

Magna cum cura

Zur aktuellen Situation der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz

Markus Trutmann, Zentralsekretariat GDK

1. Einführung

Seit mindestens zwei Jahren häufen sich Meldungen über einen bereits bestehenden oder einen zukünftigen Hausärztemangel in der Schweiz¹. Standespolitische Vertreter der Grundversorger weisen auf besondere Mangelsituationen in geographischen Randregionen und beim Notfalldienst hin. Als Ursachen für diese Entwicklung werden unter anderem ungünstige ökonomische und unsichere politische Rahmenbedingungen bei der Ausübung der Praxistätigkeit angegeben. Sowohl Bund als auch Kantone nehmen diese Warnrufe ernst und versichern, dass sie die ärztliche Grundversorgung in der Schweiz unterstützen wollen.

In der vorliegenden Arbeit wird aufgrund der FMH-Statistik die aktuelle Situation der ärztlichen Grundversorgung in der Schweiz beschrieben. Zudem werden aufgrund veröffentlichter Studien und Berichte Faktoren identifiziert, die auf die zukünftige Entwicklung der Ärztedemographie einen Einfluss haben können.

Aufgrund der gewonnenen Erkenntnissen werden aktuelle Probleme identifiziert und Lösungsansätze vorgeschlagen. Diese Arbeit soll als Grundlage für eine gemeinsame Sprachregelung von Bund und Kantonen dienen.

Es ist nicht Absicht dieser Arbeit, den Bedarf an medizinischer Grundversorgung für die Schweiz zu ermitteln, so ein solches Unterfangen überhaupt sinnvoll sein kann.

2. Methode

2.1. Definition

Als Grundversorger wurden Ärzte folgender Kategorien definiert:

¹ Der Ärztemangel ist bereits Realität. VSAO Journal 2003;9:14.

- Fachärzte für Allgemeine Medizin mit Praxistätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit Praxistätigkeit
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Praxistätigkeit
- Praktische Ärzte.

Diese Definition lässt ausser Acht, dass Leistungen der ärztlichen Grundversorgung auch durch angestellte Ärzte (z.B. Heim- oder Betriebsärzte) oder durch Fachärzte anderer Fachrichtung (z.B. Allgemeinchirurg) erbracht werden. Zudem wird nicht berücksichtigt, dass Ärzte aller drei genannten Grundversorger-Kategorien aufgrund zusätzlicher Qualifikationen einen nicht bestimmaren Anteil ihrer Praxistätigkeit mit anderweitigen, der ärztlichen Grundversorgung nicht zurechenbaren Leistungen erfüllen. Schliesslich muss auch darauf hingewiesen, dass es keinen klar definierten Katalog von Grundversorger-Leistungen gibt, womit auch der Begriff der Grundversorgung letztlich ungenau bleibt.

Als „Ärzte mit Praxistätigkeit“ werden Ärzte, die in irgendeiner Form eine Praxistätigkeit ausüben, d.h. Ärzte, die in eigener medizinischer Verantwortung Patienten behandeln, sowie Ärzte mit Spitaltätigkeit, die ihr Einkommen ganz oder teilweise aus Patientenhonoraren beziehen (z.B. Ärzte mit privater Praxistätigkeit, Chef-, Leitende-, Beleg-, gegebenenfalls Oberärzte mit Praxistätigkeit, Ärzte mit Praxistätigkeit, die zusätzlich in irgend einer Form auch angestellt sind, Angestellte Ärzte, die zusätzlich eine Praxistätigkeit ausüben)².

Aufgrund dieser Einschränkungen ist ersichtlich, dass die gewählte Definition des Grundversorgers nur ein ungenaues Abbild des tatsächlich vorhandenen Angebotes ärztlicher Grundversorgung in der Schweiz vermitteln kann.

2.2. Datenquellen

Zur Berechnung der demographischen Daten der Ärzteschaft wurden die Statistiken des Bundesamtes für Statistik und die Statistiken der FMH (Jahre 2000 bis 2004) verwendet .

Zur Identifizierung von Faktoren, welche die demographische Entwicklung der Grundversorger beeinflussen können, wurden veröffentlichte Studien und Berichte herangezogen. Angesichts der lückenhaften Datenlage erschien es angebracht, auch

² http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/import_fmh/ict/statistik/2004/stsdef2004.pdf

auf solche Quellen zurückzugreifen, die nicht üblichen publizistischen Standards genügen, aber dennoch wertvolle Anhaltspunkte für Schätzungen liefern konnten.

3. Resultate

3.1. Demographie der Grundversorger

Die Anzahl der Ärzte mit Praxistätigkeit nimmt seit Jahren kontinuierlich zu und beträgt im Jahr 2004 15'199 (gegenüber 14'879 im Jahr 2003). Der Anteil der Ärzte mit Praxistätigkeit an der Gesamtheit der Ärzte beträgt 54.79%.

Die Anzahl der Fachärzte für **Allgemeinmedizin** mit Praxistätigkeit ist von 2000 bis 2004 von 2573 auf 3503 angestiegen (Zunahme von +36%). Die Wachstumsgeschwindigkeit ist in den Perioden 2001/2002 und 2002/2003 nahezu konstant geblieben (+13 bzw. +15%) und ist in der Periode 2003/2004 leicht zurückgegangen (+4%). Von 2000 bis 2003 ist auch die Ärztedichte (Anzahl Ärzte pro 1000 Einwohner) dieser Fachärzte gesamtschweizerisch von 0.36 auf 0.46 Ärzte angestiegen. Die Ärztedichte ist in jedem Kanton angestiegen. Im Jahr 2003 beträgt die minimale Dichte 0.32 (Kanton Genf), die maximale Dichte 0.62 (Kanton Schaffhausen) (Abb. 1).

Die Anzahl der Fachärzte für **Innere Medizin** mit Praxistätigkeit ist von 2000 bis 2004 von 2963 auf 3327 angestiegen (Zunahme von 12%). Die Wachstumsgeschwindigkeit schwankt in den Perioden 2001/2002 bis 2003/2004 zwischen 2 und 5%. Von 2000 bis 2003 ist auch die Ärztedichte gesamtschweizerisch von 0.41 auf 0.44 angestiegen. Im Jahr 2003 beträgt die minimale Dichte 0.18 (Kanton Obwalden), die maximale Dichte 0.94 (Kanton Genf) (Abb. 2).

Die Anzahl der Fachärzte für **Kinder- und Jugendmedizin** mit Praxistätigkeit ist von 2000 bis 2004 von 640 auf 760 angestiegen (Zunahme von 19%). Die Wachstumsgeschwindigkeit schwankt in den Perioden 2001/2002 bis 2003/2004 zwischen 2 und 8%. Von 2000 bis 2003 ist die Ärztedichte dieser Fachärzte gesamtschweizerisch leicht von 0.09 auf 0.10 angestiegen. Im Jahr 2003 beträgt die minimale Dichte 0 (Kanton Appenzell Innerrhoden), die maximale Dichte 0.20 (Kanton Genf) (Abb. 3).

Die Anzahl der **Praktischen Ärzte** ist von 2002 bis 2002 von 319 auf 383 angestiegen (Zunahme von 20%). Allerdings sind erhebliche kantonale Unterschiede festzustellen: In den Kantonen Schwyz, Neuenburg und Genf fand eine Reduktion von –60% bzw. –25% bzw. –12% statt. In den Kantonen Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Nidwalden, Obwalden und Luzern gab es während dieser Periode keine Praktischen Ärzte. Die stärkste Zunahme an Praktischen Ärzten war in den Kantonen Wallis (+67%), Baselland (+86%), Basel-Stadt (+89%), Thurgau (+120%) und Jura (+200%) zu verzeichnen. Die Wachstumsgeschwindigkeit ist von der Periode 2002/2003 bis 2003/2004 von 0.08 auf 0.11 angestiegen. Von 2002 bis 2003 ist die Ärztedichte gesamtschweizerisch von 0.04 auf 0.05 angestiegen. Im Jahr 2003 beträgt die minimale Dichte 0 (Kanton Appenzell Innerrhoden), die maximale Dichte 0.20 (Kanton Genf) (Abb. 4).

Nimmt man die drei Kategorien der Grundversorger des Erwachsenen (Allgemeinmediziner, Internisten und Praktische Ärzte) zusammen, ergibt sich für die Schweiz eine durchschnittliche Dichte von 0.95 Grundversorger pro 1000 Einwohner. Die niedrigste Dichte weist der Kanton Schwyz auf: 0.65 Grundversorger pro 1000 Einwohner, die höchste der Kanton Basel-Stadt mit 1.45 Grundversorger pro 1000 Einwohner (Abb. 5 und 6).

3.2. Faktoren mit möglichem Einfluss auf die demographische Entwicklung der Grundversorger

3.2.1. Ausbildung (Medizinstudium)

3.2.1.1. Demographie des Medizinstudiums

Im Studienjahr 1995/1996 wurden gesamtschweizerisch 7538 Studenten verzeichnet, davon war 3493 Frauen (46.34%). Im Vergleich dazu lag im Studienjahr 2004/2005 die Gesamtzahl der Medizinstudenten bei 7002 (absolute Differenz von –536, relative Differenz von –7.11%). Der Frauenanteil hat den Männeranteil im Studienjahr 1999/2000 erstmals übertroffen und ist seither stetig gestiegen; er liegt im Studienjahr 2004/2005 bei 55.77% (Abb. 7, Tab. 1).

Im Studienjahr 1995/1996 haben 1056 Studenten das Studium der Humanmedizin begonnen, davon war 54% Frauen. Im Vergleich dazu haben im Studienjahr 2004/2005 nur noch 856 das Medizinstudium ergriffen (absolute Differenz –200, rela-

tive Differenz -18.94%). Dieser Rückgang ist vor allem auf Kosten der Männer zurückzuführen, deren Zahl um 178% zurückgegangen ist (gegenüber einem Rückgang von -3.84% bei den Frauen). Damit liegt der Anteil der Frauen bei den Studienbeginner im Studienjahr 2004/2005 bei 64.37% (Abb. 8, Tab. 2).

Im Jahr 1995 haben 618 Studenten das Medizinstudium abgeschlossen (Staatsexamen). Diese Zahl liegt im Jahr 2004 bei 675 nur geringfügig niedriger. In den Jahren dazwischen schwankte diese Zahl zwischen einem Maximum im Jahr 1999 (821) und einem Minimum im Jahr 2003 (625). Der Anteil der Frauen bei den Studienabgänger ist von 41.70 auf 49.93 gestiegen (absolute Zunahme von $+53$, relative Zunahme von 18.86%) (Abb. 9, Tab. 3).

3.2.1.2. Fakultäre Verankerung der Hausarztmedizin und Forschung

Am 14. März 2005 wurde an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel das 1. Institut für Hausarztmedizin (IHAMB) in der Schweiz gegründet³. Geleitet wird dieses Institut von zwei praktizierenden Ärzten, die zu je 50% in der Institutsleitung und in ihren Praxen tätig sind. Die Gründung dieses Instituts erfolgte aus der Einsicht heraus, dass für die adäquate hausärztliche Versorgung der Bevölkerung die Förderung, Institutionalisierung und Akademisierung der Hausarztmedizin dringend notwendig sei. Das Universitätsspital Basel finanziert die 50% -Stelle des Leiters der Forschung. Das IHAMB bietet den Studierenden Lehrveranstaltungen in Form von Einzeltutorien an. Studierende gehen während zwei Jahren je einen halben Tag pro Woche in die Lehre. Der Meister ist meist ein Allgemeinpraktiker oder ein Internist, manchmal ein Spezialist, seltener ein Spitalarzt oder ein Forscher. Diese enge Betreuung stellt eine Plattform zum Erlernen von Fertigkeiten und zum Aufbau der sozialen Kompetenzen dar. Sie gibt auch einen Einblick in das berufliche Umfeld des Hausarztes⁴.

Basel soll nicht die einzige Universität mit einem Institut für Hausarztmedizin bleiben, sondern soll Auftakt zur Schaffung von Instituten für Hausarztmedizin an allen 5 schweizerischen Universitäten sein. Nach Tschudi⁵ befindet sich die Schweiz in diesem Bereich im Vergleich zur europäischen Entwicklung rund $30-40$ Jahre im Rückstand. Der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin wurde 1963 an der Universität in Edinburgh/Grossbritannien errichtet. Mit der Gründung des Institutes in Basel soll eine Annäherung an den europäischen Standard erfolgen.

³ Tschudi P. PrimaryCare 2005;5(11)245.

⁴ Perruchoud AP. Hausarztmedizin. PrimaryCare 2005(11):258.

⁵ Tschudi P. PrimaryCare 2005;5(11)245.

3.2.1.3. Einstellung zur Hausarztmedizin während des Studiums

Einer Studie von Halter et al.⁶ zufolge geben 10% der Studenten zu Beginn des Humanmedizinstudiums an der Universität Basel als Berufsziel an, in einer Praxis arbeiten zu wollen. Nur gerade 4% der Studienanfänger wollen Hausarzt werden. Im Verlauf des Studiums nimmt der Berufszielwunsch, Hausarzt zu werden, kontinuierlich zu. Die grösste Zunahme des Wunsches, später als Hausarzt tätig zu sein, findet zwischen dem 3. und 4. Jahr statt.

