

## «Grundversorgungs- medizin» in der Schweiz

### Zusammenfassung

**Kilian Künzi (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS): «Grundversorgungsmedizin» in der Schweiz. Stand der Diskussionen zur Frage der «Grundversorger/innen / Hausarzt/innen» und ihrer zahlenmässigen Entwicklung, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, November 2005**

Der gesamte Bericht (95 S.) kann auf der Website des BAG heruntergeladen werden:  
<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00418/index.html?lang=de>

#### Inhaltsübersicht

- Zusammenfassung
- 1. Ausgangslage und Fragestellung
- 2. Definition «Grundversorger/innen»
- 3. Wichtige Rahmenbedingungen für die Entwicklung in der Grundversorgung
- 4. Bestehende Daten zu den Entwicklungen im Grundversorgungsbereich
- 5. Einschätzung des Trends in der Grundversorgung durch die interviewten Experten
- 6. Falls eine breitere Untersuchung durchgeführt würde ...
- 7. Literaturverzeichnis
- 8. Anhang

#### Ausgangslage und Fragestellung

In der gegenwärtigen Diskussion zur ambulanten Grund- resp. hausärztlichen Versorgung lässt sich ein eigentlicher Paradigmenwechsel feststellen. Führt die Regierung 1998 noch den Numerus clausus für Medizinstudierende an den Universitäten ein und im Juli 2000 eine Beschränkung der Zulassungsbewilligungen von Praxiseröffnungen, so ist heute in der politischen Diskussion eher wieder von einem Ärztemangel die Rede. Praxen auf dem Lande könnten nicht mehr weitergeführt werden, da keine Nachfolger/innen gefunden würden. Ein Problem bilde insbesondere auch die Alterspyramide bei den praktizierenden Grundversorger/innen. Weiter sei der zunehmende Frauenanteil und die damit einhergehende Zunahme der Teilzeitarbeit problematisch. Insgesamt oder zumindest regional drohe für die Zukunft eine Unterversorgung im ambulanten medizinischen Bereich.

Auch die Ärzteausbildung befindet sich in der Schweiz derzeit in einem Wandel. Unlängst hat der Bundesrat das Gesetz verabschiedet, das den rechtlichen Rahmen für die Aus- und Weiterbildung sowie die selbständige Berufsausübung der universitären Medizinalberufe setzt.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitspolitik / Abt. Institutionen und Strukturen, das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) mit der Durchführung einer **Vorstudie** zum Thema «Krise in der Grundversorgung» beauftragt. In der Studie soll einerseits der **Stand der Diskussionen in der Schweiz** aufgearbeitet werden. Dabei sind Fragen in Bezug auf vorhandene Daten und bestehende Literatur zu beantworten. Andererseits sind geeignete Fragestellungen, Arbeitshypothesen und -methoden zur breiteren Abklärung der Situation in der Grundversorgung zu sondieren. Ein wichtiger Punkt betrifft die Einschätzungen der Problematik durch Expert/innen. Generell soll die Vorstudie eine Auslegeordnung bereitstellen. Auf die Konzeptionierung einer Hauptstudie wird explizit verzichtet.

#### Methodisches Vorgehen

Methodisch wurde mit **Literatur- und Datenanalysen** gearbeitet. Daneben wurden **leitfadengestützte Interviews** mit 8 Experten (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Die Schweizer Krankenversicherer Santésuisse, College für Management im Gesundheitswesen College-M, Kollegium für Hausarztmedizin KHM, Kantonsarztamt Zürich, Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern) geführt.

## Ergebnisse

### Definition Grundversorger/in

■ Betrachtet man die verschiedenen Definitionen, so kann festgestellt werden, dass beim Begriff «Grundversorger/innen» hinsichtlich **Inhalte oder Funktionen** weitgehend Einigkeit besteht: Grundversorger/innen behandeln allgemeine Krankheiten, bilden die Eintrittsstelle ins Versorgungssystem, sind für dringliche Fälle zuständig, für alle zugänglich, bieten eine umfassende, kontinuierliche Betreuung, nehmen Triagefunktionen wahr, koordinieren mit Spezialist/innen.

■ Falls die **Aus- bzw. Weiterbildungen** als Kriterien beigezogen werden, sind die so genannten «**Grundversorgertitel**» Diskussionspunkt. In der Regel besteht bei den verschiedenen Ansätzen Einigkeit. Zu den Grundversorger/innen werden Fachärzt/innen für Allgemeinmedizin, Fachärzt/innen für Allgemeine Innere Medizin, Ärzt/innen ohne Facharzttitel resp. Praktische Ärzt/innen gezählt. Ebenfalls hinzugerechnet werden gemeinhin die Fachärzt/innen für allgemeine Pädiatrie, wobei dort eine Eingrenzung auf eine bestimmte Patientengruppe (Kinder/Jugendliche) erfolgt. Die Berücksichtigung der Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie wird meistens abgelehnt, da hier die definitorische Vorgabe der Behandlung allgemeiner Krankheiten und der Dringlichkeit nicht erfüllt ist. Ebenfalls wird in Anbetracht des heutigen Systems in der Schweiz eher davon abgeraten, nicht-ärztliche Berufsgruppen wie z.B. freiberufliche Pflegefachfrauen, zu den Grundversorger/innen zu zählen.

