung der Pilot- und Machbarkeitsstudie wurde das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) beauftragt. In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse der Pilotstudie präsentiert.

Fragestellungen

Das Obsan wollte im Rahmen einer Pilot- und Machbarkeitsstudie methodisch-konzeptionelle Fragen zu den Möglichkeiten einer ambulanten Bedarfsprognose bzw. -planung abklären, Erfahrungen aus anderen Ländern aufarbeiten lassen sowie politische Rahmenbedingungen einer möglichen Planung des ambulanten Angebotes klären. Folgende Leitfragen standen im Vordergrund:

- Welche Ziele gibt es, die eine ambulante Bedarfsplanung erfüllen soll?

- Welche Erfahrungen aus anderen Ländern gibt es? Welche Arten von Datenquellen werden im Ausland in funktionierenden oder geplanten Modellen verwendet?
- Wie ist der Stand der nationalen und internationalen Literatur, besonders auch bezüglich der Frage nach der Bestimmung des ambulant-medizinischen Bedarfs und der entsprechenden Prognosen?
- Eine Angebots- und Bedarfsplanung, die sich auf statistische Quellen abstützt, ist zwangsläufig mit Unschärfen verbunden. Was bedeutet dies politisch für die Realisierung eines entsprechenden Projektes in der Schweiz?

Methodisches Vorgehen

In einem ersten Schritt wurde eine grobe Literaturanalyse durchgeführt, die zeigen sollte, wie die ambulante Versorgung überhaupt prognostiziert und geplant werden kann. Als «grob» wird die Analyse deshalb bezeichnet, weil nur bestimmte Wege zur Literatursuche beschritten wurden (keine vollständige Literatursuche) und die Literatur nur rasch und nicht im Detail gesichtet worden ist. Zweck der Literatursuche war das Auffinden von Anhaltspunkten, die allenfalls auf die Schweiz übertragen und im Rahmen einer Hauptstudie näher geprüft werden können.

Um eine Übertragung der Ergebnisse der Literatur auf die Schweiz rasch überprüfen zu können, wurde beschlossen, das Thema in einem zweiten Schritt mit fünf ausgewählten Experten zu besprechen. Die Personen wurden nach verschiedenen Kriterien ausgewählt, so dass Expertenwissen und -erfahrungen zum Thema der Bedarfsplanung, zu gesundheitsökonomischen und medizinischen Aspekten, zu konkreten Planungserfahrungen im Ausland sowie zu kantonalen Vollzugsfragen vertreten war.

Ergebnis der Literaturanalyse

Das Ergebnis der Literaturanalyse kann in folgenden Punkten zusammengefasst werden:

- Die **Notwendigkeit der Planung** des ambulanten Bereichs ist umstritten. Einige sind sich die Autor/innen, dass die Auswirkungen sowohl einer Unter- wie auch einer Überversorgung unerfreulich sind. Diejenigen einer Überversorgung werden als etwas weniger gravierend eingestuft, weil sie gemäss verschiedenen Autor/innen «nur» Geld kosten. In einigen Publikationen wird zu Recht darauf hingewiesen, dass auch die Überversorgung auch zu qualitativen Einbussen führen kann. Eine Unterversorgung kann Menschenleben gefährden. Wie eine Unter- und Überversorgung aber vermieden werden soll, darüber gehen die Meinungen auseinander. Auf der einen Seite setzt man Hoffnungen auf eine möglichst gute Planung. Dieser Standpunkt wird von drei Gruppen von Wissenschaftler/innen vertreten: Erstens von Personen, die aus Ländern kommen, die ein stark reguliertes bzw. ein stark steuerfinanziertes Gesundheitssystem, in welchem das Schwergewicht beim Zugang zur Versorgung liegt, kennen. Zweitens von Personen, die der Ökonomie als

Wissenschaftsdisziplin eher skeptisch gegenüber stehen (bspw. von Mediziner/innen). Drittens von Personen und Institutionen, die den Vorteil von Globalbudgets zur Kostenkontrolle schätzen.