Gemäss einer Umfrage bei neu niedergelassenen Grundversorgern im Kanton Thurgau⁷, beurteilen 94% der Befragten die Präsenz der Hausarztmedizin während des Studiums als „fehlend“ oder „selten“. Der Stellenwert der Hausarztmedizin in der Weiterbildung wurde von 76% der Befragten als „fehlend“ oder „gering“ eingestuft, von 24% als „mässig“. Kontakt zu den Hausärzten während der Spitaltätigkeit hatten 24% „oft“, 76% nur „selten“.

1977 soll ein umgekehrtes Verhältnis vorgelegen haben: Mehr als 2/3 der Studienanfänger gaben als Berufsziel an, Hausärzte bzw. Allgemeinpraktiker werden zu wollen. Schliesslich fanden aber nur 20% den Weg in die Praxis⁸.

3.2.2. Weiterbildung (Assistenzarztzeit, Praxisassistenz)

Wer den Facharzttitel Allgemeine Medizin erlangen möchte, muss dieses Weiterbildungsziel weder deklarieren noch durch ein Selektionsverfahren sanktionieren lassen. Es existieren keine eigentlichen Weiterbildungsstellen für Allgemeine Medizin. Es ist vielmehr jedem einzelnen Kandidaten überlassen, als Assistenzarzt an Weiterbildungsstellen zu arbeiten, die primär für andere Disziplinen anerkannt sind, aber auch für die Erlangung des Facharzttitels Allgemeine Medizin angerechnet werden können. Solche Stellen werden in nahezu allen klinischen Fachgebieten und in den meisten öffentlichen und in vielen privaten stationären Einrichtungen der Schweiz angeboten. Der Kandidat hat gemäss Weiterbildungsprogramm der SGAM folgende Rahmenbedingungen zu erfüllen: Die Weiterbildung dauert 5 Jahre und gliedert sich

⁶ Halter U, Tschudi P, Bally K, Isler R. Berufsziel von Medizinstudierenden. PrimaryCare 2005;5:468-72.

⁷ Steinacher A. Auswertung Grundversorgerumfrage Kanton Thurgau. OSGAM Information 2005;76:4-5.

⁸ Irrniger W. Vor genau 20 Jahren: Parlamentarische Notintervention der SGAM zugunsten der allgemeinmedizinischen Postulate für das neue Prüfungsreglement. Schweiz Ärztezeitung 2001;82:354-8.

in 1 Jahr Chirurgie, 2 Jahre Innere Medizin und verwandte Fachgebiete und 2 Wahljahre. Maximal 12 Monate der 5jährigen Weiterbildungszeit können als Praxisassistenten in einer Hausarztpraxis absolviert werden.

Kürzlich wurde das Weiterbildungsprogramm der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin von der OAQ akkreditiert. Die Akkreditierung wurde mit der Auflage verbunden, die «Vertiefung von Ehrfurcht und ethischer Haltung und der Kenntnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bezüglich ökonomischem Einsatz der Mittel» im Rahmen des Weiterbildungsprogramms zu prüfen^{9 10}. Im Zusammenhang mit der Akkreditierung weist Prof. Zeltner, Direktor BAG, auf die Frage von Zweckmässigkeit und Zielgerichtetheit in bezug auf Fremdjahre des allgemeinmedizinischen Weiterbildungsprogramms hin. Die Dauer der allgemeinmedizinischen Weiterbildung liege, so Zeltner, über der in der EU-Richtlinie 93/16/EWG festgelegten Mindestdauer. Auch eine kürzere WB-Dauer könne angemessen sein, was die Praxis der Personenfreizügigkeit und der Anstellungspraxis der Spitäler belegen würde. Aus den längeren Weiterbildungszeiten entstünden den Kantonen Kosten im Umfang eines hohen zweistelligen Millionenbetrages. Zweitens müsse nach Zeltner sichergestellt werden, dass die Berufstätigkeit der weiterzubildenden Frauen familienverträglich ausgestaltet werde. Die hohen Aus- und Weiterbildungskosten seien nur dann zu rechtfertigen, wenn Ärzte und Ärztinnen langfristig ins Versorgungssystem eingebunden werden können^{11 12}.

Die Weiterbildung zum Hausarzt ist in den Ländern der EU unterschiedlich geregelt und dauert zwischen drei und fünf Jahren. Gemeinsam ist allen Weiterbildungsprogrammen in der EU, dass ein namhafter Teil der Weiterbildung in Primärversorgungsinstitutionen erfolgen muss¹³. Neuere Empfehlungen sehen vor, die hausärztliche Weiterbildung auf vier oder fünf Jahre auszudehnen, wobei mindestens die Hälfte in der hausärztlichen Praxis verbracht werden soll^{14 15 16}. Im internationalen

⁹ Späth H. The SGAM should be supported. *PrimaryCare* 2005;5(25):559.

¹⁰ Zeltner T. Akkreditierungsverfahren 2005 (Brief an SGAM). *PrimaryCare* 2005;5(28/29):611-612.

¹¹ Späth H. The SGAM should be supported. *PrimaryCare* 2005;5(25):559.

¹² Zeltner T. Akkreditierungsverfahren 2005 (Brief an SGAM). *PrimaryCare* 2005;5(28/29):611-612.

¹³ 1 Elwyn GJ, Smail SA, Edwards AGK. Is general practice in need of a career structure? *BMJ* 1998; 317:730-3.

¹⁴ 2 European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. Tartu 2002. www.euract.org/html/page03b.shtml (Zugriff am 7.3.2005).

¹⁵ 3 Royal College of General Practitioners RCGP. Education and Training in General Practice. October 2000. RCGP Information Sheet No. 9. www.rcgp.org.uk/press/careers_pack/docs/info000_9.doc (Zugriff am 7.3.2005).

Vergleich zeigt sich, dass in der Schweiz als vermutlich einzigem Land in Europa ein Grundversorgerfacharzttitle erworben werden kann, ohne das künftige Tätigkeitsfeld in der Primärversorgung je erlebt zu haben^{17 18}.

Im Rahmen des Projektes „Weiterbildung in der Hausarztpraxis“ des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) haben angehende Allgemeinpraktiker nun erstmals die Möglichkeit, während 3 bis 6 Monaten als Praxisassistent in der Praxis eines etablierten Allgemeinpraktikers (Lehrpraktiker) zu arbeiten¹⁹. Damit können sie spezifisch allgemeinmedizinisches Wissen und Fertigkeiten erwerben, aber auch die administrativen und organisatorischen Aspekte der freiberuflichen Tätigkeit kennenlernen. Die Finanzierung des Projektes erfolgt mit jährlichen, zweckgebundenen Beiträgen der FMH (Fr. 25.- pro Mitglied) und der drei Grundversorger-Fachgesellschaften (Schweiz. Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin und Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie mit je Fr. 20.- pro Mitglied). Aus diesem Fonds werden die Löhne der Praxisassistenten im Umfang von 50% der Lohnkosten subventioniert. 50% der Löhne werden vom Lehrpraktiker getragen. Im Vergleich zu einem berechneten, durchschnittlichen Spital-Assistentenlohn ist der Lohn in der Praxisassistentenz um rund einen Viertel reduziert. Dies entspricht etwa Fr. 5000. Die „Subventionen“ werden in Form von Darlehen ausgerichtet, welche nach 8 Jahren zur Rückzahlung fällig werden, wenn nicht der Assistenzarzt in dieser Zeit seine Weiterbildung mit dem Erwerb eines Grundversorger-Facharzttitle abgeschlossen hat. Weiter werden aus dem Projektfonds die Beratung der Assistenzärzte und Lehrpraktiker, die Schulung und die Administration finanziert. Mit dem von der Ärzteschaft aufbrachten Geld können jährlich rund 30 - 40 Praxisassistentenzen und 130 - 140 Praxisassistentenz-Monate mitfinanziert werden²⁰. Wenn davon ausgegangen wird,

¹⁶ 4 UEMO. UEMO 2003 Declaration on Specific Training in General Practice/Family Medicine in Europe. www.uemo.org/policy/uemo_2003_declaration_on_specifi.htm (Zugriff am 7.3.2005). projekt des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM in Zusammenarbeit mit dem Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen/-ärzte

¹⁷ 6 EU-Richtlinie 1993. www.europa.eu.int/eur-lex/de/lif/reg/de_register_062050.html.

¹⁸ 7 Schär H-U, Jungi F. St. Galler Praxisassistentenz – Pilotprojekt 1997–2001. PrimaryCare 2002; 2:166-9. Pilotprojektes «Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistentenz)» des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM in Zusammenarbeit mit FMH, VSAO und SAMW. Schweiz Ärztezeitung 2002;83:

¹⁹ Feller S. Praxisassistentenz: „... die lehrreichste Zeit in meiner Ausbildung!“ Schweiz Ärztezeitung 2005;86(19):1147-53.

²⁰ KHM. Praxisassistentenz. Dokumentation für Lehrpraktiker und Praxisassistentenzen. <http://www.kollegium.ch/pa/doku.html>

dass jährlich 100 oder sogar 200 neue Allgemeinpraktiker ausgebildet werden sollten, um den Bestand aufrechtzuerhalten, dann ist diese Form der Finanzierung als ungenügend einzustufen.

3.2.3. Praxistätigkeit

3.2.3.1. Ökonomische Unsicherheit

Die Führung einer Arztpraxis stellt heute nach herrschender Auffassung ein grösseres finanzielles Risiko dar als etwa vor 10 oder 20 Jahren.

Hasler stellt in einer im Jahr 2002 publizierten Studie zu den Einkommensverhältnissen der freien Ärzteschaft folgendes fest: Die Einkommensentwicklung von 1971/72 bis 1997/98 zeigt für die Gesamtheit aller Ärzte in freier Praxis unter 66 Jahren einen nominellen Zuwachs des mittleren Ärzteneinkommens von 65,1% und des zentralen Ärzteneinkommens von 57,9%. Wenn man jedoch die inzwischen aufgelaufene Teuerung von 143,8% berücksichtigt, ist real ein Einkommensverlust von 32,3% bei den mittleren und von 35,2% bei den zentralen Ärzteneinkommen der unter 66jährigen Ärzte in freier Praxis festzustellen²¹. Für die Entwicklung von 1997 bis 2001 stellt Hasler einen Gleichschritt mit der Steigerung des Lebenskostenindex fest²². Zur Frage, welche Auswirkung der am 1. Januar 2004 eingeführte Tarif „Tarmed“ auf das Einkommensverhältnis der frei praktizierenden Ärzte hat und haben wird, liegen zur Zeit keine verlässlichen Angaben vor.

3.2.3.2. Konkurrenz durch Anbieter anderer Fachrichtungen oder durch nicht-medizinische Anbieter

Es findet eine zunehmende Konkurrenzierung der ärztlichen Grundversorgung durch nicht-medizinische Berufe (Apotheker, Krankenschwestern, Osteopathen u.a.) oder durch neue Formen der Grundversorgung statt (Managed Care, Call-Center, Permanence, Telemedizin u.a.) statt. Auf Besitzstand fixierte Vertreter der Ärzteschaft reagieren auf diese Situation mit einer Abwehrhaltung und rhetorischem Pathos. Andere Ärzte sehen in dieser neuen Situation auch die Chance von neuen Zusammenarbeitsmöglichkeiten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt stellt dieser Wandel im Berufsver-

²¹ Hasler N. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(42):2481-7.

²² Hasler. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 1997/1998 und im Jahr 2001. Schweiz Ärztezeitung 2005;84(41):2202-8.

ständnis der ärztlichen Grundversorgung vor allem eine Verunsicherung der angehenden Hausärzte dar.

3.2.3.3. Politische und gesetzliche Rahmenbedingungen

A) Zulassungsstopp

Die Vorankündigung dieser Massnahme im Juni 2002 veranlasste viele Ärzte, noch vor Inkrafttreten der Verordnung eine kantonale Praxisbewilligung zu beantragen. Laut santésuisse gingen im Jahre 2002 mehr als 2100 Gesuche für eine Zahlstellennummer ein, das Vierfache des Volumens der Vorjahre.

Aufgrund der in der SÄZ veröffentlichten Praxiseröffnungen konnte folgende Entwicklung festgestellt werden²³: Hausärzte eröffneten im 4. Quartal 2002 doppelt so häufig wie in den Quartalen zuvor, erreichten zu Beginn 2003 das Maximum, sanken im 2. und 3. Quartal 2003 auf das Niveau vor dem Zulassungsstopp zurück und erreichten im 4. Quartal 2003 mit 17 Praxiseröffnungen den tiefsten Punkt seit Beginn 2000. Spezialarzt-Praxen zeigten im 4. Quartal 2002 einen verhalteneren Anstieg, erreichten ebenfalls zu Beginn 2003 das Maximum, verharrten im 2. und 3. Quartal 2003 jedoch deutlich über dem Niveau vor dem Zulassungsstopp und sanken im 4. Quartal auf ein Niveau wie in den Quartalen vor dem Zulassungsstopp (Abb. 10). Innerhalb der Gruppe der Hausärzte zeigten die Ärzte ohne Facharztstitel die stärkste Zunahme. Bei über 2000 Gesuchen um eine Praxisbewilligung im Jahre 2002 eröffneten in den 6 Quartalen nach dem Zulassungsstopp konkret 630 Praxen.

Das Parlament hat am 8. Oktober 2004 mit einer Zwischenrevision des KVG dem Bundesrat die Möglichkeit gegeben, den Zulassungsstopp um drei Jahre zu verlängern²⁴. Der Bundesrat hat am 25. Mai 2005 die Verlängerung des Zulassungsstopps um höchstens drei Jahre beschlossen. Diese revidierte Verordnung ist am 4. Juli 2005 in Kraft getreten. Sie gilt somit bis längstens 3. Juli 2008 (oder bis zum Inkrafttreten einer Ersatzlösung in einem revidierten KVG).