■ Bezogen auf die erbrachten Leistungen ist wichtig zu sehen, dass grundsätzlich jeder Arzt/jede Ärztin **Grundversorgungsleistungen** erbringen und diese entsprechend mit den Krankenkassen abrechnen kann. Ein Definitionsansatz, der sich auf die Grundversorgertitel abstützt, enthält demnach immer Unschärfen auf zwei Seiten hin: (a) Träger/innen eines Grundversorgertitels, die inhaltlich nicht als Grundversorger/innen tätig sind, und (b) Träger/innen eines anderen Facharzttitels, die inhaltlich als Grundversorger/innen tätig sind. Ein pragmatischer Definitionsvorschlag stammt vom Kantonsarzt in Zürich: Ausgangspunkt für eine inhaltliche Definition sind die als «Gatekeeper» tätigen Ärzt/innen der bestehenden HMO-Praxen (was tun diese Ärzt/innen?). Als weiteres Definitionsmerkmal gilt die Bedingung der Teilnahme am Notfalldienst.

■ Nicht zu vergessen sind in der Diskussion die in letzter Zeit vermehrt entstehenden **Ambulatorien** an Spitälern, die als erste Anlaufstelle bei

oft auch leichteren Notfällen die Funktion der Grundversorgung wahrnehmen. Die Experten sind sich einig, dass die allgemeinen Ambulatorien zur Grundversorgung gezählt werden sollten, auch wenn die Tendenz nicht von allen begrüsst wird.

### Wichtige Rahmenbedingungen für die Entwicklung in der Grundversorgung

■ Die befragten Experten schreiben verschiedenen der diskutierten Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Entwicklung der Anzahl Grundversorger/innen zu, wobei über die Wirkung z.T. Uneinigkeit herrscht.

■ Als ein mögliches Element wird das neue Tarifsystem **TARMED** genannt, welches ab dem 1. Januar 2004 in Kraft ist. Die Experten der FMH weisen darauf hin, dass die Grundversorger/innen seit längerer Zeit das Gefühl haben, im Vergleich mit den Spezialisten unterbezahlt zu sein. Das TARMED-Ziel einer erhöhten Entschädigung von Grundversorgerleistungen konnte nach Ansicht der Befragten bisher nicht erreicht werden. Allerdings wird das tiefere Einkommen der Grundversorger/innen von den Experten der Santésuisse relativiert. Laut FMH-Lohnstatistik würden die Allgemeinmediziner/innen nicht wesentlich hinter den Spezialist/innen zurück liegen und die Spanne sei in den letzten Jahren kleiner geworden.

■ Weiter wurde die Diskussion zur **Aufhebung des Kontrahierungszwanges** erwähnt. Aus Sicht der Experten der Santésuisse ist jedoch die allfällige Aufhebung des Vertragszwangs noch viel zu weit weg, um eine Wirkung zu entfalten. Des Weiteren wäre aus ihrer Sicht gerade die Vertragsfreiheit ein geeignetes Mittel, die ärztliche Versorgung über Anreize besser steuern zu können. Aus Sicht des KHM oder der Experten der FMH wird demgegenüber von einem Klima der allgemeinen Verunsicherung gesprochen. Angehende Grundversorger/innen würden von einer Praxiseröffnung abgehalten (Investitionen, Verschuldung), da es für sie unsicher werde, ob sie dereinst ihre Leistungen noch über die Kassen abrechnen können. Dabei ist anzumerken, dass das Risiko der grossen Investitionen bei der Praxiseröffnung Spezialärzt/innen genauso trifft.

■ Die übergangsrechtliche resp. **erleichterte Erteilung der eidgenössischen Weiterbildungstitel** an praktizierende Ärzt/innen dürfte sich vor allem auf die Statistiken ab 2002 ausgewirkt haben. Auf Grund der Massnahme ist davon auszugehen, dass sämtliche praktizierenden Ärzt/innen in der Schweiz innert weniger Jahre über einen eidgenössischen Weiterbildungstitel verfügen und damit ins Register aller

Inhaber von Weiterbildungstitel aufgenommen werden.

