

Praxiseröffnungsinsenerate in der Schweizerischen Ärztezeitung von Mitte 1997 bis Ende 2004

Teil 2 – Die Anzahl Hausärzte im Kontext anderer Daten¹

In Teil 1 [1] unserer Zusammenstellung haben wir die Praxiseröffnungen aller Ärzte dokumentiert und unsere Zahlen mit denjenigen der FMH und santésuisse verglichen. In Teil 2 fokussieren wir auf die Hausärzte und diskutieren die Zahlen im Kontext der Grössen «Hausarzt-dichte», «Angebot an Hausarztpraxen» und «Altersverteilung».

Dans le premier article (paru dans le numéro précédent de PrimaryCare) nous avons exposé les chiffres sur les ouvertures de cabinets médicaux (toutes spécialités) et comparés ceux-ci à ceux de la FMH et de santésuisse. Dans cette deuxième partie, nous nous concentrons sur la médecine de premier recours et nous discutons des chiffres concernant la densité des médecins de premier recours, le marché de l'offre des cabinets de premier recours et la répartition par tranches d'âge.

Das Hausarztpraxen-Angebot und die Zahl neu praktizierender Hausärzte

Das Hausarztpraxen-Angebot in der Schweizerischen Ärztezeitung (SÄZ) widerspiegelt die Marktsituation für Hausärzte vermutlich am genauesten.

Wir untersuchten in einer früheren Arbeit die Anzahl der Praxisofferten-Insenerate in der SÄZ. Im Jahre 2002 fanden wir 218 [2], im Jahre 2003 214 Praxisofferten für Hausärzte (nicht publiziert). Diesen Offerten standen im Jahre 2002 162 und im Jahre 2003 163 neu praktizierende Hausärzte gegenüber (Abb. 1). Die Zahl

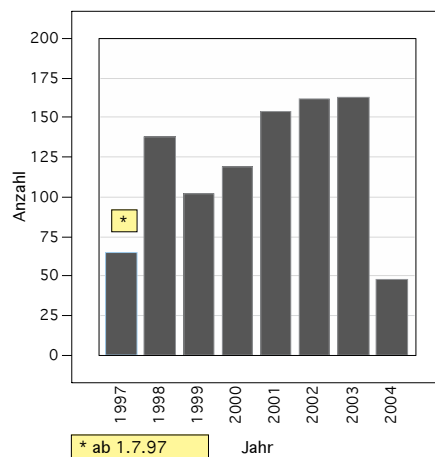


Abbildung 1.

Neu praktizierende Hausärzte.

der Hausarztpraxen-Angebote liegt also deutlich höher als die Zahl der neu praktizierenden Hausärzte.

Für das Jahr 2004 zeigt sich eine spezielle Situation: Der Zuwachs war mit 48 Hausärzten sehr bescheiden (Abb. 1). Viele Hausärzte, welche einen Übertritt in die Praxis auf 2004 planten, zogen es vor, noch 2002 oder 2003 unter altem Recht zu eröffnen.

Auf der Seite des Angebotes fanden wir in einer ersten Sichtung der Praxisofferten des Jahres 2004 keinen offensichtlichen Einbruch in der Anzahl der Angebote. Das nach wie vor grosse Angebot an Hausarztpraxen spricht für einen Hausarztmangel.

Die Hausarzt-dichte in der Schweiz

Verlässliche Daten zur Hausarzt-dichte in der Schweiz existieren nicht. Die Daten der FMH und der santésuisse weisen vermutlich massiv zu hohe Ärztezahlen aus. Auch das schweizerische Gesundheitsob-

servatorium (OBSAN) stützt sich in seiner Zusammenstellung auf die Datengrundlage der FMH [3]. Wir übernehmen hier für unsere weiteren Überlegungen trotzdem die Zahlen der OBSAN, da diese auch von der OECD für internationale Vergleiche verwendet werden.

OBSAN gibt den Bestand an Hausärzten in der Schweiz mit 4800 oder 0,66 Hausärzten/1000 Einwohner an. Zum Vergleich: Nach Angaben der OECD [4] schwankt die Hausarzt-dichte in europäischen Ländern zwischen 0,25 (Griechenland) und 1,6 (Frankreich) Hausärzten/1000 Einwohner; für Kanada wird die Hausarzt-dichte mit 1 Hausarzt/1000 Einwohner angegeben. Die Schweiz liegt somit mit ihren Zahlen im unteren Drittel der europäischen Vergleichsländer, eine ähnliche Hausarzt-dichte weisen Dänemark, Grossbritannien und Portugal auf.