Der Bundesrat hat die Frist für den Verfall bereits erteilter Zulassungsbewilligungen auf sechs Monate ab Inkrafttreten der Revision festgesetzt. Auch die rund 2000 Ärztinnen und Ärzte, die noch vor dem 4. Juli 2002 eine kantonale Berufsausübungsbe- willigung beantragt (und vorher oder nach dem 4. Juli 2002 erhalten) haben, sollen

²³ Marty F, Steinacher A, Geiger P, Castelberg R. Auswirkung des Zulassungsstopps auf die Zahl der Praxiseröffnungen in der Schweiz. *PrimaryCare* 2004;4(3/4):43-5.

²⁴ Kuhn H. Zulassungsstopp verlängert – Informationen für Ärzte, die noch keine Praxis eröffnet haben. *Schweiz Ärztezeitung* 2005;86(23):1389-91.

nach Wunsch des Bundesrates das Dahinfallen der Bewilligung bei Nichtbenützung riskieren.

Gemäss Gesetz erlässt der Bund die «Kriterien» (KVG 55a Abs. 1), und die Kantone wenden sie an (Abs. 3). So haben Kantone der Romandie in einer Vorvernehmlassung die Absicht bekundet, sich nach dem Gesetzeswortlaut zu richten und vor dem 4. Juli 2002 beantragte Bewilligungen in keinem Fall dahinfallen zu lassen – schon nur aus dem einfachen Grund, weil sie kein Interesse haben, dass ihre erfahrenen Assistenten und Oberärztinnen vor Fristablauf überstürzt in die Praxis gehen müssen, um ihre Rechte nicht zu verlieren.

Nicht geändert hat der Bundesrat Art. 2 der Verordnung²⁵. Damit gilt weiterhin, was er in den Erläuterungen zum Verordnungsentwurf schon angekündigt hatte: «Die Grundsätze der heute geltenden Verordnung werden beibehalten. Die Kantone dürfen demnach gestützt auf Artikel 2 Absatz 1 Buchstabe a der VO bestimmen, dass für eine oder mehrere Kategorien von Leistungserbringern die in Artikel 1 festgelegte Höchstzahl nicht gilt. Wenn eine Beschränkung für Leistungserbringer besteht, so können die Kantone nach Artikel 3 Ausnahmezulassungen für Leistungserbringer aussprechen, sofern in dieser Kategorie eine Unterversorgung besteht. Mit diesem Kriterium ist es den Kantonen jederzeit möglich, z.B. bei regionaler Unterversorgung oder für ländliche Gebiete, in denen allenfalls ein Mangel an Leistungserbringern besteht, trotz Zulassungsstopp Zulassungsbewilligungen zu erteilen.»²⁶

Der Bundesrat hat im Anhang die Höchstzahlen revidiert. Diese sind aber für die Kantone keine fixe Grenze, «sondern bilden für die Kantone einen Indikator für die Beurteilung im Einzelfall.»²⁷ Das heisst: Die Kantone sind heute und auch nach dem 4. Juli 2005 frei, ob und wie sie den Zulassungsstopp anwenden: Sie können für die

²⁵ Art. 2 Ausgestaltung der Regelung durch die Kantone

I Die Kantone können vorsehen, dass:

a. die in Artikel 1 festgelegte Höchstzahl für eine oder mehrere Kategorien von Leistungserbringern nicht gilt;

b. in einer oder mehreren Kategorien von Leistungserbringern keine neuen Zulassungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erteilt werden, solange die Versorgungsdichte nach Anhang 2 im betreffenden Kantonsgebiet höher als in der Grossregion, zu welcher der Kanton nach Anhang 2 gehört, oder höher als in der Schweiz ist.

II Sie berücksichtigen die Versorgungsdichte in den Nachbarkantonen, in der Grossregion, zu welcher sie nach Anhang 2 gehören, und in der Schweiz.» www.admin.ch/ch/d/sr/832_103/index.html.

²⁶ Erläuterungen zum VO-Entwurf, März 2005, Seite 2.

²⁷ Erläuterungen Bundesrat 25.5. 2005, letzte Seite.

ganze Medizin oder für einzelne Spezialitäten auf das Instrument des Zulassungsstopps verzichten.

B) Arbeitsgesetz

Seit dem 1. Januar 2005 ist das eidgenössische Arbeitsgesetz auf alle Assistenzärzte anwendbar. Als wichtigste Folge muss für diese Ärztegruppe eine maximale Wochenarbeitszeit von 50 Stunden festgelegt werden. Dies bedeutet für die meisten Spitäler eine bedeutende Reduktion der bisher verfügbaren Arbeitskraft und die Notwendigkeit, zusätzliche Ärzte anzustellen und den Spitalbetrieb teilweise neu zu organisieren. Bisher liegen keine Berichte über die Zahl der notwendig gewordenen zusätzlichen Stellen vor. Schätzungen gehen von einer zusätzlichen Assistenzarztstelle pro 5 Assistenzärzte aus.

Dieser Kapazitätsausbau könnte zu einer Verlängerung der Assistenzarztzeit und, für angehende Hausärzte, zu einem verzögerten Übertritt in die freie Praxistätigkeit führen. Zur Frage, ob sich diese Verzögerung sensibel auf das Angebot der medizinischen Grundversorgung auswirken würde, liegen keine Schätzungen vor. Als weiterer Effekt der 50-Stunden-Woche ist eine deutliche Attraktivitätszunahme der Berufstätigkeit im Spital anzunehmen. Dies könnte angehende Hausärzte dazu bewegen, eine längere Assistenzarztzeit oder eine Spitalkarriere zu ergreifen und damit die ursprüngliche Berufswahl aufzugeben.

C) Medizinalberufegesetz

Das voraussichtlich 2008 in Kraft tretende Medizinalberufegesetz (MedBG) betont Wissen und Fähigkeiten, die in der Grundversorgung wichtig sind. Diese Fähigkeiten sind aber für die Grundversorgung nicht spezifisch und in allen anderen klinischen Fachdisziplinen genauso wichtig. Nach gängiger Auffassung soll das MedBG die Rolle des Hausarztes aufwerten.

3.2.3.4. Disparität Stadt-Land (vgl. Abb. 11 und Abb. 12)²⁸

Die Dichte der Arztpraxen ist, sowohl was die Infrastruktur als auch was die Beschäftigung (Ärzte, Arzthelferinnen, Sekretärinnen) betrifft, in den städtischen Gebieten

²⁸ Bundesamt für Statistik. Dienstleistungen für die Bevölkerung: räumliche Verteilung 1995–2001 Analyse aufgrund der Betriebszählung. Neuchâtel, 2005.
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/regionale_und_internationale/02/blank/publikationen.Document.63690.html

doppelt so gross wie auf dem Land und in den Zentren rund neunmal höher als in den agrarischen Gemeinden. Abgesehen von den Zentren findet man diese Dienstleistung vor allem in den suburbanen und insbesondere in den einkommensstarken Gemeinden, aber auch in den Tourismusgebieten und in den industriellen Gemeinden, während sie in einem Teil der ländlichen und periurbanen Gemeinden des Mittellandes fehlt. Die Fachausrichtung der Ärzte prägt die territoriale Verteilung ebenfalls: Wenn man nur die Praxen der Allgemeinmediziner zählt, verringert sich der Kontrast zwischen Zentrum und Peripherie, ist aber immer noch beträchtlich (die Dichte in den Zentren ist hier noch siebenmal so gross wie in den agrarischen Gemeinden). Noch stärker konzentriert auf die urbanen Zentren sind die Praxen der Spezialmedizin. Bei den Arztpraxen beobachtet man auf gesamtschweizerischer Ebene eine Abnahme der Arbeitsstätten um 5% und eine Zunahme der Beschäftigten um 4%. Diese gegenläufige Entwicklung lässt auf eine wachsende Zahl von Ärzten schliessen, die in Gruppenpraxen arbeiten. Auf regionaler Ebene ist dieselbe Entwicklung zu beobachten: Die Zahl der Arztpraxen sinkt, vor allem in den Zentren (-7%) und den einkommensstarken Gemeinden (-9%), während die Beschäftigtenzahl in allen Gemeinden steigt, vor allem in den städtischen Gürteln und den ländlichen Gemeinden. In den periurbanen und den Wegpendlergemeinden dagegen hat die Zahl der Arztpraxen zugenommen. Die steigende Beschäftigtenzahl in den urbanen Zentren ist ihrerseits hauptsächlich auf die positive Entwicklung im Norden und im Osten des Landes zurückzuführen (insbesondere in St. Gallen, Baden, Winterthur, Basel-Stadt), während die Zentren am Genfersee, sowie Zürich, Freiburg und Olten eine eher abnehmende Tendenz aufweisen. Dass die Zahl der Beschäftigten stärker gestiegen ist als jene der Wohnbevölkerung bedeutet, dass das verfügbare Dienstleistungsvolumen in fast allen Regionen zugenommen hat.

In der von Lustenberg eingereichten Interpellation²⁹ wird ebenfalls auf diese geographische Disparität der ärztlichen Grundversorgung aufmerksam gemacht: „Die medizinische Grundversorgung in den dünn besiedelten Gebieten wird mittelfristig zu einem Problem des Service public. Es finden sich schon heute kaum mehr junge Ärzte, die bereit sind, sich als Allgemeinpraktiker in ländlichen Gebieten zu betätigen. Das führt nicht nur zu Engpässen in der Grundversorgung, sondern auch zu entspre-

²⁹ Ip Lustenberg 04.3786 http://www.parlament.ch/afs/data/d/gesch/2004/d_gesch_20043786.htm

chenden Mehrkosten. Zudem benachteiligen die grossen Unterschiede in der Taxpunkt看wertung die Allgemeinpraktiker in den Randregionen.“

Zur gleichen Problematik der geographischen Disparität gibt die Regierung des Kantons Graubünden am 6.7.2005 folgende Antwort:

In den bevölkerungsreichen Regionen des Kantons ist die ärztliche Grundversorgung wie auch der ärztliche Notfalldienst sichergestellt. Anders sieht die Situation in den Randregionen und insbesondere in den Regionen, in denen nur ein Arzt die Versorgung der ganzen Talschaft übernimmt, aus. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Problematik, dass sich nicht ausreichend Schweizer Ärztinnen und Ärzte finden lassen, die bereit wären, in den abgelegenen Talschaften eine Arztpraxis zu übernehmen oder zu eröffnen, nicht neu ist.

Gründe: zu hohe Präsenzzeit in der Praxis; geringer Verdienst; fehlende Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten; lange Distanzen zu den Zentren; fehlendes Kulturangebot.

Gemäss Bündner Regierung sei es gelungen, die Arztpraxen in Mesocco, Splügen, St. Peter, Tiefencastel wieder zu besetzen. In abgelegene Talschaften suchen oft ausländische Ärzte um eine Bewilligung nach.

Die Regierung des Kantons Graubünden schlägt folgende Lösungen vor:

- Hilfe bei der Ausgestaltung des ärztlichen Notfalldienstes;
- teilzeitliche Zulassungen im Rahmen des Zulassungsstopps;
- Die Ärzteschaft, der Bund und die Universitäten sind gefordert, die Ausbildung zum Allgemeinmediziner bzw. des Tätigkeitsgebiet und Perspektiven attraktiver zu gestalten, so dass sich die künftigen Studienabgänger vermehrt für diese Tätigkeit interessieren.
- Diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich in den Ruhestand begeben wollen, müssen ihre Erwartungen hinsichtlich des sich aus dem Praxisverkauf zu erzielenden Erlöses zwangsläufig reduzieren.
- Der Bund ist zudem gefordert, den Zulassungsstopp so rasch als möglich aufzuheben, damit in Bezug auf die Übernahme bzw. Neueröffnung einer Arztpraxis wieder ein freierer Markt spielen kann.

- Gleichzeitig müssen die Versicherer bereit sein, den Ärztinnen und Ärzten in der Peripherie – im Vergleich zu heute und zu den städtischen Agglomerationen – einen höheren Taxpunktwert auszurichten, damit diese Tätigkeit attraktiver wird.
- Notfalldienst: Übernahme der Aufgabe durch Regionalspitäler. Triage durch Pflegefachfrau. Es ist Sache der Gemeinden, Pikettdienstentschädigungen auszurichten.

3.2.3.5. Notfalldienst

Der Notfalldienst ist bei den dienstpflichtigen Grundversorgern zunehmend unbeliebt. Von den verschiedenen Dispensationsmöglichkeiten wird deshalb viel, möglicherweise auch abusiv Gebrauch gemacht. Zu Dispensationsgründen, die gemäss Reglement der jeweiligen kantonalen Ärztesgesellschaft geltend gemacht werden können, zählen z.B. Notfalldienst in anderen Institutionen, Alter über 55 Jahren, zu hohe Spezialisierung, elterliche Pflichten.