■ Der **Zulassungsstopp** hat in Bezug auf unsere Fragestellung bisher vermutlich keine Wirkung gehabt. Seine Vorankündigung im Juni 2002 veranlasste bekanntlich noch hunderte von Ärzt/innen eine kantonale Praxisbewilligung zu beantragen. Zudem wird der Stopp von den Kantonen – mit Ausnahme etwa von Zürich – kaum angewendet. Sicher ist, dass die Ärzte-seite die Massnahme grundsätzlich für nicht sinnvoll betrachtet. Bei den befragten Experten ist eher von einem «emotionalen Problem» die Rede. Für die Versicherer und die meisten politischen Parteien ist der Zulassungsstopp ein «notwendiges Übel», aber durch die Möglichkeit der Ausnahmegewilligungen auch ein mögliches Steuerungsinstrument für die Kantone.

■ Relativ stark thematisiert wurde von den Experten die Wirkung der **Aus- und insbesondere Weiterbildung**. Das Problem der geringen Anzahl Ärzt/innen, welche sich für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin interessierten, besteht schon seit den 1970er Jahren. Dieser Trend hänge nicht zuletzt auch mit dem in der Weiterbildung vermittelten unvoreilhaften Bild des Grundversorgers/der Grundversorgerin zusammen. Eine gewisse Änderung wird von den fakultären Instanzen für Hausarztmedizin an den Universitäten von Bern, Genf, Lausanne und Zürich und vor allem vom ersten Institut für Hausarztmedizin erwartet, das im März 2005 in Basel gegründet wurde. Inwiefern eine verstärkte akademische Ausrichtung das Image der Grundversorger/innen aufwerten und die Zahl der praktizierenden Grundversorger/innen beeinflussen kann, ist derzeit noch offen. In Bezug auf die Fragestellung unserer Vorstudie hat das **neue Medizinalberufegesetz** derzeit noch keinen unmittelbaren Einfluss. Für die Zukunft könnte sich dies ändern. Hier dürfte auch das neu entstehende Register für die Frage des Monitorings und die medizinische Demografie von erheblicher Bedeutung sein. Insbesondere der Kantonsarzt von Zürich erwartet in den nächsten Jahren breite Veränderungen bei der Neugestaltung der Studiengänge und der Berufsbildung. Seiner Ansicht nach wird vermutlich auch in der Medizin eine Diskussion aufbrechen, ob alle Ärzt/innen über die Universität ausgebildet werden müssen oder ob nicht eine Differenzierung, z.B. nach dem Bachelor-Abschluss eine Trennung Richtung Hausarzt- oder Richtung hochspezialisierte Medizin, Sinn machen würde.

■ Ob der seit 1998 eingeführte **Numerus clausus** an den Universitäten die Zahl der Grundversorger/innen beeinflusst, ist schwierig abzuschätzen. Er hat mit Sicherheit die Zahl der Diplome etwas reduziert. Da davon auszugehen ist,

dass der NC seine Wirkung auf die Ärztezahlen in der Praxis erst in rund 12 Jahren entwickelt (6 Jahre Studium, 6 Jahre Weiterbildung), ist es für eine Beurteilung noch früh. Eine wichtige Rolle dürfte in diesem Zusammenhang der Übergang zwischen dem Medizinstudium und der Weiterbildung spielen bzw. die Zahl der diplomierten Mediziner/innen, die im Anschluss an ihre Ausbildung nicht in die Weiterbildung und Praxis wechseln, sondern in andere Berufsfelder (Versicherungen, Forschung etc.).

■ Entgegen dem Trend, der durch die Einführung des Numerus clausus und des Zulassungsstopps charakterisiert ist, finden sich ab ca. 2004 in den **Printmedien und Verbandsmitteilung** vermehrt Berichte über einen drohenden Ärztemangel, insbesondere im Bereich Hausarzt/innen. Das Thema wurde auch von verschiedenen politischen Akteur/innen aufgenommen, welche auf Bundes- und Kantonebene entsprechende **Vorstösse** einreichten. Es ist davon auszugehen, dass die zunehmende Thematisierung in den Medien und der Politik die Öffentlichkeit sensibilisiert, wodurch ein gewisser Druck auf die oben genannten Rahmenbedingungen (TARMED, Zulassungsstopp, Weiterbildung, Numerus clausus etc.) entsteht.

#### *Bestehende Daten zu den Entwicklungen im Grundversorgungsbereich*

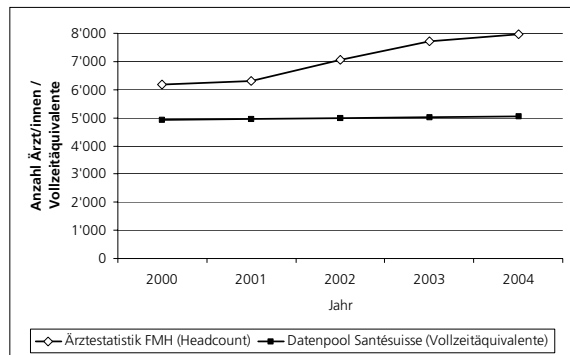
■ Mit Blick auf unsere Fragestellung zum Stand und der Entwicklung im Bereich Grundversorger/innen wurden im Rahmen der vorliegenden Vorstudie verschiedene bestehende Datenquellen analysiert. Die verschiedenen Quellen führen zu z.T. divergierenden Aussagen. Bei allen bestehenden Datengrundlagen lassen sich gewisse Vorbehalte anbringen.