Auf der anderen Seite vertraut man auf die Kräfte des regulierten Marktes und damit auf die gesetzten Anreizsysteme. In dieser Sichtweise geht es vor allem darum, die Anreize konsequenter auszurichten, damit der Markt ein Gleichgewicht produzieren kann. Skeptisch ist man gegenüber planerischen Elementen auch deshalb, weil gemäss diesen Autor/innen Planungen mit kaum überwindbaren Problemen im Bereich der Daten und der zukünftigen Entwicklungen (bspw. mit dem technischen Fortschritt) zu kämpfen haben.

Für beide Sichtweisen werden in der Literatur eine Menge von Belegen angeführt und historische Phasen entsprechend interpretiert. Dennoch erhält man den Eindruck, dass es sich bei der Frage nach der Notwendigkeit der Planung weniger um eine positive (wissenschaftlich beantwortbare), sondern stärker um eine normative Frage handelt. Wenn das Schwergewicht stärker auf dem gesicherten und qualitativ guten Zugang zu medizinischen Leistungen liegt, dann werden in grossen Ländern eher planerische Ansätze vertreten oder zumindest als ergänzendes Instrumentarium akzeptiert. Liegt das Schwergewicht mehr auf der Freiheit der Angebots- und Nachfrageentscheidungen (Stichwort Konsument/innensouveränität) oder werden die konkreten methodischen Probleme der Planung als zu gross betrachtet, dann werden planerische Elemente eher abgelehnt.

Eine generelle Planung steht in der Schweiz zurzeit (noch) nicht zur Diskussion. Daher sind aus der internationalen Literatur vor allem die Bezüge zur Mindestversorgung interessant. Hierbei zeigt sich ein grösserer Konsens. Die Autor/innen sind sich einig, dass eine Unterversorgung zu vermeiden ist. Da aber die vorgeschlagenen und umgesetzten Wege sich nach den beiden «Lagern» unterscheiden, kann aus der Literatur keine eindeutige Empfehlung abgeleitet werden.

- Wenn man die Notwendigkeit einer Planung akzeptiert, aus welchen Gründen auch immer, dann zeigt die **theoretische Literatur**, dass man sich einem sehr anspruchsvollen Unternehmen gegenüber sieht. Letztlich geht es darum, die Beziehung zwischen der Anzahl Personen in den Gesundheitsberufen und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung festzulegen. Dazu sind viele Annahmen notwendig, die ihrerseits sehr kontrovers beurteilt werden können.
- Die Literatur zu den verschiedenen **Prognosemethoden** zeigt, dass es noch keinen «Goldstandard» gibt. Vielmehr existieren viele Methoden nebeneinander, die alle mehr oder weniger gewichtige Vor- und Nachteile haben. Die Folge davon ist, dass man sich in einigen Ländern (bspw. in den Niederlanden und in Australien) dazu durchgerungen hat, alle Methoden gleichzeitig anzuwenden und sie am Schluss mit Szenarien und möglichen politischen Entwicklungen zu verbinden. In der Folge wird der Planungs- und Prognoseprozess – mit entsprechenden Konsequenzen – weniger technisch und mehr politisch

geprägt. Etwas anders interpretiert, kann man auch festhalten, dass die Literatur ein reichhaltiges Prognoseinstrumentarium bereitstellt.

- Verschiedene Länder haben konkrete **Planungserfahrungen**. Viele Planungsverfahren sind aber sehr einfach und richten sich oft nach einem vorgegebene Arzt/innen-Einwohner/innen-Verhältnis (Manpower-Population-Ratio-Ansatz). Der Referenzwert bezieht sich dabei meist auf einen bestimmten Zeitpunkt in der Vergangenheit. Dies erscheint problematisch, weil der medizinisch-technische Fortschritt immer wieder dazu führt, dass sich die Verhältnisse verändern. Auch unterstellt ein solches Vorgehen, dass im Basisjahr ein «optimale» und «effiziente» Versorgung vorgelegen habe. Davon kann aber normalerweise nicht ausgegangen werden. Es ist zu vermuten, dass die Wahl der Planungssysteme nicht aufgrund ihrer methodischen Vorzüge erfolgt ist, sondern eher das Ergebnis eines politischen Prozesses ist. Die einfachen Manpower-Population-Ratios scheinen dabei auf eine gute Akzeptanz zu stossen.