Der Notfalldienst ist aus verschiedenen Gründen unbeliebt. Der Notfalldienst ist zeitlich belastend, physisch anspruchsvoll, besonders wenn der Notfallbezirk eine grosse Fläche abdeckt und deshalb weite Strecken zurückgelegt werden müssen. Der Notfalldienst wird zunehmend von zahlungsunfähigen Patienten gebraucht, die von ihrem eigenen Hausarzt nicht mehr behandelt werden. Diese Patienten suchen immer wieder einen neuen diensthabenden Arzt aus, leiten die Rechnung der Notfallbehandlung an die Krankenkasse weiter, erhalten die Vergütung, zahlen aber den diensthabenden Arzt nicht. Der Notfalldienst wird zunehmend auch aus Bequemlichkeit benutzt, weil praktisch keine Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen. Möglicherweise schreckt der Notfalldienst auch solche Ärzte ab, die sich in der medizinischen Notfallversorgung unsicher fühlen, etwa weil die notwendigen Fertigkeiten während der Weiterbildungszeit nicht erworben wurden oder weil der abzudeckende Notfallbezirk abgelegen ist und ein hohes Mass an Selbständigkeit bei der Durchführung medizinischer Notfallmassnahmen erfordert

Zur Behebung dieser Probleme schlägt Estermann folgende Lösungen im Kanton Luzern vor³⁰:

Notfalldienstentschädigung: Die Bereitschaft, Notfalldienst zu leisten, wächst massgeblich mit einer adäquaten Entschädigung, oder ist, umgekehrt formuliert, sicher

³⁰ Estermann B. Reorganisation ärztlicher Notfalldienst. Luzerner Arzt 2005;62:22-23

unter anderem massiv zurückgegangen, weil keine Bereitschafts-Entschädigung existierte. Andere Kantone resp. bestimmte Regionen wie zum Beispiel Biel haben deshalb Entschädigungsmodelle erarbeitet und realisiert.

Dienstpflichtersatz: Der dispensierte Arzt muss einen Beitrag an die Notfallorganisationen und an die Diensttuenden leisten, welcher von der Mitgliederversammlung bestimmt wird.

Dispensationen: bisher von den Notfalldienstkreisen geregelt: hat sich nicht bewährt. In Bern sind viel weniger Ärzte dispensiert, weil einerseits die Führung der Ärztesellschaft ein konsequentes Mitmachen beim Notfalldienst fordert, und Gesuche um Dispensation an den kantonsärztlichen Dienst und bei Problemen über die Sanitätsdirektion gehen müssen.

Anpassung der Notfalldienstkreise: Notfalldiensttätigkeit hat sich verändert: Bagatellen nehmen zu, Herzinfarkte nehmen ab, viele Patienten müssen sich zuerst an Call-Center wenden. Viele Patienten suchen die Permanence statt den Hausarzt auf. Um die notfalldiensttuenden Ärzte besser auszulasten, müssen die Notfalldienstkreise angepasst werden.

Zusammenarbeit mit Spitälern: Hausarzt als Triagearzt (für Bagatellen), Delegation des Wochenende-Notfalldienstes an den Notfalldienst des Spitals. Eine Wiederaufnahme der Ausbildung der Notfallärzte wurde durch die Gesundheitsdirektion Luzern in Aussicht gestellt.

3.2.3.6. Neue Praxismodelle

Mehr als 80% der Studienabgänger wünschen in einer Gruppenpraxis zu arbeiten³¹. In einer 2005 durchgeführten Umfrage bei Grundversorgern, die in den letzten 5 Jahren eine Tätigkeit als Grundversorger aufgenommen haben, gaben 70,6% der Befragten an, dass sie in eine Gemeinschaftspraxis einsteigen konnten; 29,4% der Befragten versuchten ihre Glück alleine³². Unter den vielfältigen Gründen für diese Popularität der Gruppenpraxis sind die ökonomischen Vorteile zu nennen, die durch gemeinschaftliches Bewirtschaften von Personal, Geräten und Räumen erzielt werden können.

³¹ Halter U, Tschudi P, Bally K, Isler R. Berufsziel von Medizinstudierenden. PrimaryCare 2005;5:468-72.

³² Steinacher A. Auswertung Grundversorgerumfrage Kanton Thurgau. OSGAM Information 2005;76:4-5.

3.2.4. Forschung

Nach Künzi³³ gilt heute „publish or perish“ auch für die Hausarztmedizin. Dabei soll es um den Nachweis einer eigenen, kritisch überprüften Wissensbasis gehen, die dann in die Lehre und in den klinischen Alltag einfließen kann.

Die Schweizerische Akademie stellt von 2005 an für die folgenden 5 Jahre 1 Million Franken für Forschung in der Hausarztmedizin zur Verfügung. Pro Jahr stehen für 3 Hausarzt-Forscher je eine Summe von 30'000 Franken zur Verfügung. Für hausärztliche Forschungsprojekte stehen pro Jahr maximal weitere 110'000 Franken zur Verfügung.

Diesen 1 Million Franken sind die 2 Milliarden Franken gegenüberzustellen, die im gleichen Zeitraum vom Nationalfonds für biomedizinische Forschung ausgegeben werden.

4. Diskussion

4.1. Limitierungen der Statistiken

Die FMH-Statistik gibt nicht an, wieviele Ärzte die Praxistätigkeit begonnen und wieviele die Praxistätigkeit aufgegeben haben. Wieviele Praxen neu eröffnet oder übernommen werden, kann weder aus der FMH-Statistik noch aus den in der SÄZ publizierten Praxiseröffnungen entnommen werden. Es liegen weiterhin keine Statistiken vor, die Auskunft darüber geben, welcher Arzt in welchem Alter und aus welchen Gründen seine Praxis aufgegeben hat.

Die FMH-Statistik erlaubt keine Aussage über den Beschäftigungsgrad der Ärzte mit Praxistätigkeit. Da der Anteil der in Teilzeit arbeitenden Ärzte und vor allem Ärztinnen in den letzten Jahren zweifellos zugenommen hat, fehlt somit eine wesentliche Komponente zur Beurteilung des tatsächlichen Angebotes an ärztlicher Grundversorgung in der Schweiz.

Schliesslich fehlen Angaben über die Alterstruktur der Grundversorger. Diese Information ist von entscheidender Bedeutung, um die weitere demographische Entwicklung abzuschätzen. Es existieren Hinweise, dass die Altersstruktur eine sehr ungleichförmige Altersverteilung aufweist, und dass in wenigen Jahren ein grosser Anteil der Grundversorger das Pensionierungsalter erreichen wird.

³³ Künzi B. Arbeitsgruppe Forschung des KHM – Ziele und Funktionsweise. PrimaryCare 2005;5(16):362-3.

4.2. Ärztedichte

Im internationalen Vergleich weist die Schweiz eine hohe Dichte von Grundversorgern auf. Beispielsweise weisen die USA im Jahr 2004 eine Dichte von 0.312 Grundversorger (family physicians/general practitioners) pro 1000 Einwohner auf. Da der in den USA berechnete Wert für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung 0.351 Ärzte pro 1000 Einwohner beträgt, zieht die American Academy of Family Physicians folgenden Schluss: Family medicine should recast its gaze from growing a family physician workforce to sustaining and enabling the workforce that already exists, and from emphasis on producing physicians on producing critical services of great benefit to people. ...In conclusion, Family Medicine can now declare victory concerning prior workforce priorities and announce new priorities when ready.”³⁴

4.3. Feminisierung der Medizin

Die zunehmende Feminisierung des Medizinstudiums und damit des ärztlichen Berufs begünstigt die Fachausbildung in Allgemeiner Medizin. Zur Erlangung dieses Facharzttitels ist während der Assistenzarztzeit das Bestehen eines spezifischen und zeitintensiven Selektionsprozesses nicht notwendig. Im Gegensatz zu den zur Zeit noch in den meisten anderen Disziplinen geltenden Bestimmungen kann die gesamte vorgeschriebene Weiterbildungszeit zur Erlangung des Facharzttitels Allgemeine Medizin mit Teilzeitstellen absolviert werden. Aus diesen Gründen wird diese Weiterbildungsmöglichkeit von all jenen Frauen bevorzugt, die während der Weiterbildungszeit familiären und elterlichen Pflichten nachkommen müssen. Ob neben diesen Gründen auch spezifisch weibliche Präferenzen für den Hausarztberuf eine Rolle spielen, ist dagegen fraglich. Es ist eher anzunehmen, dass mit zunehmendem Frauenanteil an der Gesamtzahl der Assistenzärzte das Angebot an Teilzeitstellen auch in solchen Fachgebieten zunehmen wird, in welchen traditionellerweise Männer in - mindestens! - 100prozentiger Anstellung tätig sind (Chirurgie, Orthopädie, Kardiologie). Sollte ein solcher Wandel in bisher klassischen Männerdomänen eintreten, würde mit grosser Wahrscheinlichkeit auch das Fachgebiet Allgemeine Medizin für Frauen an Attraktivität verlieren.

³⁴ The Robert Graham Center: Policy Studies in Family Medicine and Primary Care American Academy of Family Physicians. The Physician Workforce of the United States A Family Medicine Perspective; Wasington, October 2004. http://www.graham-center.org/PreBuilt/physician_workforce.pdf

Während die Weiterbildung zur Erlangung des Facharztstitels Allgemeine Medizin zur Zeit noch als frauen- und familienfreundlich gilt, so sieht die Situation bei der Ausübung des Hausarztberufes anders aus. Die Weiterführung der Berufstätigkeit im Teilzeitpensum ist in der Regel nur in Gruppenpraxen möglich. Hierbei gilt aber zu beachten, dass die teilzeitliche Tätigkeit in einer Gruppenpraxis, besonders in der Anfangszeit, durch diverse administrative und organisatorische Zusatzaufgaben rasch in eine vollzeitliche Tätigkeit auswächst. Besonders unter wachsendem ökonomischem Druck wird die Hoffnung auf den Teilzeit-Job rasch zunichte gemacht. Noch schwieriger sieht die Lage auf dem Land oder in entlegenen Gebieten aus. Hier wird von der Hausärztin, wie vom Hausarzt, erwartet, dass sie rund um die Uhr verfügbar ist und auch in schwierigen Notfallsituationen einen grossen Teil der Notfallmassnahmen selbständig erbringen kann. Eine gute Ärztin wird nicht vor der fachlichen, aber möglicherweise vor der zeitlichen und physischen Herausforderung einer solchen Tätigkeit zurückschrecken, besonders dann, wenn sie weiterhin einen grossen Teil der elterlichen Pflichten erfüllen muss.

Ob die Feminisierung der Medizin letztlich zur einer Stärkung oder zu einer Schwächung der ärztlichen Grundversorgung in der Schweiz führen wird, oder ob sich die verschiedenen Effekte gegenseitig neutralisieren werden, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht prognostiziert werden. Es ist aber praktisch sicher, dass die Feminisierung der Medizin mittelfristig zu tiefgreifenden Veränderungen in der Organisation der medizinischen Versorgung führen wird.

4.4. Medizinstudium

Das Studium scheint eine positive Wirkung zu haben auf den Wunsch der Medizinstudenten, Hausarzt zu werden. Während des Medizinstudiums findet die grösste Zunahme des Wunsches, später als Hausarzt tätig zu sein, zwischen dem 3. und 4. Jahr statt. Tschudi vermutet, dass diese Zunahme damit zusammenhängt, dass in diesen Jahren das Einzeltutoriat in Hausarztmedizin stattfindet. Vermutlich ist die vermehrte Präsenz der Hausarztmedizin während des Studiums nur ein Faktor und anderen, die zu diesem Phänomen beitragen: das abschreckende Beispiel des Spitalalltags, mit dem Medizinstudenten intensiv konfrontiert werden (Lehre, Forschung, Wahlstudienjahr) oder schlicht die realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und Chancen dürften eine mindestens so wichtige Rolle spielen.

Das neue Institut für Hausarztmedizin könnte dazu beitragen, die Attraktivität der Hausarztmedizin wieder herzustellen. Der Hausarzt von morgen ist wahrscheinlich etwas anderes als der von heute. Dieses Profil muss neu definiert werden³⁵.

4.5. Weiterbildung

Die Akkreditierung des Weiterbildungsprogramms der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin wurde mit der Auflage verbunden, die «Vertiefung von Ehrfurcht und ethischer Haltung und der Kenntnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bezüglich ökonomischem Einsatz der Mittel» im Rahmen des Weiterbildungsprogramms zu prüfen.

Gegen eine „Vertiefung von Ehrfurcht und ethischer Haltung“ in der ärztlichen Weiterbildung ist nichts einzuwenden. Bestimmt gehören auch gesundheitsökonomische Kenntnisse zum heutigen Grundwissen eines Allgemeinmediziners, wie übrigens eines jeden anderen Mediziners auch. Wie aber die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner mit einer Verkürzung der ohnehin schon sehr unspezifischen Weiterbildungszeit zweckmässiger und zielgerichteter werden könnte, wie dies im Zusammenhang mit der Akkreditierung bemerkt wurde, ist nicht einzusehen. Vielmehr sollte die Weiterbildung auf Wissen und Fähigkeiten ausgerichtet werden, die in der Berufsausübung tatsächlich benötigt werden. Während der Assistenzarztzeit eignen sich die angehenden Allgemeinmediziner zwar ein grosses Wissen über die Behandlung stationärer Patienten an, aber viele für die hausärztliche Tätigkeit notwendigen Fertigkeiten werden weder systematisch noch auf einem standardisierten Niveau vermittelt. Das Problem wird wohl kaum durch eine Verkürzung der Weiterbildungszeiten behoben werden, sondern viel eher durch eine klare Definition von Weiterbildungszielen und der Einrichtung dazu geeigneter Weiterbildungsstellen. Das Ziel ist sollte nicht die Kostenreduktion, sondern die Effizienzsteigerung der Weiterbildung sein.