■ Die verbreitetste Datenquelle ist die **Ärztetastistik der FMH**. Auf der Grundlage der verfügbaren Daten der FMH-Ärztetastistik resp. den Fachtiteln der frei praktizierenden Ärzt/innen lässt sich zwischen 2000 und 2004 kein Rückgang der hausärztlichen Versorgung (Titel Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Praktische/r Ärztin/Arzt) feststellen, vielmehr findet eine stetige Zunahme statt. Überproportional nehmen dabei die Ärztinnen zu, was zukünftig zu einem höheren Anteil an Teilzeit arbeitenden Ärzt/innen führen wird. Die FMH-Statistik weist verschiedene Mängel auf (z.B. fehlende Berücksichtigung des Arbeitspensums), die je nach Blickwinkel mehr oder weniger ins Gewicht fallen (eine geplante Revision der FMH-Ärztetastistik sollte in verschiedenen Punkten eine Verbesserung bringen).

■ Eine jüngere Datenquelle bildet der **Datenpool der Santésuisse**. Durch die Arbeitsgruppe

«Ärztstatistik» wurde der Pool 2005 erstmals mit einer neu entwickelten Methode ausgewertet. Das ärztliche Angebot resp. die ärztliche Versorgung wird nicht in Arbeitsstunden, sondern in Leistungen ausgedrückt. Unter Leistungen versteht man die Anzahl der Konsultationen und Hausbesuche, sowie die Anzahl behandelter Patient/innen. Die seit November 2005 vorliegenden Resultate weisen für 2000 bis 2004 sowohl bei den Grundversorger/innen wie auch bei den Spezialisten auf eine Zunahme der Versorgungseinheiten (näherungsweise Vollzeitäquivalente) hin. Allerdings ist der Zuwachs bei den Grundversorgertiteln nur gering (2.1%) und wesentlich kleiner als er aus der FMH-Statistik hervorgeht. Ein viel bedeutenderes Wachstum lässt sich demgegenüber bei den Spezialist/innen feststellen (11.5%).

Grundversorger/innen (Titel) mit Praxistätigkeit 2000-2004



Quelle: FMH-Ärztstatistik, Santésuisse-Datenpool, Bertschi (2005)

■ Der **Santésuisse-Tarifpool** böte die Möglichkeit, die Grundversorger/innen anhand der gesammelten TARMED-Positionen zu definieren. Es könnte z.B. ein Schwellenwert festgelegt werden, ab welchem Prozentanteil Grundversorgungsleistungen eine Ärztin/ein Arzt als Grundversorger/in bezeichnet werden soll. Als nicht geeignet erscheint der TARMED derzeit noch für die Frage der absoluten Ärztezahlen resp. Versorgungseinheiten, da die Abdeckung mit rund 40 Prozent der Versicherer (Stand 15. Juni 2005) zu gering ist. Gleichzeitig fehlen wie im Datenpool auch im Tarifpool verschiedene Abrechnungen der Leistungserbringer/innen (Selbstzahler/innen, Abrechnungen mit anderen Sozialversicherern und Privatversicherern). Dennoch könnten aus einer Auswertung nach Grundversorgerleistungen und Titelträger/innen bereits Erkenntnisse gewonnen werden.

■ Ebenfalls als neuere Datenquellen können die **Trust Center der Ärzteschaft** bezeichnet werden, die in den letzten Jahren u.a. als Gegengewicht zum Daten- oder Tarifpool der Santésuisse entstanden sind. Gegenüber den Krankenkassendaten sollten die Trust Center den Vorteil

haben, dass bei ihnen sämtliche Abrechnungen enthalten sind. Allerdings besteht keine Kontrolle, ob dies der Fall ist, und die Abdeckung durch die Trust Center ist derzeit noch unsicher. Ebenfalls unsicher ist der Zugang für unabhängige Forschung.

■ Als relativ verlässliche Quelle kann die **Eidgenössische Betriebszählung** gelten. Die letzte Betriebszählung fand allerdings bereits 2001 statt. Neuere Daten (Betriebszählung 2005) liegen frühestens im Herbst 2006 vor. Zwischen den beiden derzeit verfügbaren Datenpunkten der Betriebszählung 1998 und 2001 fand erstaunlicherweise eine Verringerung der Praxen für Allgemeinmedizin statt (minus 528 Praxen). Ebenfalls eine leichte Verringerung zeigte sich beim gesamten Personalbestand für diese Praxen (minus 1.7%). Ein Mangel der Betriebszählung liegt allerdings darin, dass die gerade in jüngerer Zeit zunehmend entstehenden Gemeinschaftspraxen nicht von Einzelpraxen unterschieden werden können, was zu einer Verzerrung bei der absoluten Praxenanzahl führt.