- In verschiedenen Ländern wird explizit definiert, wann eine **Unterversorgung** vorliegt. Die verwendeten Kriterien sind aber nie empirisch (und auch nicht theoretisch) hergeleitet. Vielmehr handelt es sich um plausible Kriterien, die normativ gesetzt wurden. Nicht überall wird aber die Unterversorgung an einer bestimmten Zahl von Leistungserbringer/innen gemessen. In Australien bspw. wird versucht, sich über regelmässige Berichte einer speziell dafür zuständigen Kommission ein Bild zu verschaffen. Die Kommission verwendet dazu umfangreiche quantitative und qualitative Grundlagen.

- Verschiedene Autor/innen äussern sich kritisch zu den Möglichkeiten, **regionale Unterversorgungen** mit planerischen Instrumenten lösen zu können. Ärzt/innen würden sich bspw. bei ihrem Niederlassungsentscheid stark von den eigenen Lebensbedingungen und derjenigen ihrer Familien leiten lassen. Wären diese in entlegenen Regionen nicht gut, dann würden auch finanzielle Anreize kaum wirksam sein. In einem jüngeren Gutachten zur Auflösung des Vertragszwangs in Deutschland wird vorgeschlagen, dass die Länder direkt Versorgungsaufträge ausschreiben können, um Unterversorgungen zu beheben. Allerdings braucht es auch hierfür Bewerber/innen, die sich vorstellen können, in diesen Regionen zu leben.

Ergebnis der Expertengespräche

Die Ergebnisse der fünf Expertengespräche lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Experten sind in grundlegenden Aspekten **unterschiedlicher Auffassung**. Von einem Experten wird bestritten, dass eine ambulante (Mindest-) Planung bei einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs überhaupt notwendig sei. Ein anderer Experte ist der Ansicht, dass die Vergütungsformen – vor allem bei Allgemeinmediziner/innen – viel wichtiger seien als planerische Ansätze. Die mit den Vergütungsformen verbundenen finanziellen Anreize würden viel rascher zu einer regional sinnvollen Versorgung führen. Aber auch die anderen Experten haben eine mehr oder weniger grosse Skepsis gegenüber planerischen Elementen im

ambulanten Bereich. So wird bspw. gefordert, dass sich die Planung nur auf die Normalrisiken, nicht aber auf die Grossrisiken beziehen soll. Weiter wird die Forderung geäussert, dass sich die Mindestplanung nicht nur in einer einzigen Zahl – bspw. einer minimalen Ärzt/innen-Dichte – äussern dürfe. Vielmehr brauche es umfassendere Mindeststandards, die als Regelwerk ganz generell dem zunehmend bedeutungsvolleren Wettbewerb beigelegt werden. Andere Experten wiederum weisen darauf hin, dass gerade eine solche Offenheit nicht möglich sei: Standards müssten in klar reglementierten Prozessen zustande kommen. Auch müsse klar festgelegt werden, wann ein Verstoss vorliege und welche Sanktionen ausgelöst würden. Dieser Gedanke spricht für die Mehrheit der Experten auch gegen ein Monitoringsystem wie es in einem Gutachten in Deutschland vorgeschlagen wurde: Ein Monitoringsystem müsse klar definierte Indikatoren aufweisen und klar festlegen, was geschehe, wenn die Schwellenwerte der Indikatoren nicht erreicht würden. Das in diesem Zusammenhang mehrfach geäusserte Stichwort heisst «Justiziabilität».