Was bedeutet die Zahl von 4800 aktiven Hausärzten für die Grösse des Hausarzt-nachwuchses? Um diesen heutigen Stand an Hausärzten in einem «steady-state» zu halten, müssten jährlich 160 Hausärzte neu in die Praxis eintreten (bei Annahme einer mittleren Praxisverweildauer von 30 Jahren). Diesem Bedarf stehen in der Zeitperiode der letzten 7 Jahre lediglich 127 Praxiseröffnungen pro Jahr gegenüber.

Um eine Hausarzt-dichte wie in Kanada, mit seinem hausarztbasierten und kostengünstigen Gesundheitswesen, zu erreichen, stiege der jährliche Bedarf sogar auf 240 neu praktizierende Hausärzte.

¹ Der erste Teil dieses Artikels ist im Heft 20 von PrimaryCare erschienen.

Die Altersverteilung bei den Fachärzten Allgemeinmedizin FMH

Eine wichtige Grösse für die Beurteilung des zukünftigen Bedarfes an Hausärzten ist die Altersverteilung der heute aktiven Grundversorger. Für einen Teil der Hausärzte, die Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM), ist diese bekannt. Abbildung 2 zeigt die Anzahl der 35–65jährigen SGAM-Mitglieder pro Jahrgang (n = 3255).

Mit 185 Mitgliedern am stärksten vertreten ist der Jahrgang 1950, die Jahrgänge 1956 bis 1948 zeigen alle einen Bestand von über 140 Mitgliedern. Ab Jahrgang 1961 sank die Mitgliederzahl unter 100, ab Jahrgang 1965 ist die Zahl kleiner als 60, bei den neu eintretenden ist mit 50 Mitgliedern ein Tiefststand erreicht. Aus der Abbildung sind die Auswirkungen dieser schiefen Verteilung sofort ersichtlich: Bei gleichbleibendem Nachwuchs werden schon in 2 Jahren die in Pension gehenden Mitglieder nicht mehr ersetzt werden können. In 10 Jahren kann der Nachwuchs nur noch einen Drittel der dannzumaligen Pensionäre ersetzen. In absoluten Zahlen: In 10 Jahren werden 1106, in 15 Jahren 1927 der heutigen SGAM-Mitglieder das Pensionsalter erreicht haben. Bei gleichbleibendem Nachwuchs von 50 Mitgliedern pro Jahr würden in 10 Jahren 600, in 15 Jahren knapp 1200 Mitglieder fehlen!

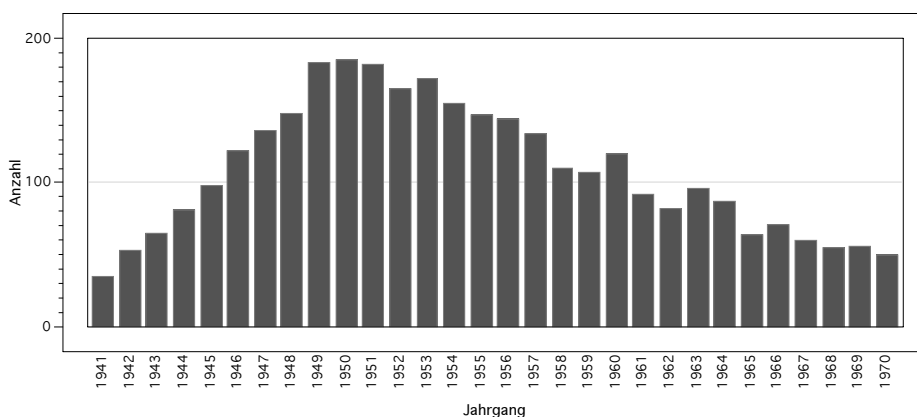


Abbildung 2. Mitglieder Schweiz. Gesellschaft für Allgemeinmedizin pro Jahrgang.

Arbeitsmodelle und gesundheitspolitische Situation

Die sich wandelnden gesellschaftlichen Realitäten wie die Feminisierung der Medizin, das Aufkommen neuer Arbeitsmodelle und der Wunsch nach flexibleren Berufskarrieren werden den Mangel an Hausärzten noch zusätzlich verschärfen. Eine Waadtländer Studie [5] zeigte, dass Frauen im Jahre 2003 durchschnittlich ein 70%-Pensum absolvierten und das Pensum bei den Männern im Schnitt über 90% betrug. Eine Umfrage der Ärztesgesellschaft Zürich über die Situation der Hausarztmedizin im Kanton Zürich zeigt, dass gut ein Viertel aller frei praktizierenden ÄrztInnen heute teilzeitlich tätig sind [6].