Welchen Einfluss die gegenwärtige Gestalt der allgemeinärztlichen Weiterbildung auf die demographische Entwicklung der Hausärzte hat, ist umso schwieriger zu beurteilen, als sowohl positive als auch negative Anreize vorliegen. Als positiver Anreiz ist der geringe Selektionsdruck in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu werten. Gleichzeitig stellt diese profil- und prestigelose Weiterbildung eine schwache, wenig markt- und zukunftssträchtige Position im Gesundheitswesen in Aussicht. Auf lange Sicht dürfte die von medizinischen Spezialdisziplinen aufgezehrten Kompetenzen

³⁵ ³⁵ Perruchoud AP. Hausarztmedizin. PrimaryCare 2005(11):258.

und die damit schrumpfende Kernkompetenzen der Allgemeinmediziner zu einer allgemeinen Entwertung dieser Berufsgruppe führen. Eine blosser Reduktion der Weiterbildungszeit würde diese Tendenz nur verstärken. Eine inhaltlich und in der Folge unweigerlich auch ökonomische entwertete Fachrichtung würde kaum einen zahlenmässig genügenden und qualitativ brauchbaren Nachwuchs anziehen.

Wenn es der politische Wille ist, die Hausarztmedizin in der Schweiz zu unterstützen oder zu stärken ist, dann ist zweifellos die Schaffung eines klar strukturierten, spezifischen Weiterbildungsprogramms für Allgemeinmediziner und dazu geeigneter Einrichtungen zuoberst auf die Prioritätenliste zu setzen.

4.6. Ökonomische Faktoren

Nach verbreiteter Meinung sind die durch Grundversorger erbrachten Leistungen durch den neuen Tarif „Tarmed“ nicht aufgewertet worden, wie dies ursprünglich vorgesehen war. Gleichgültig, ob diese Einschätzung zutrifft oder nicht, wirkt sie mit grosser Wahrscheinlichkeit dissuasiv auf das Berufsziel, eine allgemeinärztliche Praxistätigkeit auszuüben.

4.7. Politischen und gesetzliche Rahmenbedingungen

Mit dem Zulassungsstopp und insbesondere mit dessen Verlängerung erhalten die Kantone ein Instrument, mit dem gewisse regionale Disparitäten ausgeglichen werden können. Für die Anwendung des Gesetzes sind aber einerseits fundierte Grundlagen über die aktuelle Versorgungssituation notwendig. Andererseits wird nur eine flexible Handhabung des Gesetzes durch die Kantone erlauben, im Einzelfall auf besondere Formen der Praxisführung Rücksicht zu nehmen. Auf Dauer wird sich der Zulassungsstopp eher dissuasiv auf das Berufsziel Hausarzt auswirken. Wer seine Weiterbildung beginnt, wird sich wohl eher ein Fachgebiet aussuchen, das ihm später eine möglichst freie Wahl seines Arbeitsortes gestattet. Wer aufgrund des Zulassungsstopps damit rechnen muss, als Hausarzt in periphere Randregionen zugewiesen zu werden, wird sich dieses Berufsziel zweimal überlegen.

Darüber, wie sich das neue Arbeitsgesetz und die dadurch bedingten organisatorischen Massnahmen in den Spitälern auf die Entwicklung der Hausarztmedizin in der Schweiz auswirken wird, kann zur Zeit nur spekuliert werden. Es dürfte vorsichtig sein anzunehmen, dass dieses Gesetz auf die Dauer eher zugunsten einer verbesserten stationären Versorgung wirken wird.

Ob und wie das Medizinalberufegesetz eine positive Wirkung für die Hausarztmedizin ausüben wird, ist Glaubenssache. Die Studenten werden entscheiden.

4.8. Disparität Stadt-Land

Die geringere Ärztedichte auf dem Land und in peripheren Regionen ist nichts Neues. Eine Verschärfung dieser Problematik ist wohl nur teilweise auf einen mangelnden ärztlichen Nachwuchs zurückzuführen. Viel eher dürften allgemeine wirtschaftliche Schwierigkeiten in diesen Gebieten einerseits und allgemein höhere Ansprüche an Lebensqualität und Freizeitgestaltung andererseits für dieses Phänomen verantwortlich sein. Auch Ärzte sind Menschen und folgen allgemeinen gesellschaftlichen Trends. Da Frauen solche Trends massgeblich beeinflussen, und die Feminisierung dieses Berufes voranschreitet, ist weiterhin mit einer schwierigen ärztlichen Versorgung dieser Regionen zu rechnen.

4.9. Notfalldienst

Die Probleme bei der Sicherstellung eines funktionsfähigen Notfalldienst sind offensichtlich und brennend. Die Gründe sind bekannt und werden sich verschärfen. Da in den meisten Kantonen von einem gewissen Alter an Dispensationen vorgesehen sind, wird in den nächsten Jahren eine grössere Kohorte von Grundversorgern aus dem zur Verfügung stehenden Pool der Notfalldienstpflichtigen ausscheiden. Mit dem zunehmenden Missbrauch des Notfalldienstes durch Patienten wird dieser Teil der ärztlichen Berufstätigkeit weiter an Attraktivität einbüßen.

4.10. Praxismodelle

Den theoretischen Vorteilen einer Gruppenpraxis steht leider die vom Scheitern zahlreicher Gruppenpraxen geprägte Realität gegenüber. Häufig fehlen den Praxisinhabern das zur Führung einer Unternehmung notwendige Know-how. Betriebswirtschaftliche Experimente und finanzielle Fehlschläge sind die häufigen Folgen wenig durchdachter Gruppenpraxis-Projekte. Es ist deshalb zum gegenwärtigen Zeitpunkt fraglich, welches Schicksal dem Praxismodell „Gruppenpraxis“ beschieden ist. Es ist eher anzunehmen, dass dieses Modell keine Antwort auf die ökonomische Unsicherheit der ärztlichen Praxistätigkeit liefert. Damit ist auch ungewiss, ob mit einem grösseren Angebot an Gruppenpraxen ein positiver Einfluss auf die Demographie der ärztlichen Grundversorgung ausgeübt werden könnte.

4.11. Forschung

Die Forschungsaktivitäten sind bisher minimal gewesen, die aktuellen Anstrengungen sind löblich, sie werden aber den Rückstand gegenüber den spezialisierten Disziplinen nur langsam aufholen können. Solange die Budgets sehr bescheiden sind, wird sich keine namhafte Forschung etablieren können. Die Gefahr ist die zunehmende Übernahme des Sponsorings der hausärztlichen Forschung durch die Industrie. Eine solche Forschung dürfte in erheblichem Masse produkteorientiert sein und würde kaum die erhofften Wirkungen im Public health bereich entfalten. Allerdings könnte ein finanzielles Erstarben der Grundversorger zur besseren Positionierung dieser Berufsgruppe beitragen.

5. Schlussfolgerung (=Sprachregelung)

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann aufgrund der vorliegenden Statistiken weder gesamtschweizerisch noch auf kantonaler Ebene eine ungenügende ärztliche Grundversorgung festgestellt werden.

Verschiedene Faktoren beeinflussen die demographische Entwicklung der Berufsgruppe der Grundversorger (Fachärzte für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin und für Pädiatrie; Praktische Ärzte).

Zu diesen Faktoren zählen

- a) allgemeine gesellschaftliche Trends (z.B. Werte, Ansprüche an Lebensqualität und Freizeitgestaltung);
- b) politische, gesetzliche und ökonomische Rahmenbedingungen (z.B. KVG-Revision, Zulassungsstopp, Arbeitsgesetz, Einkommensentwicklung);
- c) Trends, welche die gesamte Medizin betreffen (z.B. Feminisierung, zunehmende Spezialisierung, Interdisziplinarität);
- d) Charakteristika der Grundversorger selbst (z.B. Altersstruktur, ungenügende Verankerung in Lehre und Forschung, ungenügende Form der Weiterbildung).

Aufgrund der lückenhaften Datenlage kann der Einfluss dieser jeweiligen Faktoren nicht sicher gewichtet werden. Prognosen können deshalb höchstens für kurze Zeitabstände gestellt werden.

Aus Sorge um die Erhaltung einer quantitativ und qualitativ angemessenen ärztlichen Grundversorgung in der Schweiz, erscheint es dennoch ratsam und vorsichtig anzunehmen, dass das Zusammenwirken aller genannten Faktoren zu einer allgemeinen Entwertung der Hausarztmedizin in der Schweiz führen wird oder teilweise bereits geführt hat.

Aus dieser Sorge heraus empfehlen sich sowohl kurzfristige als auch langfristige Massnahmen, die im Gespräch mit den betroffenen Ärzten erarbeitet und in gegenseitiger Absprache von Bund und Kantonen umgesetzt werden sollen.

Als kurzfristige Massnahmen sollen die offensichtlichsten und für die Grundversorgung spezifischen Fehlentwicklungen angegangen werden. Bisher konnten folgende Probleme identifiziert werden:

- Ungenügende Finanzierung der Praxisassistenten
- Engpässe in der Notfallversorgung

Ebenso dringende, aber für die Grundversorgung nicht spezifische Probleme müssen auf einer anderen Ebene bzw. in einem anderen Kontext angegangen werden (Praxis des Zulassungsstopps, Förderung von Managed Care, neue Praxismodelle).

Durch rasche und fokussierte Massnahmen in diesen Bereichen soll dem allgemeinen Malaise der ärztlichen Grundversorgung die Schärfe genommen werden. Damit könnte auch die Grundlage für eine *sine ira et studio* zu führende Reflexion über langfristige Massnahmen gelegt werden.

Letztlich wird der Trend zur Entwertung der Hausarztmedizin nur durch die Grundversorger selbst umgewendet werden können. Es wird zu den zentralen Aufgaben einer modernen Grundversorgung gehören, dass sie ihre von den Spezialdisziplinen aufgezehrten Kernkompetenzen neu definiert. Es zeichnen sich heute schon Aufga-

ben der präventiven und der prädiktiven Medizin ab, die im Bereich der Grundversorgung angesiedelt werden können.

Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit („public health“) haben Bund und Kantone jedes Interesse, dass eine Aufwertung der Grundversorgung in den Bereichen Ausbildung, Weiterbildung, Praxistätigkeit und Forschung stattfindet. Wo Bund und Kantone es können, werden sie die dazu geeigneten Rahmenbedingungen setzen.

Abbildungen

Abb. 1.

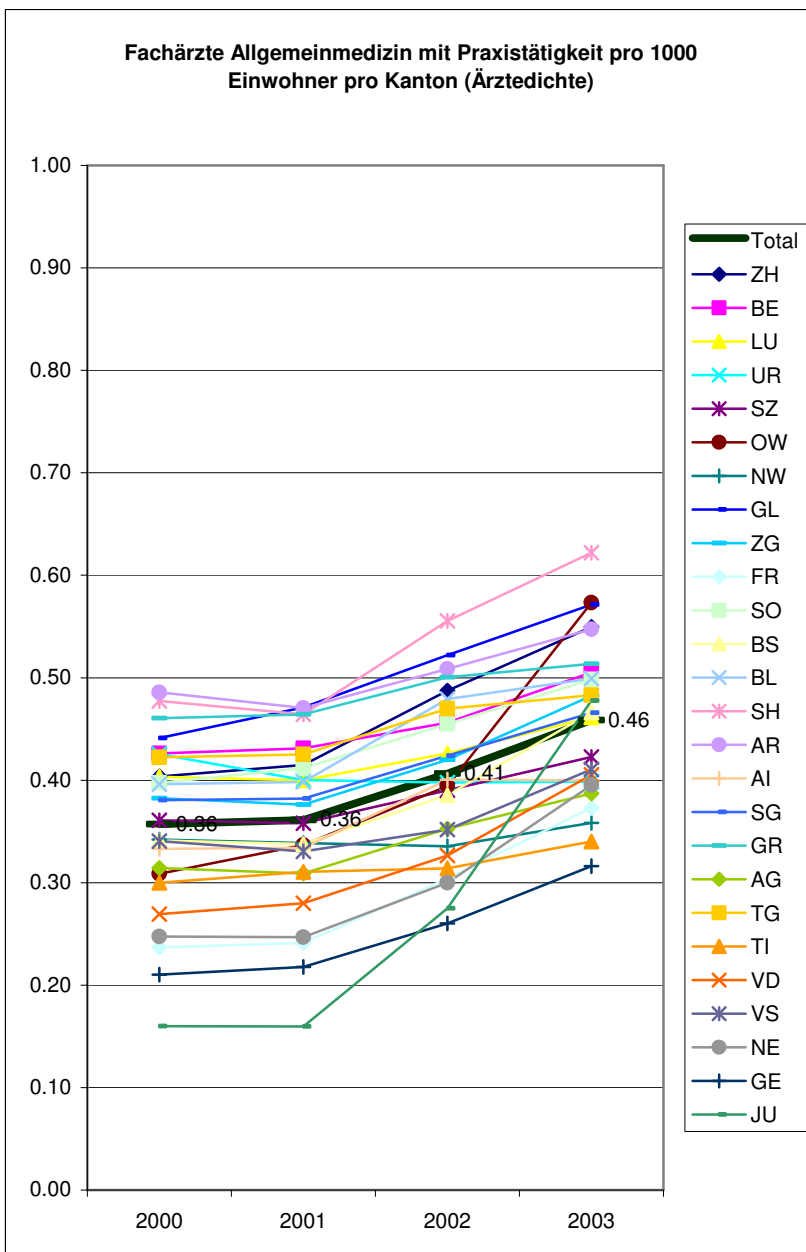
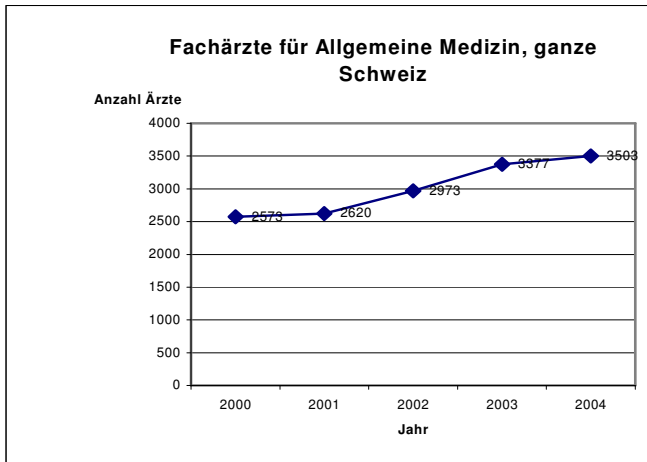