- In verschiedenen Aspekten herrscht unter den Experten aber auch **Einigkeit**: Generell äussern sich bspw. die Befragten skeptisch hinsichtlich der Beschränkung der Planung auf den ambulanten Bereich. Es wird betont, dass eine (Mindest-) Planung nur dann sinnvoll vorgenommen werden könne, wenn der ambulante und der stationäre Bereich zusammen betrachtet würden. Dies würde sich auch bei den Datengrundlagen äussern: Es sei bspw. sehr schwierig, die ambulanten Angebote der Spitäler korrekt zu berücksichtigen. Einigkeit herrscht auch bei der Frage der Übertragbarkeit ausländischer Erfahrungen auf die Schweiz. Die Experten sehen kein ausländisches Beispiel, das sich einfach und erfolversprechend übertragen lasse. Allerdings werden sehr wohl einzelne Elemente gesehen, die sich bewähren könnten. Bspw. wird mehrfach darauf hingewiesen, dass das multimethodische Vorgehen in Australien, das sowohl die Nachfrage- wie auch die Angebotsseite berücksichtige, vorbildlich sei. Weiter besteht auch Einigkeit hinsichtlich der Frage, auf welchem Niveau geplant werden solle. Es komme nur eine Mindestplanung in Frage. Eine Planung einer «optimalen» Versorgung sei unmöglich.

- Hinsichtlich der anzuwendenden **Prognose- und Planungsverfahren** äussern sich die Experten nur zu den Umrissen, aber nicht zu operativen Einzelheiten. So wird generell festgestellt, dass die Kantone als Planungseinheiten in Frage zu stellen seien. Man müsse sinnvollere Gebiets- oder Versorgungseinheiten finden. Weiter wird vorgeschlagen, vor allem bei den Allgemeinmediziner/innen für eine regional gute Verteilung zu sorgen. Bei den Fachärzt/innen würde sich demgegenüber eher eine Konzentrierung in verschiedenen regionalen Zentren anbieten. Auch solle die Planung bei den Fachärzt/innen nicht zu viele Spezialitäten unterscheiden, weil die Zusammenhänge zwischen den Spezialitäten kaum genügend untersucht und letztlich zu komplex seien. Weiter wird betont, dass es notwendig sei, sowohl die Nachfrage (den Bedarf) wie auch das Angebot zu prognostizieren. Beim Angebot wird darauf hingewiesen, dass es nicht um die Anzahl der Köpfe gehen würde, sondern um das Leistungsvolumen. Diese hänge bspw. davon ab, ob jemand teilzeitlich arbeiten würde.

- Hinsichtlich des **Prognose- und Planungsprozesses** herrscht ebenfalls weitgehend Einigkeit: Die Spielregeln müssten im Voraus klar festgelegt werden, aber auch einfach sein. Komplexere Lösungen seien in der Schweiz nicht zu realisieren. Ebenfalls ist es für die meisten Experten sinnvoll, die wichtigsten Akteure in diesen Prozess einzubinden.
- Die von den Experten geäußerten **Empfehlungen** gehen recht weit auseinander: Sie reichen von der Empfehlung, keinerlei Planungen einzuführen, bis hin zur Entwicklung umfassend verstandener Mindeststandards.

In den Expertengesprächen spiegelten sich somit Differenzen, die bereits in der Literaturanalyse zu Tage getreten sind: Ökonom/innen neigen eher dazu, den Marktkräften und den finanziellen Anreizen zu vertrauen. Mediziner/innen sind gegenüber den Marktkräften eher skeptisch und möchten sie zumindest mit groben Mindestversorgungsvorschriften absichern. Expert/innen aus der Praxis betonen demgegenüber vor allem die Funktionalität einer möglichen Planung und fordern gut definierte, justiziable Prozesse. Generell sind die Vorstellungen hinsichtlich möglicher Prognose- und Planungsverfahren noch recht vage. Dies erstaunt nicht, weil das Thema noch wenig diskutiert worden ist.

Folgerungen und Empfehlungen für die Schweiz

Welche Folgerungen ergeben sich für die schweizerische Diskussion mit Blick auf das Auslaufen des Zulassungsstopps für ambulante Leistungserbringer im Juni 2005 und der geplanten Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Krankenversicherern und ambulanten Leistungserbringern, wenn man die Ergebnisse der Literaturanalyse und der Expertengespräche zusammen führt?

Zurzeit werden in der Schweiz keine systematisch durchgeführten Bestandesaufnahmen und Prognosen des ambulanten Angebotes bzw. der ambulanten Nachfrage durchgeführt. Es gibt zwar einzelne Arbeiten, die in der Vergangenheit Teilaspekte aufgegriffen haben, aber keine Studien, die sich unter Anwendung verschiedener methodischer Zugänge kontinuierlich mit dieser Frage auseinandersetzen. Hier besteht eindeutig eine Lücke und **Nachholbedarf**.