■ Die **Schweizerische Arbeitskräfteerhebung** wie auch die **Volkszählung** scheinen für unsere Fragestellung zur ambulanten Grundversorgung nicht geeignet zu sein, dies insbesondere auf Grund der ungenügenden Differenzierung der Berufsgruppen (lediglich Erfassung als «Ärztin/Arzt»). Allenfalls könnten aus der Volkszählung einige interessante soziodemografische Kriterien der Ärzteschaft (Erwerbsstatus, berufliche Stellung) entnommen werden. Für Entwicklungsfragen ist jedoch die Perodizität von 10 Jahren etwas grob.

■ Als eine eher spezielle Datenquelle können die **Praxiseröffnungsinserate** in der Schweizerischen Ärztezeitung betrachtet werden. Diese Quelle zeigt einen klaren Rückgang der Eröffnungen bei den Grundversorgerpraxen in den letzten Jahren, insbesondere 2004. Den Daten dürfte allerdings nur ergänzender Charakter zukommen, da eine Veröffentlichung von Praxiseröffnungen oder -übernahmen nicht obligatorisch ist und Schwankungen immer auftreten können. Vielversprechender wäre evtl. ein Vorgehen über **telefonische Register** (directories) resp. telefonische Adressen von Arztpraxen aus verschiedenen Jahren.

■ Keine verlässliche Angaben liefern die **kantonalen Bewilligungsregister** (BAB). Die Register sind uneinheitlich und beruhen auf unterschiedlichen Grundgesamtheiten. Ob, wann und in welcher Form von einer Bewilligung Gebrauch gemacht wird, kann in der Regel nicht festgestellt werden.

■ Die **FMH-Weiterbildungsstatistik** der Jahre 2000 bis 2004 ist durch die verschiedenen Än-

derungen bei der Erfassung sehr schwierig zu interpretieren. Tendenziell lässt sich ab 2003 ein Rückgang der ausgestellten FMH-Titel für Allgemeinmedizin feststellen. Allerdings liegen die Zahlen über denjenigen von 2000 und 2001.

■ Aus der **Studierendenstatistik** geht hervor, dass die Zahl der Studierenden der Humanmedizin bis zum Studienjahr 1997/98 stetig zugenommen und mit 7'858 Personen einen Höchststand erreicht hat. Nach Einführung des Numerus clausus ab 1998 ging die Zahl zurück. Ab 2000/01 hat sie sich bei rund 7'000 bis 7'100 eingependelt. Im Zeitverlauf lässt sich eine klare Verschiebung zwischen den Geschlechtern erkennen. Waren im Studienjahr 1995/96 mit 54 Prozent noch die Mehrheit der Studierenden Männer, so macht ihr Anteil 2004/05 nur noch 44 Prozent aus. Die Einführung des Numerus clausus hat auf die Abschlüsse einen um rund 6 Jahre verzögerten Einfluss. Der NC dürfte sich also ab dem Jahr 2003 auf die Diplome auswirken. Ab ca. 2001 ist diese Zahl klar sinkend. In Bezug auf das Geschlechterverhältnis zeichnet sich bei den Abschlüssen zwar eine ähnliche Tendenz ab wie bei den Studierendenzahlen und den Studienbeginnenden. Jedoch ist der Trend durch die Zeitverzögerung noch weniger ausgeprägt.

■ Bei der Beurteilung der Entwicklung und des zukünftigen Bedarfs an Grundversorger/innen muss die Altersverteilung bei den heute aktiven Grundversorger/innen beachtet werden (derzeit befinden sich viele Hausärzt/innen in Pensionsaltersnähe). Dies versucht unter anderem das **Projekt «Visage» des Kantons Genf** zu tun. Allerdings stützt sich das Projekt auf die bestehende FMH-Statistik ab.

■ Ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung der Entwicklung bilden auch die Berufsmotivationen und Abgänge in andere Berufsfelder während und am Ende der Aus- oder Weiterbildung der angehenden Ärzt/innen. Es existieren punktuelle **Berufszielstudien**, jedoch gibt es keine die gesamte Schweiz umfassende Untersuchung. Insbesondere fehlen auch Erkenntnisse darüber, welcher Teil der in den Umfragen erfassten Berufsziele sich später realisiert hat. Sicher ist, dass der Trend in Richtung «mehr Frauen» und «mehr Gruppenpraxen» in der Grundversorgung weist.