Abb. 2

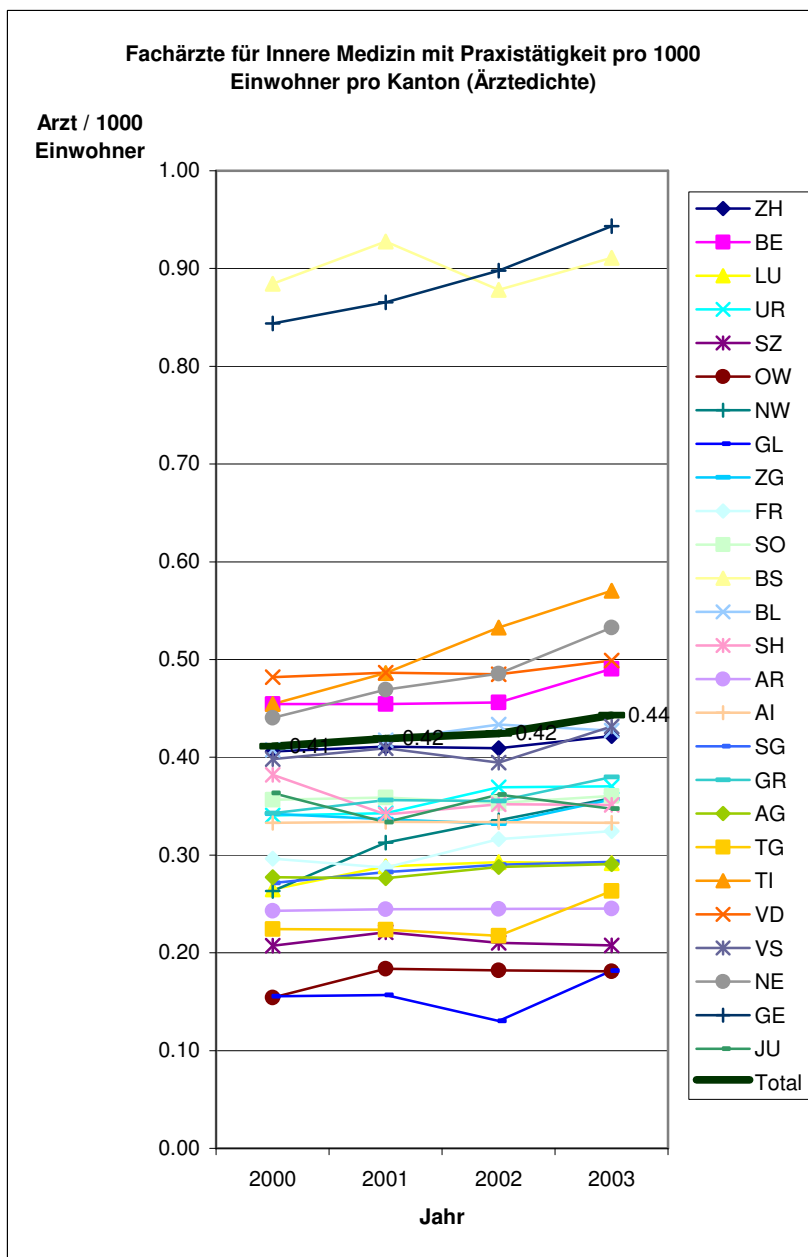
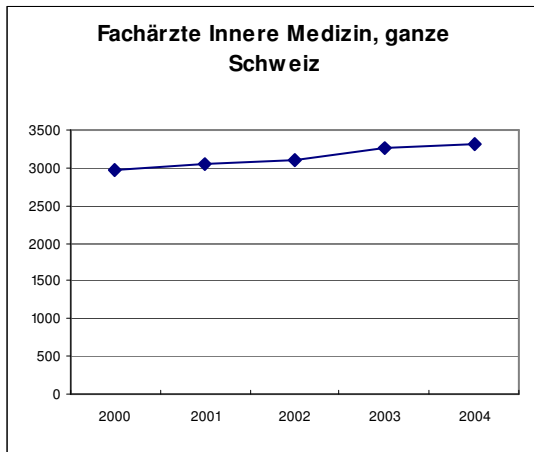


Abb. 3.

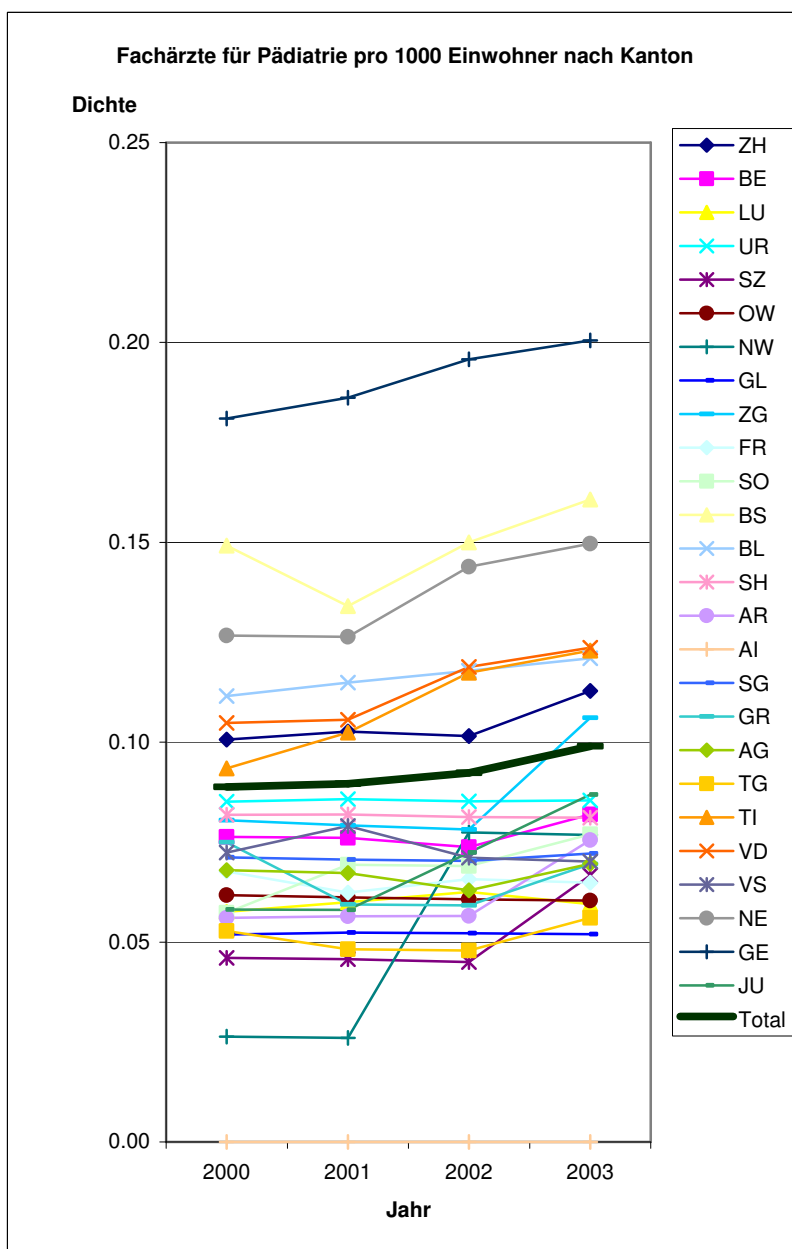
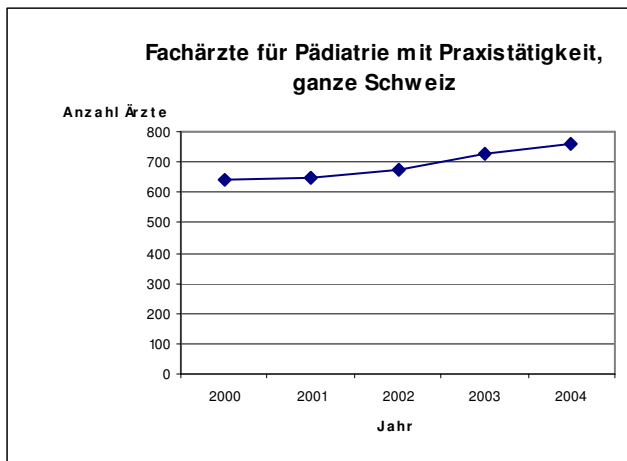
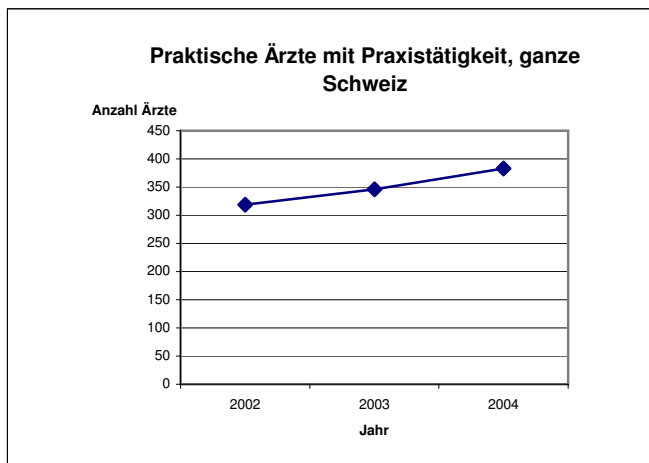


Abb. 4.



Die Kantone Glarus und Uri hatten einen Zuwachs von je 0 auf 1 Arzt.

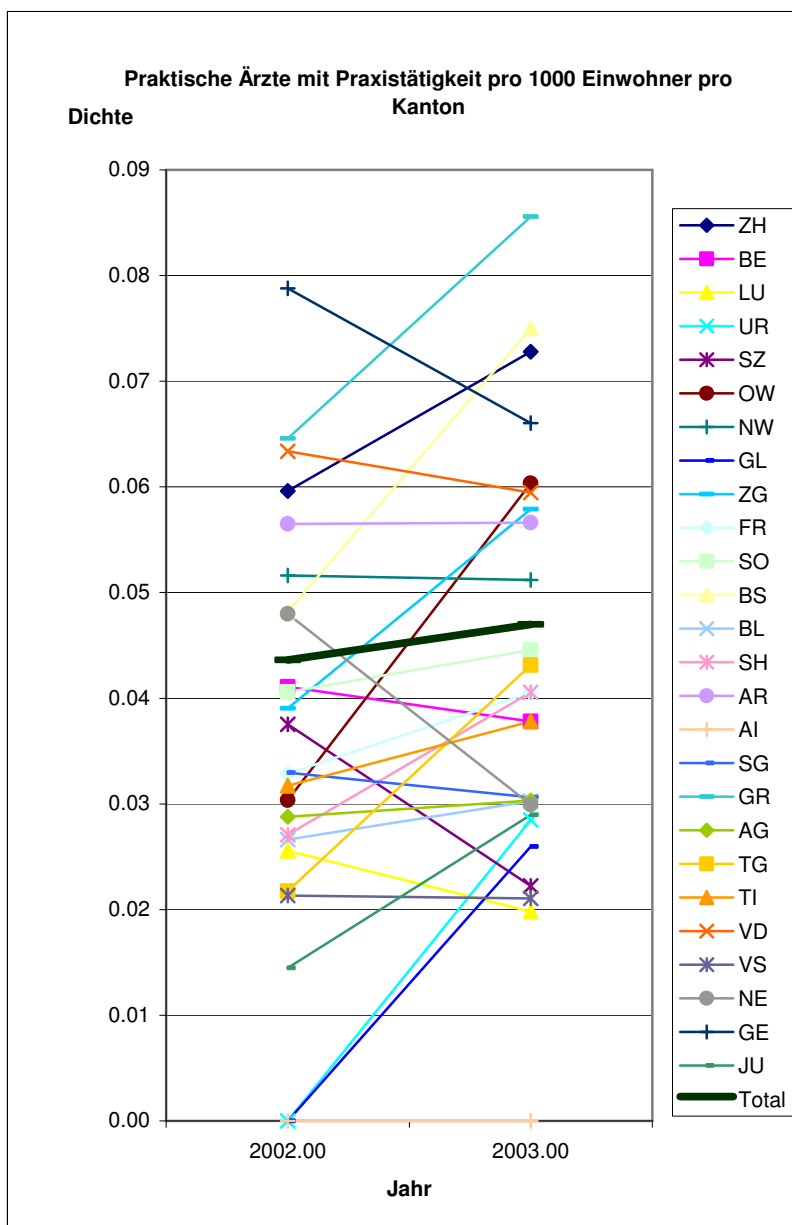


Abb. 5.