Um die genannte Lücke zu füllen, sind valide Datengrundlagen über den ambulanten Bereich notwendig. Diese fehlen zurzeit. Die vorhandenen Quellen (FMH-Statistik, santésuisse-Zahlstellenregister, santésuisse-Datenpool, Datenbank der Geschäftsdaten der Krankenversicherer) weisen alle die eine oder andere gewichtige methodische Schwierigkeit auf. Es wäre also dringend notwendig, eine **nationale Statistik der ambulanten Versorgung** aufzubauen, die differenzierte regionale Aussagen zulassen würde.

Die aktuelle politische Diskussion lässt erwarten, dass der Gesetzgeber nicht zuwarten wird, bis valide Datengrundlagen bereitgestellt sind. Vielmehr ist zu erwarten, dass der Bund und die Kantone bereits im Jahr 2005 beauftragt werden, die ambulante Mindestversorgung zu garantieren. Dazu werden sie für jede Kategorie von Leistungserbringer festlegen müssen, mit wie vielen Leistungserbringern die Krankenversicherer minimal kontrahieren müssen. Welche

Empfehlungen lassen sich vor dem Hintergrund der Literaturanalyse und der Expertengespräche für diese Situation ableiten?

- **Methodenvielfalt:** Es sollte versucht werden, mit den bestehenden (lückenhaften) Datenquellen und verschiedenen methodischen Zugängen das ambulante Angebot und die ambulante Nachfrage zu prognostizieren. Die Literatur zeigt, dass eine einigermaßen seriöse Planung auf einer einigermaßen seriösen Prognose von Angebot und Nachfrage beruhen muss.
- **Explizite Festlegung von Mindestvorschriften:** Aufgrund der so geschätzten Bandbreiten möglicher ambulanter Angebots- und Nachfrageentwicklungen sollte systematisch hergeleitet werden, welche Dichte von ambulanten Leistungserbringern mindestens notwendig ist, um eine Mindestversorgung zu garantieren. Dabei ist insbesondere das ausserkantonale sowie das stationäre Angebot mit zu berücksichtigen. Es sollte möglichst vermieden werden, die Mindestversorgung arbiträr zu definieren.
- **Anpassung an die regionale Nachfragesituation:** Der sich in Vernehmlassung befindliche Vorschlag des Bundesrates weist darauf hin, dass pro Leistungserbringer Bandbreiten von Mindestzahlen pro 10'000 Einwohner/innen verankert werden sollen. In Deutschland sind interessante Vorschläge in Diskussion, um die Dichte der Leistungserbringer hinsichtlich Alterszusammensetzung und Morbidität an die regionalen Charakteristika der Bevölkerung anzupassen. Diese Ansätze sollten geprüft werden.
- **Prüfung eines Monitorings:** Parallel zur Mindestplanung könnte, wie in Deutschland vorgeschlagen, ein Monitoring der Versorgungslage aufgebaut werden. Dabei könnte sowohl das ambulante wie auch das stationäre Angebot berücksichtigt werden. Ein Monitoring würde aus einer Vielzahl von Indikatoren bestehen, die die Versorgungslage beschreiben, und den Behörden als Entscheidungsgrundlage sowie der Öffentlichkeit als Informationsquelle dienen. Im Idealfall würden dazu auch systematisch erhobene Daten über die subjektive Einschätzung der Versorgungslage durch die Bevölkerung gehören.

Ein konkreter und interessanter Monitoring-Ansatz wird in der Region Poitou-Charentes in Frankreich verfolgt. Dort werden die Regionen aufgrund von 7 Indikatoren in vier Stufen der «fragilité» eingeteilt. Die Fragilitäts-Stufen werden dann mit der Dichte der Hausarzt/innen verglichen. Besondere Aufmerksamkeit für die Bedarfsplanung erhalten dann diejenigen Regionen, die eine hohe Fragilität und eine niedrige Dichte von Hausarzt/innen aufweisen.