#### *Einschätzung des Trends in der Grundversorgung durch die Experten*

■ Bei den Einschätzungen des Trends sind sich sämtliche Befragten einig, dass derzeit nicht von einem allgemeinen Ärztemangel gesprochen werden kann. Auch die Anzahl **Grundversorger/innen** sei **nicht rückläufig**. Was jedoch

rückläufig sei, sei das Arbeitsvolumen bzw. es gebe eine Zunahme der Teilzeitarbeit. In diesem Zusammenhang wird zumeist der wachsende Frauenanteil angeführt, der den Trend zu vermehrter Teilzeitarbeit und damit die Problematik des geringeren Arbeitsvolumens verstärke.

■ Gleichzeitig wird von allen Experten betont, dass es sich um ein **regional sehr unterschiedliches Problem** der Verteilung handelt. Engpässe würden vor allem in gewissen Randregionen auftreten. Hier würde es schon vorkommen, dass für bestimmte Praxen keine Nachfolger/innen gefunden würden. Die Problemlage werde nicht zuletzt auch durch die Alterspyramide bei den Grundversorger/innen auf dem Land verschärft. Der Vertreter der KHM weist darauf hin, dass der «Output» der Weiterbildung in den nächsten Jahren nicht reichen wird, um die Grundversorger/innen im Pensionsalter zu ersetzen. Im Hintergrund des Verteilungsproblems stehe der Trend, dass immer weniger junge Ärzt/innen in die Randregionen gehen, um dort eine Praxistätigkeit aufzunehmen. Auch die Experten der Santésuisse merken an, dass es in der Zukunft Leute geben könnte, die einen zu langen Weg zum nächsten Arzt/zur nächsten Ärztin haben. Derzeit sei dies aber noch offen.

■ Der Trend wird denn auch von den Experten der FMH nicht als medizinisches, sondern **gesellschaftspolitisches Problem** wahrgenommen. Mehrere Befragte, ebenfalls der Vertreter der KHM, sprechen von einer **Strukturangepassung**, wie diese etwa auch bei der Post oder im Bankenbereich erfolgt sei. Die Verkehrsströme hätten sich geändert. Neue Zentren würden entstehen. Die Leute seien mobiler als früher. Grundsätzlich werde sich die Praxislandschaft in den nächsten Jahren ändern. Die Einzelpraxis werde zunehmend verschwinden und Gruppenpraxen Platz machen.

■ Die Entwicklungen werden **sehr unterschiedlich bewertet**. Die Experten der Santésuisse sehen keine Anzeichen für eine Notlage, dies würden die Zahlen deutlich zeigen. Wenn keine Nachfolger/innen für Landpraxen gefunden werden, könnte dies auch auf ein Überangebot an Praxen und nicht auf einen Ärztemangel zurückgeführt werden. Es handle sich, wenn überhaupt, um keinen dramatischen Trend, sondern allenfalls um Verschiebungen im Komfortbereich. Auch die beiden Experten aus den Kantonen haben keine Hinweise auf einen Notstand. Pessimistischer sieht es der Experte der KHM, der auf Grund von Praxisschliessungen um die medizinische Versorgung, ihre Qualität und den Wirtschaftsstandort der Randgebiete fürchtet. Die Kantonsvertreter stellen fest, dass der politische Druck in letzter Zeit ansteigt. Sie sehen die Aufgabe des Staates vor allem darin, die

hausärztliche Versorgung im Sinne von Hausbesuchen und Notfalldiensten zu gewährleisten.

■ In Bezug auf die Ursachen für den Trend werden von allen Experten **ähnliche Gründe** genannt, wobei die Experten der Santésuisse betonen, dass es für sie noch keine Auswirkungen gebe, weshalb man auch nicht nach Ursachen suchen sollte.

■ Neben der bereits bei der Wahrnehmung des Trends erwähnten zunehmenden **Teilzeitarbeit** kamen weitere gesellschaftliche Veränderungen zur Sprache wie die grössere **Mobilität** der Bevölkerung. Die Leute würden vermehrt in der Nähe ihres Arbeitsplatzes, also in der Stadt zum Arzt/zur Ärztin gehen und nicht mehr auf dem Dorf, wo sie wohnen. Immer mehr Leute hätten keine feste Hausarztbeziehung mehr, sondern würden beim Bedarfsfall in ein **Ambulatorium** oder eine Notfallstation in einem Spital gehen. Teilweise seien daran aber auch die kurzen Öffnungszeiten der Grundversorgerpraxen schuld. Teilweise würde der Gang zum Hausarzt/zur Hausärztin auch durch die heutige **Telemedizin** ersetzt.