Die Auswirkungen der neuen Arbeitsmodelle und der Feminisierung lassen sich kaum abschätzen. Möglicherweise bringt die Revision des Zahlstellenregisters bessere Daten [7].

Die gesundheitspolitischen Realitäten beeinflussen die Attraktivität der Hausarztmedizin. Insbesondere die Diskussionen um die Einführung der Vertragsfreiheit, im sonst starr geregelten Gesundheitssystem, verunsichern. Die unklaren Modalitäten bei Vertragsabschlüssen unter einer Vertragsfreiheit, wie die Dauer der Verträge, die Zahl der Vertragspartner oder die Bedingungen für die Vertragswürdigkeit der Ärzte machen einen Einstieg in die freiberufliche Praxis zu einem nicht kalkulierbaren Risiko.

Es wird in diesem Zusammenhang von seiten der Politik und der Kassen nicht wahrgenommen, dass der Entscheid, eine Praxis zu eröffnen, für einen Hausarzt eine definitive Wahl der beruflichen Laufbahn bedeutet – alternative Erwerbsmöglichkeiten sind im Verlaufe der Hausarzlaufbahn praktisch kaum möglich. Ebenso wird die finanzielle Verpflichtung in der Grössenordnung von einer halben Million Franken, was zu einer Verschuldungsdauer von durchschnittlich 12 Jahren führt [8], zu wenig zur Kenntnis genommen.

Viele Ärzte in Weiterbildung wollen die Risiken einer freiberuflichen Tätigkeit nicht mehr eingehen oder können eine solche nicht mehr starten, weil die Banken nicht bereit sind, die Kredite zu sprechen. Sie werden vermehrt eine Spezialisierung wählen und eine Erwerbsmöglichkeit im sicheren stationären Sektor suchen. Im ambulanten Bereich wären Modelle gefragt, welche kein finanzielles Engagement erfordern (unselbstständiger Erwerb) und/oder Teilzeitengagements ermöglichen. Die bis anhin von den Freiberuflern finanzierten Strukturen der ambulanten Medizin (Praxis, Angestellte, Apparaturen) müssten von dritter Seite finanziert werden.

Ausblick

Wie Monnier in seiner Umfrage für die Westschweiz schon gezeigt hat [9], wird der viel zu geringe Nachwuchs an jungen Hausärzten durch die stark vertretenen Jahrgänge vorerst kaschiert. Dies ist insofern eine unglückliche Situation, als der aktuell erst moderat spürbare Mangel noch gar nicht zu einem entschlossenen Handeln zwingt. Ein solches wäre aber dringend angezeigt, da – wegen der langen Aus- und Weiterbildungszeit – jetzt Massnahmen eingeleitet werden müssen, um den drohenden schweren Mangel an Hausärzten in 10 Jahren abzuwenden. Es gälte jetzt, die Ärzte in Aus- und Weiterbildung für den Hausarztberuf zu motivieren und zu überzeugen.

Das Berufsfeld des Hausarztes muss ganz entschieden an Attraktivität gewinnen!

Die verbalen Bekenntnisse von Politikern und Kassen reichen nicht. Gefragt ist eine Förderung der Hausarztmedizin in der Ausbildung, während der Weiterbildung und in der Praxis:

■ Die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Fach Hausarztmedizin sind, im Gegensatz zu allen andern Fachrichtungen, rudimentär. Der Student und der junge Arzt werden die Fachrichtung Hausarztmedizin nur aktiv wählen, falls von den medizinischen Fakultäten auch eine spezifische Aus- und Weiterbildung angeboten wird, wenn Hausarztmedizin auch in der praktischen Arbeit erlernt werden kann (wie für jedes andere Fachgebiet üblich) und wenn Studenten und Ärzte in Weiterbildung genügend intensiv mit Hausärzten in Kontakt kommen und diese als Vorbilder erfahren können.

Aktuell ist die Hausarztmedizin an den Universitäten ungenügend vertreten, die Gründung des Institutes für Hausarztmedizin in Basel im März dieses Jahres ist allerdings ein Lichtblick; das hausärztliche «Handwerk» muss in der Regel nach dem Übertritt in die Praxis, meist alleine, autodidaktisch und wenig effizient erworben werden. Eine praxisnahe Weiterbildung, die 3–6monatige Praxisassistenten [10], kann, wenn überhaupt, nur mit eigenen Finanzierungsmethoden absolviert werden. Ein Unikum in der medizinischen Weiterbildung!

