

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

KR-Nr. 12/2005

Sitzung vom 12. April 2005

523. Anfrage (Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte im Kanton Zürich)

Kantonsrätin Erika Ziltener, Zürich, und Kantonsrat Peter Schulthess, Stäfa, haben am 24. Januar 2005 folgende Anfrage eingereicht:

Immer mehr Regionen in der Schweiz müssen ohne Hausärztin oder Hausarzt auskommen. An einer Fachtagung wurde festgehalten, dass auch im Kanton Zürich Regionen ohne Hausärztin oder Hausarzt auskommen müssen und künftig mit einer weiteren Verknappung und damit Unterversorgung zu rechnen sei. Sollte dies der Fall sein, muss das verhindert werden und die Grundversorgung muss auf verschiedenen Ebenen aufgewertet werden. Die Stärkung und Aufwertung der Grundversorgung bzw. der Hausärztin oder des Hausarztes ist im Curriculum zur medizinischen Ausbildung festgehalten und soll bis 2009 in der universitären Ausbildung umgesetzt sein.

Wir bitten den Regierungsrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie viele Hausärztinnen und Hausärzte sind im Kanton Zürich seit 2000 und insbesondere im 2004 bzw. 2005 tätig?
2. Wie verhält sich der Ist- zum Soll-Zustand?
3. Auf welcher Planungsgrundlage basiert der Soll-Zustand?
4. Sind dem Kantonsärztlichen Dienst Hausärztinnen und Hausärzte bekannt, die keine Nachfolge finden? Hat es im Kanton Zürich Regionen mit Unterversorgung? Wenn ja, welche? Ist die Notfallversorgung durch die Hausärztinnen und Hausärzte gewährleistet?
5. Falls Frage vier mit ja beantwortet werden muss, stellen sich folgende Anschlussfragen: Ist die Unterversorgung als mögliches Problem bekannt? Werden Massnahmen dagegen ergriffen? Welche Massnahmen werden ergriffen?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Erika Ziltener, Zürich, und Peter Schulthess, Stäfa, wird wie folgt beantwortet:

Im Gegensatz zur stationären Krankenversorgung, welche bedingt durch die kantonale Gesundheitsgesetzgebung und ab 1998 durch das eidgenössische Krankenversicherungsgesetz (KVG; SR 832.10) – mit Ausnahme der nicht subventionierten Privatspitäler – Staatsbeiträge

erhält und welche damit schon über Jahre in eine Spitalplanung eingebunden ist, wird der ambulante Bereich und insbesondere die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung im Wesentlichen nur gesundheitspolizeilich geregelt. Auf eine kantonale bzw. regionale Bedarfsplanung mit Angaben über die Anzahl notwendiger Praxen wurde bisher bewusst verzichtet. Es bestand und besteht lediglich die Möglichkeit, bei einer dokumentierten Unterversorgung im Sinne eines Notstandes von der Anwendung bestimmter Zulassungsvoraussetzungen (z. B. Zulassung eines gleichwertigen anderen Arztdiploms) abzusehen. Als Grundlage für solche Entscheide würden bei einer konkreten Fragestellung zum einen die Beurteilungen der entsprechenden kantonalen ärztlichen Fachgesellschaften, der Ärztesgesellschaft sowie der betroffenen Gemeinden beigezogen. Die Stellungnahmen würden sodann zum anderen auf ihre Plausibilität geprüft und an der Erreichbarkeit (z. B. Verkehrswege) sowie an der Auslastung übriger ärztlicher Leistungsanbieter in der Region bzw. im Kanton gemessen. Seit Anfang der 80er-Jahre bis heute mussten im Kanton Zürich keine Ausnahmegewilligungen wegen eines Notstandes in einem ärztlichen Fachgebiet mehr erteilt werden. Daran hat bis anhin auch der Zulassungsstopp nichts geändert, weil weiterhin die Übernahme von Praxen durch Nachfolgerinnen oder Nachfolger grundsätzlich gewährleistet ist und die Zahl der unter den rechtlichen Bedingungen vor dem Zulassungsstopp mit direkter Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erteilten Bewilligungen in den letzten drei Jahren wie erwartet noch deutlich zugenommen hat. Zudem hat sich bei einer Kreditvergabe der Banken für eine Praxiseinrichtung die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit als ein privatwirtschaftliches Instrument herausgebildet, wobei die Bank eine Schätzung des erwarteten Patientenaufkommens und der erwarteten Einnahmen vornimmt.