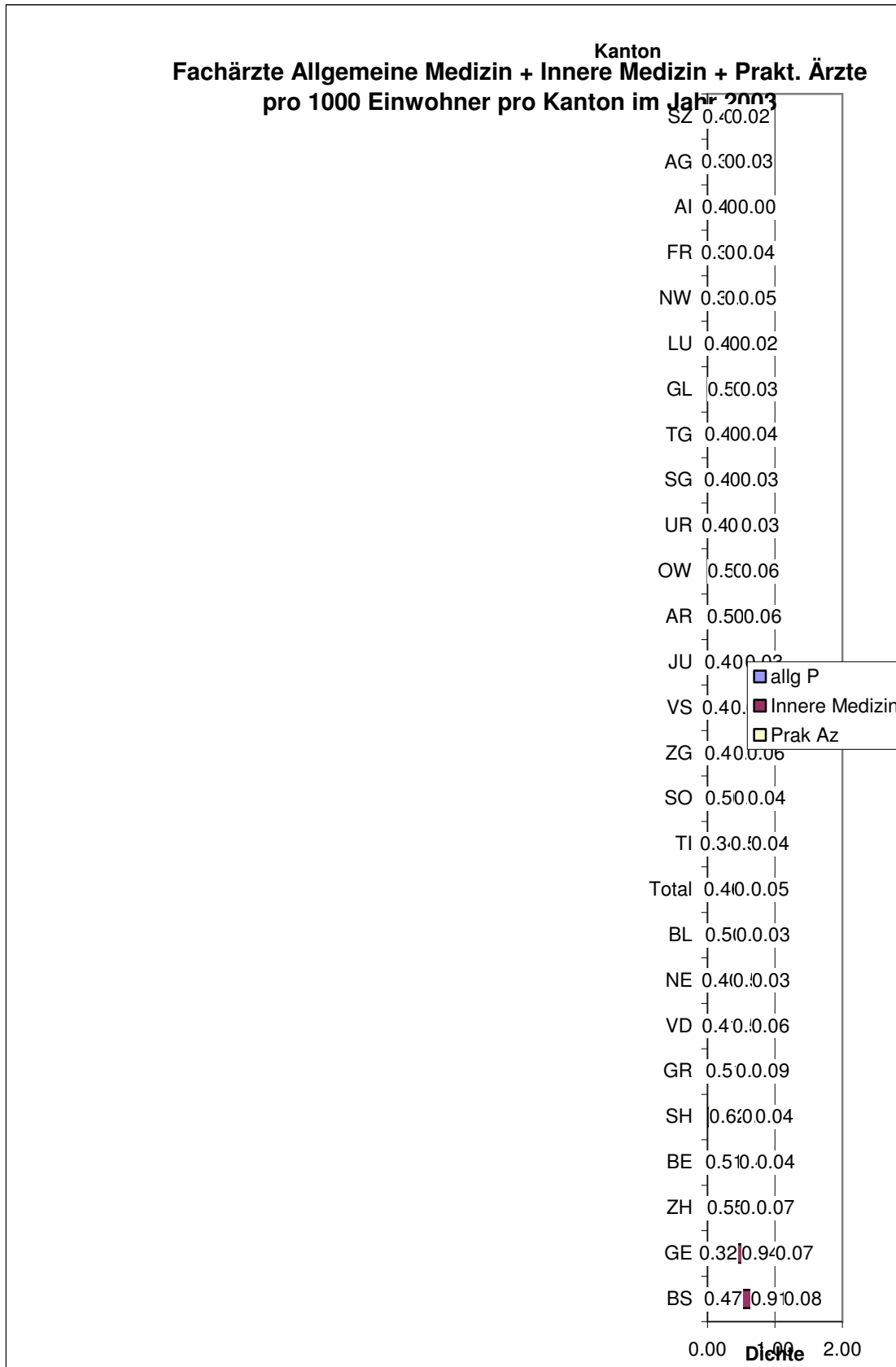


Abb. 6.

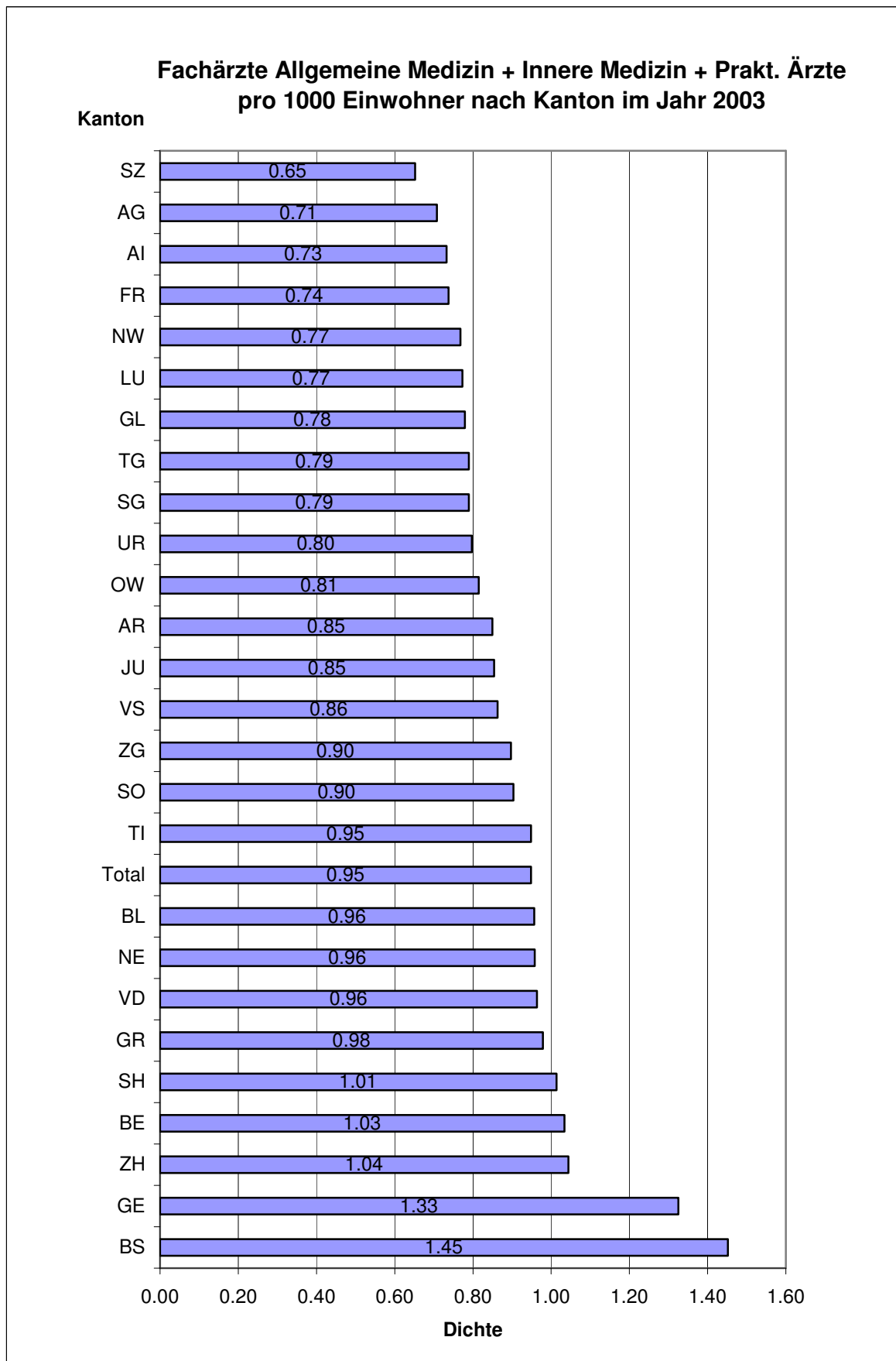


Abbildung 7. Anzahl Studierende der Humanmedizin von 1995 bis 2004.

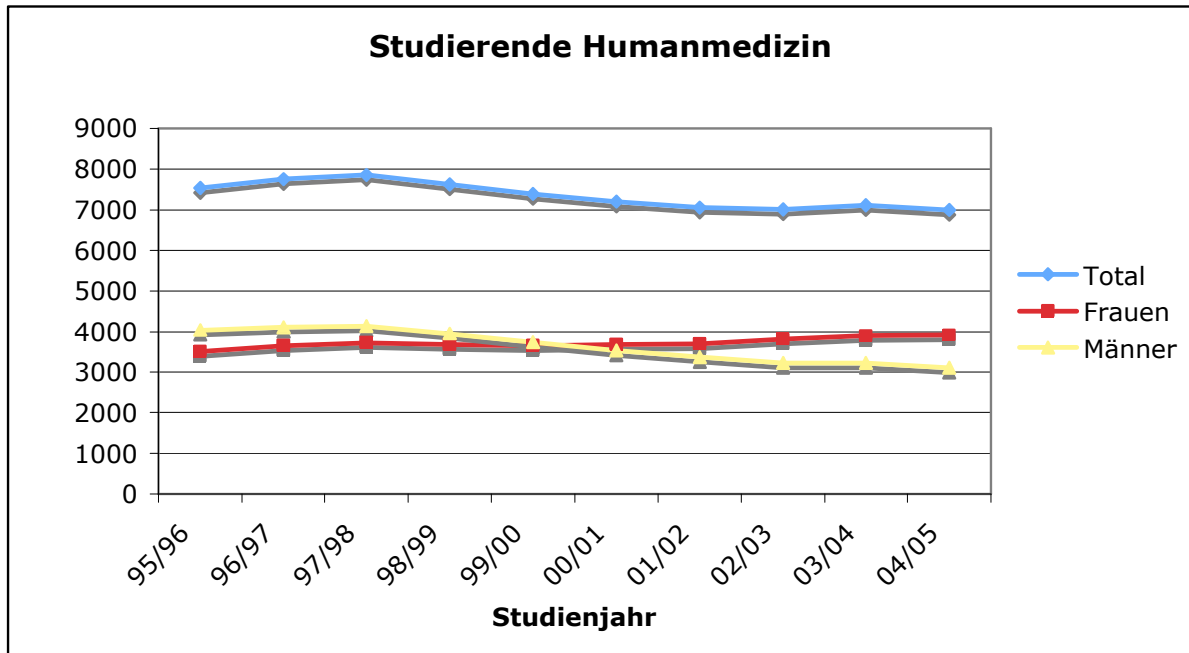


Abbildung 8. Anzahl Studienbeginner Humanmedizin, 1995 bis 2004.

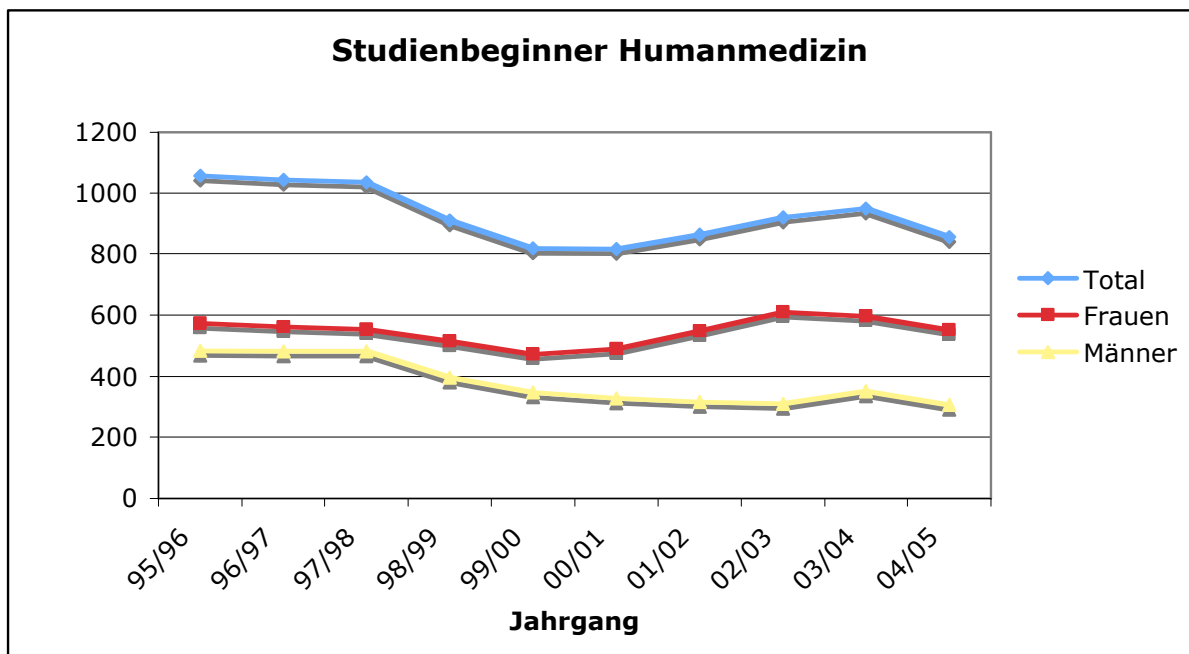


Abbildung 9. Anzahl Studienabschlüsse Humanmedizin, 1995 bis 2004.