■ Durchgehend von allen Experten wurde eine Veränderung in den **Wertvorstellungen** der heutigen jüngeren Bevölkerung resp. der angehenden Ärzt/innen als Ursache genannt. Jüngere Menschen seien heute weit weniger als frühere Generationen bereit, ihren Beruf zu ihrem Leben zu machen. Vor dem Hintergrund heutiger Wertvorstellungen seien das Leben und die Arbeitsbedingungen in einer Grundversorgerpraxis auf dem Lande schlicht unattraktiv, meint der Experte von College-M. Von allen Befragten werden in diesem Zusammenhang der **hohe Arbeitsanfall** und die hohen Präsenzzeiten der Grundversorger/innen auf dem Land ins Feld geführt. Dies hänge vor allem mit dem **Notfalldienst** zusammen. Als einer der wichtigsten Punkte für diesbezügliche Verbesserungen wird denn auch von den meisten Experten eine Reorganisation der Notfalldienste gefordert. Insbesondere der Vertreter der KHM betont, dass wirtschaftlich gesehen eine Praxis auf dem Land immer noch sehr attraktiv sein könne. Es sei **nicht das Geld**, das den Riegel schiebe.

■ Ebenfalls erwähnt wird ein gewisses **Status- oder Imageproblem**, das den Grundversorger/innen anhaftet. Das negative Bild werde in der Aus- und Weiterbildung gezeichnet. Nach Meinung der Experten hat dies vor allem damit zu tun, dass die Hausarztmedizin bisher zu wenig gefördert wurde. Von zwei Experten wird auch die mangelnde Wertschätzung der Ärzteschaft durch die Bevölkerung und deren Konsumhaltung als Problempunkt angesprochen.

### *Falls eine breitere Untersuchung durchgeführt würde ...*

■ Falls eine breitere Untersuchung durchgeführt würde, betonen mehrere Experten die Notwendigkeit einer **genauen Definition** des Untersuchungsgegenstandes bzw. der Grundversorger/innen. Der Experte der KHM weist dabei darauf hin, dass die Begriffsbestimmung inhaltlich bereits weitgehend klar sei.

■ Aus der Sicht der Experten der FMH wäre es sehr wichtig, die **Zeit** im System resp. der Ärzt/innen zu messen, **die den Patient/innen zur Verfügung steht**. Diese Grösse müsste in der Entwicklung über die Jahre betrachtet werden. An die Patientenzeit würde man in der heutigen Situation am ehesten über die **Trust Center** oder die **TARMED-Positionen** herankommen. Ein Problem bilde allerdings die Flächenabdeckung der genannten Datenquellen. Auch der KHM-Experte sieht den grössten Antwortbedarf aktuell bei der Frage der Arbeits- resp. Leistungspensen der Ärzt/innen. Generell würden hier zu wenig Daten vorliegen. Methodisch würde ebenfalls der Zürcher Kantonsarzt primär versuchen, über den TARMED vorzugehen. Ihm wäre es ein grosses Anliegen, auf der Grundlage mehrjähriger Erfahrungen eine «Baseline» der Versorgung schaffen zu können. Für den Experten aus der Berner Gesundheitsdirektion wäre es wichtig, mit einer kleineren Studie herauszufinden, ob die generelle Tätigkeit der Ärzt/innen in der Praxis dem entspricht, was durch ihre fachliche Qualifikation bzw. dem FMH-Titel vorgegeben ist. Auch er sieht ein mögliches Vorgehen über die TARMED-Daten. Ebenfalls für den Experten von College-M wäre es wichtig, genauer zu wissen, welche Sorte niedergelassener Ärzt/innen in welcher Region wie viel Grundversorgung macht. Dies könnte auch an einer Stichprobe ermittelt werden. Neben einem Vorgehen mittels der TARMED-Daten könnten sich auch mehrere Experten vorstellen, die notwendigen Angaben über eine **Befragung der Ärzteschaft** (Tätigkeitsanalyse, Selbsteinstufung, Öffnungszeiten der Praxen) einzuholen. Weiter wurde angeregt, ein Monitoring zu den Arztpraxen z.B. über das Betriebs- und Unternehmensregister aufzubauen.

■ Wichtig wäre für die Experten der FMH die Durchführung einer Studie, die das Alter der Grundversorger/innen berücksichtigt. Hier könnten bereits anhand vorliegender Daten relativ einfach **regionale Auswertungen der Altersprofile** der Grundversorger/innen ausgeführt und Problemzonen sichtbar gemacht werden.

■ Von mehreren Experten wird betont, dass bei allen Fragen vor allem auch die **Aspekte der Patient/innen resp. Nachfrager/innen** be-