■ Die gesundheitspolitischen Vorgaben wären soweit zu klären, dass der zukünftige freiberufliche Hausarzt weiss, worauf er sich einlässt. Die Diskussion um die Vertragsfreiheit, lanciert vor über 5 Jahren, verunsichert zunehmend.

■ Die historisch gewachsene, institutionell kaum abgestützte Hausarztmedizin hat auch ein strukturelles Defizit: Die

Möglichkeiten einer hausärztlichen Laufbahn beschränken sich praktisch ausschliesslich darauf, sich mit 35 Jahren für den Rest des Lebens für einen Praxisstandort zu entscheiden. Das sind Berufsaussichten, welche viele Jungärzte von heute abschrecken. Den Hausärzten müssen deshalb, neben der freiberuflichen Berufsausübung, alternative Arbeitsmodelle angeboten werden.

Hausärztliche Berufsausübung sollte auch unabhängig vom Führen eines Kleinbetriebes möglich sein.

■ Von den Hausärzten sind grosse Vorleistungen in Qualitätsentwicklung (z.B. Balint-Gruppen, Qualitätszirkel, Qualitätskontrollmassnahmen), in der Umsetzung des Tarmed, im Datenschutz getätigt worden. Das Nichtwahrnehmen dieser Aktivitäten, vor allem auch im Verbund mit apodiktisch vorgetragenen, nicht zu erfüllenden Forderungen (z.B. [11]), führt zu einem zunehmend ratlosen und schlechten Berufs-Klima.

Schlussfolgerungen

Verlässliche Daten zur Anzahl der aktiven Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz existieren keine, das OBSAN publiziert eine Zahl von 4800. Die durchschnittlich 127 neu praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte pro Jahr decken nur ca. drei Viertel des Bedarfs, möchte man die heutige Hausarztichte aufrechterhalten. Die ungünstige Altersverteilung der Hausärzte kaschiert den seit Jahren schon zu schmalen Nachwuchs. Ohne gezielte Förderung und Unterstützung der Hausarztmedizin droht in 10–15 Jahren ein massiver Hausarztmangel.

Die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Fach Hausarztmedizin sind den anderen Fachrichtungen gleichzustellen. Es sind Strukturen zu schaffen, welche eine Berufsausübung auch ohne finanzielle Investitionen ermöglichen.

Literatur

- 1 Marty F. Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Ärztezeitung von Mitte 1997 bis Ende 2004. *PrimaryCare* 2005;5:455–8. (Heft 20).
- 2 Marty F. Praxisofferten-Inserate in der Schweizerischen Ärztezeitung im Jahre 2002. *PrimaryCare* 2003;3:418–20. <http://www.primary-care.ch/pdf/2003/2003-22/2003-22-082.pdf>.
- 3 OBSAN Datengrundlage. http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/5_1_2/2002/d/512.pdf
- 4 The OECD Health Project Towards high-performing health systems. http://www.oecd.org/departement/0,2688,en_2649_34629_1_1_1_1_1,00.html S174
- 5 Decrey Wick H, Horn T, Avigdor L, Baumgartner JD, Criblez C, et al. Application de la clause du besoin dans le canton de Vaud: des chiffres erronés ont des conséquences graves pour la médecine de premier recours. *PrimaryCare* 2005;5:414–8.
- 6 Umfrage der Ärztesgesellschaft Zürich über die Situation der Hausarztmedizin im Kanton Zürich. <http://www.aerzte-zh.ch/content/deu/documents/d200503301640139524.pdf>.
- 7 Revision des Zahlstellenregisters: Mehr Informationen, verbesserte Einteilung. *infosantésuisse* 1–2/2005.
- 8 Mitteilung FMH.
- 9 Monnier M. Médecin de premier recours: pénurie ou pléthore? Etat des lieux et devenir. <http://www.primary-care.ch/pdf/2004/2004-40/2004-40-320.pdf>.
- 9 mündliche Mitteilung FMH.
- 10 Schläppi P. Praxisassistent: lehrreich und beliebt. *PrimaryCare* 2004;4:822–7. <http://www.primary-care.ch/pdf/2004/2004-42/2004-42-368.pdf>.
- 11 Medizinische Qualität braucht Transparenz und Anreize. https://www.santesuisse.ch/icms/publinhalte/uploads/de_leitartikelqualitaet.pdf.