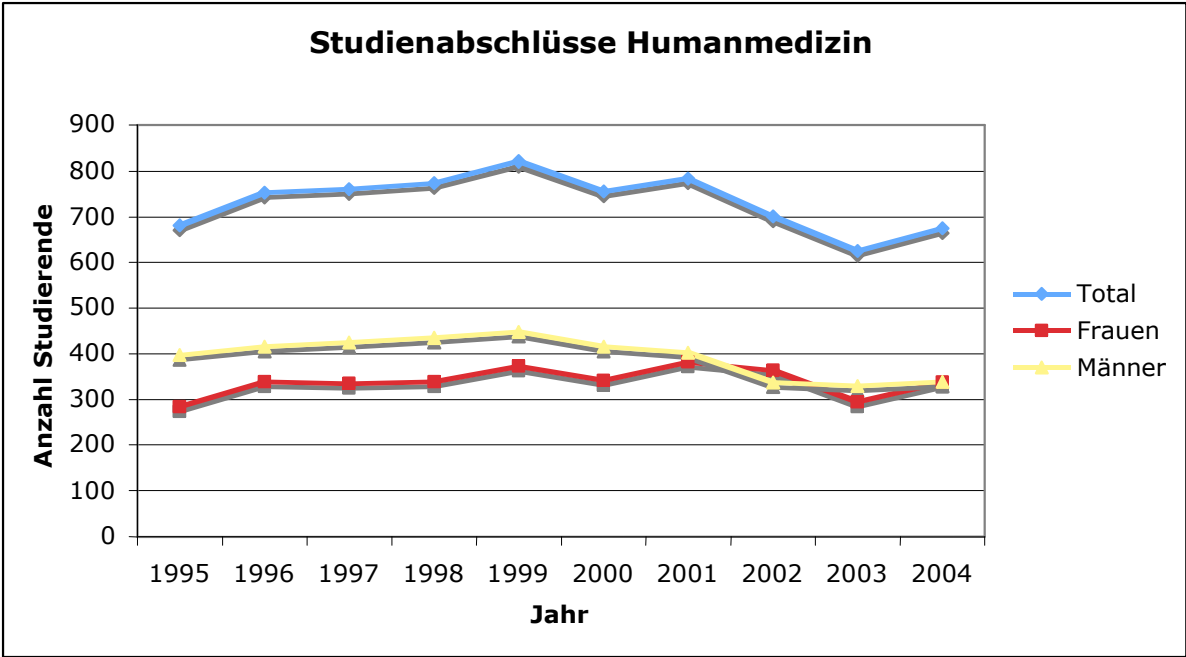


Abbildung 10. Praxiseröffnungen pro Quartal ³⁶

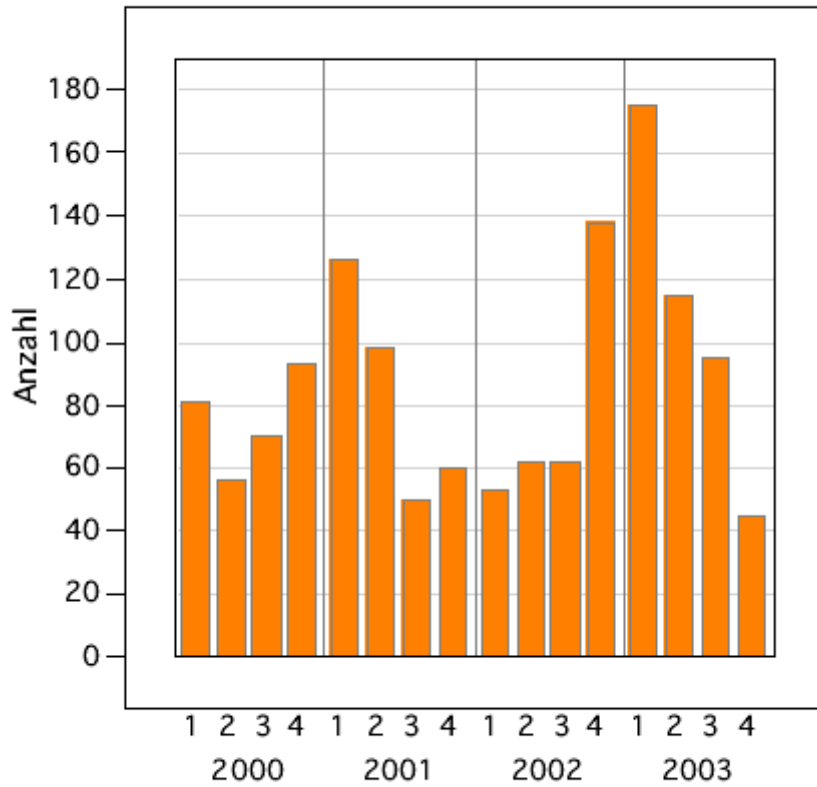
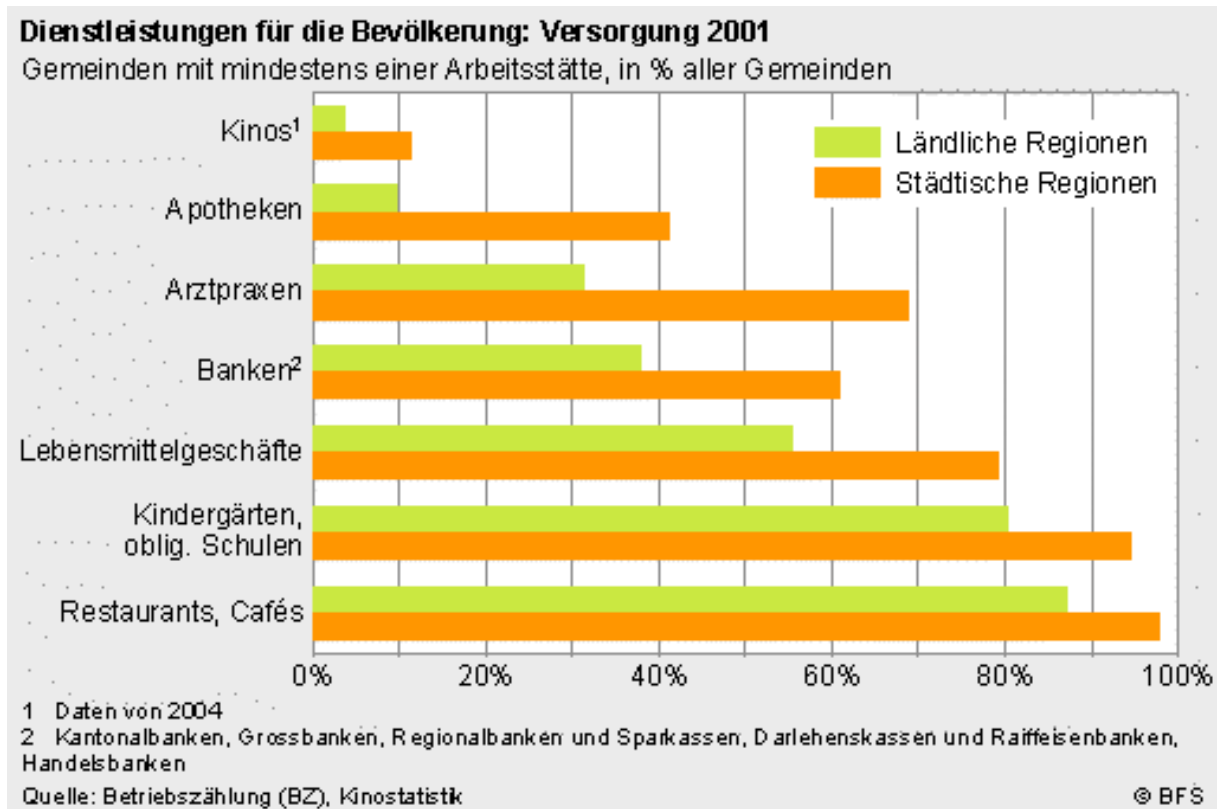


Abbildung 1. Praxiseröffnungen pro Quartal.

³⁶ Marty F, Steinacher A, Geiger P, Castelberg R. Auswirkung des Zulassungsstopps auf die Zahl der Praxiseröffnungen in der Schweiz. PrimaryCare 2004;4(3/4):43-5.

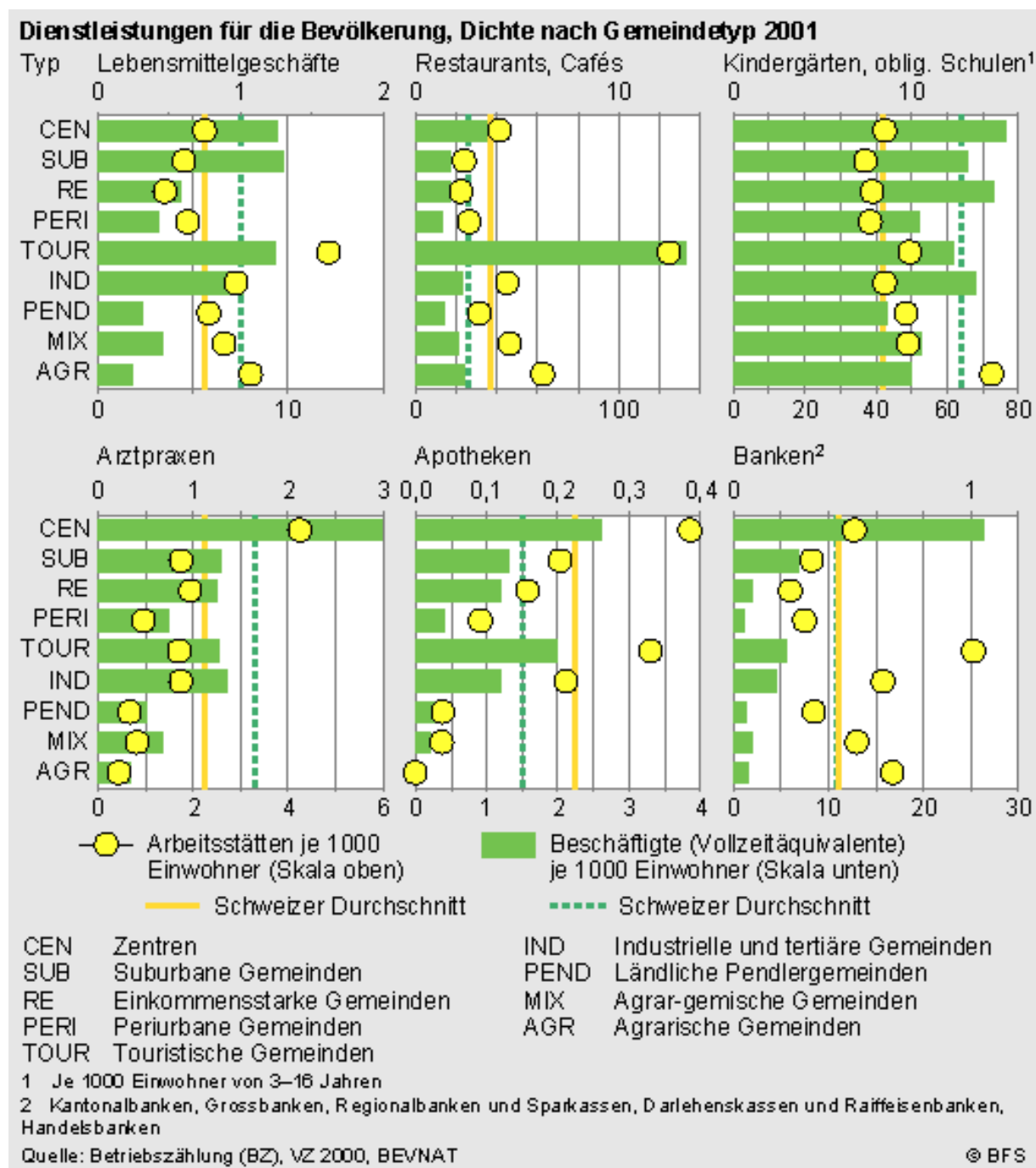
Abbildung 11.



Quelle: BFS³⁷

³⁷http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/regionale_und_internationale/02/blank/01/dienstleistungen_/03.ContentPar.0001.Image.direct.gif/21_3-05-cc_sdb_tg02-dg.gif

Abbildung 12



Quelle: BFS³⁸

³⁸http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/regionale_und_internationale/02/blank/01/dienstleistungen_/04.ContentPar.0001.Image.ContentPartextimage.0.gif/21_3-05-cc_sdb_tg03-dg.gif

Tabellen

Tabelle 1. Anzahl Studierende der Humanmedizin von 1995 bis 2004.

	Jahrgang 95/96		Jahrgang 04/05		Differenz 04/05 - 95/96	
	N	%	n	%	N	%
Total	7538.00	100.00	7002.00	100.00	-536.00	-7.11
Frauen	3493.00	46.34	3905.00	55.77	412.00	11.80
Männer	4045.00	53.66	3097.00	44.23	-948.00	-23.44

Tabelle 2. Anzahl Studienbeginner Humanmedizin, 1995 bis 2004.

	Jahrgang 95/96		Jahrgang 04/05		Differenz 04/05 - 95/96	
	N	%	n	%	N	%
Total	1056	100.00	856	100.00	-200	-18.94
Frauen	573	54.26	551	64.37	-22	-3.84
Männer	483	45.74	305	35.63	-178	-36.85

Tabelle 3. Anzahl Studienabschlüsse Humanmedizin, 1995 bis 2004.

	1995		2004		Differenz 2004 - 1995	
	N	%	n	%	N	%
Total	681	100.00	675	100.00	-6	-0.88
Frauen	284	41.70	337	49.93	53	18.66
Männer	397	58.30	338	50.07	-59	-14.86