rücksichtigt werden sollten. Insbesondere die Experten der FMH und des KHM wünschten eine systematische Untersuchung zur **Bedeutung der freien Arztwahl** für die Bevölkerung und die Patient/innen. Evtl. könnte man methodisch mittels **Zahlungsbereitschaftsstudien** vorgehen – bei welchen Kosten sind die Leute bereit, auf die freie Arztwahl zu verzichten? Die Experten der Santésuisse plädieren weiter dafür, dass mit Hilfe ihrer Daten **Versorgungsregionen** gebildet werden sollten. In diesem Zusammenhang müsste die Erreichbarkeit der Ärzt/innen durch die (potentiellen) Patient/innen ermittelt werden bzw. die Zeitdauer, die jede Person bis zum nächsten Leistungserbringer/innen bräuchte. Daneben wäre es aus der Sicht mehrerer Experten interessant zu erfahren, wie die Leistungserbringer/innen oder auch die Leistungsnachfrager/innen in Regionen reagieren, die auf Grund anderer Analysen als unterversorgt bezeichnet werden müssten. Der Experte von College-M regt die Durchführung von Befragungen in verschiedenen Pilotregionen an zu **Wahrnehmungen der** aktuellen Versorgung durch die **Bevölkerung** und zu deren Vorstellungen über eine adäquate Versorgung. Der Thematik hätten sich bisher vor allem Politiker/innen, Versicherer und Ärzt/innen angenommen, die Bevölkerung werde kaum gefragt. Er warnt gleichzeitig davor, das komplexe schweizerische Versorgungssystem mit groben Instrumenten steuern zu wollen. Funktionieren würde höchstens eine Feinsteuerung über Anreize.

### *Diskussion und Ausblick*

■ Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass **Handlungsbedarf** im Bereich der Datenlage besteht. Dies wird auch von sämtlichen befragten Experten betont.

■ In Bezug auf die **Definitionsfrage** erscheint als problematisch, dass im Rahmen des KVG keine präzise Begriffsbestimmung zu den Grundversorger/innen vorliegt. Es ist unklar, wie breit oder wie eng man den Begriff fassen soll. Ein möglicher Ansatz wäre die Schaffung eines Titels «Facharzt/-ärztin für Grundversorgung» in Abgrenzung zu allen übrigen Facharztstiteln. Aus Gründen der Begriffseingrenzung könnte es evtl. auch Sinn machen, den Term «Grundversorgung» bzw. «Grundversorger/in» vermehrt durch den in Deutschland gebräuchlicheren Begriff «hausärztliche Versorgung» zu ersetzen oder durch «Allgemeinpraktiker/in». Damit würden Missverständnisse mit Begriffen wie «Grundversorgungsspitäler», «psychiatrische Grundversorgung», «Grundleistungen» o.ä. vermieden

■ Wie könnten die **Grundversorger/innenzahlen** (in Vollzeitäquivalenten) und die Versorgungssituation fundiert abgebildet werden? In erster Linie wäre ein **kontrolliert nachgeführtes Register** notwendig, welches den neuen Arbeitsmodellen mit Teilzeitengagements etc. Rechnung trägt und auch eine genauere Grundversorgerdefinition als über die Facharzttitel ermöglichen sollte, da die Definition über Inhalte, Funktionen und Tätigkeiten mit den Ausbildungen resp. Facharzttiteln der real praktizierenden Ärzt/innen nicht absolut übereinstimmen muss. Auch Spezialist/innen leisten Grundversorgung. Es müsste auch eine Möglichkeit geben, die Ambulatorien in die Grundversorgerfrage miteinzubeziehen. Das Erstellen einer Datenübersicht wird von allen befragten Experten als sehr problembeladen beurteilt. Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass eine entsprechende unkoordinierte und z.T. konkurrenzorientierte Datensammlung von mehreren Stellen (FMH, Santésuisse, Trust Center), wie sie heute anzutreffen ist, verwirrt und nicht effizient ist. Eine gewisse Verbesserung der Datenlage dürfte das im neuen Medizinalberufegesetz vorgesehene Register bringen.

■ Falls verlässliche Daten vorliegen, könnte durchaus aus den verschiedenen Datenquellen ein **Simulationsmodell** zur Entwicklung der Grundversorgerzahlen aufgebaut werden, welches Faktoren berücksichtigt wie Altersverteilung bei den aktiven Grundversorger/innen, Frauenanteil resp. Trend zur teilzeitlichen Berufsausübung, Studieneintritte in Humanmedizin, Berufszieltrends bei Studierenden, Studienabbrüche, Studienabschlüsse, Abgänge in andere Berufsfelder (Verwaltung, Privatwirtschaft) nach Studium, Eintritte in Weiterbildung, Berufszieltrends bei Ärzt/innen in Weiterbildung, Weiterbildungsabschlüsse, Abgänge in andere Berufsfelder nach Weiterbildung, Verteilung frei praktizierende Ärzt/innen und Spitalärztinnen etc. Ein solches Modell müsste zeigen, inwiefern derzeit in der Grundversorgung eine «Zangenbewegung» - «Überalterung» gepaart mit «Nachwuchsproblem» – im Gange ist, ob eine Kompensation durch Spezialist/innen oder Ambulatorien erfolgt etc.

■ Bei der **Erbringung der Daten** könnte sowohl mit den bestehenden Datenquellen (u.a. Versuche mit TARMED- oder Trust Center-Daten) als auch mit (Stichproben-)Befragungen bei Ärzt/innen gearbeitet werden. Für Fragen zur Versorgungssicherheit und -qualität müsste auch die Bevölkerung miteinbezogen werden.