Mit der Einführung eines Zulassungsstopps gewann die Bedarfsplanung auch im ambulanten Bereich an staatlichem Interesse. Es zeigte sich aber, dass eine solche Planung im Gegensatz zum stationären Bereich wesentlich komplexer und anspruchsvoller ist. Nach wie vor herrscht grundsätzliche Uneinigkeit unter den Experten über die Zweckmässigkeit einer solchen Planung. Dies bestätigte sich zum einen in den Vorabklärungen des Bundes zum Zulassungsstopp und der fortgesetzten Diskussion auf nationaler Ebene in den Revisionsbemühungen des KVG in dieser Sache sowie in der im Oktober 2004 erschienenen Schrift «Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung» von Stefan Spycher, herausgegeben vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium. Darin werden aber die Notwendigkeit einer auf nationaler Ebene geführten Statistik der ambulanten Versorgung

für differenzierte regionale Aussagen hervorgehoben und auch mit Blick über die Landesgrenzen Empfehlungen formuliert. Die Gesundheitsdirektion prüft selber in einer internen Arbeitsgruppe Möglichkeiten einer ambulanten Leistungsplanung.

Die im Folgenden aufgeführten Zahlen beruhen zum einen auf den gesundheitspolizeilich erhobenen Daten der Bewilligungen der Gesundheitsdirektion und zum andern auf eine Stellungnahme der Ärztesgesellschaft (AGZ). In beiden Erhebungen wurden diejenigen Titelträger bzw. Titelträgerinnen, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit eine hausärztliche Praxis betreiben (Praktischer Arzt/Praktische Ärztin, Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin, Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin) berücksichtigt. Allfällige spezialärztliche Praxen innerhalb dieser Titelbezeichnungen werden kompensiert durch allgemeinärztliche Praxen von Titelträgern bzw. Titelträgerinnen anderer Disziplinen (z. B. Facharzt/Fachärztin für Chirurgie, Facharzt/Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe usw.). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die vom Bund vorgesehene Verlängerung des Zulassungsstopps ab Mitte 2005 einer Änderung der Verordnung des Bundesrates über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der OKP (SR 832.103) bedarf; insbesondere müssen neue Regelungen bei Nichtaufnahme der Praxistätigkeit trotz vorliegender Bewilligung erlassen werden, welche je nach Inhalt neben der verstärkten administrativen Tätigkeit eine zunehmende Abwanderung von Bewilligungsinhabern und -inhaberinnen aus den Spitälern in die Praxis mit der Folge eines ausländischen Nachzugs in die Spitäler bewirken könnten. Der Kanton Zürich muss nach erfolgter Änderung der Verordnung des Bundesrates auch die kantonalzürcherische Einführungsverordnung je nach Bedarf anpassen.

Zu Frage 1:

Von den rund 3800 gesundheitspolizeilich erteilten, uneingeschränkten Berufsausübungsbewilligungen (Praxisbewilligungen), welche auch zur OKP zugelassen sind, entfallen im März 2005 knapp 2000 auf hausärztliche Titelträger bzw. -trägerinnen. Ausgehend von einer Ende 2000 vorliegenden Gesamtbewilligungszahl von 3400 kann angenommen werden, dass der Anteil von hausärztlichen Titelträgern bzw. -trägerinnen 2000 bei etwa 1700 lag. Seit der Einführung des Zulassungsstopps im Juli 2002 wurden insgesamt 278 neue Bewilligungen im fraglichen Titelträgerbereich erteilt. Diese Zahlen sind insofern zu relativieren, als sie zum einen nichts über den Tätigkeitsumfang bzw. die Benutzung der Bewilligung aussagen und sie zum anderen auch die Ärzteschaft aus den Spitälern mit Berechtigung zur privatärztlichen Tätigkeit umfassen.

Aussagekräftiger sind damit die von der AGZ aktuell erhobenen Zahlen. Bei einer Gesamtzahl aktiver frei praktizierender Mitglieder von 2734 fallen 1432 unter die hier hauptsächlich interessierenden hausärztlichen Praxen (im Detail: Facharzttitel Allgemeine Medizin 638, Facharzttitel Innere Medizin 462, Weiterbildungstitel Praktischer Arzt 206 sowie Facharzttitel Pädiatrie 126). Davon sind 410 Personen teilzeitlich tätig. Da eine sehr kleine Anzahl von Hausärztinnen und Hausärzten nicht Mitglieder der AGZ sind, liegen die tatsächlichen Zahlen wohl leicht über den angegebenen Werten der AGZ. Weiter ist noch auf die im Kanton Zürich seit 1998 mögliche Anstellung von Ärzten bzw. Ärztinnen in einer Praxis hinzuweisen. Diese fallen nicht unter den Zulassungsstopp. Die Anstellungszahlen haben sich dementsprechend auch gesamthaft alle Bereiche umfassend von 57 im Jahr 2001 auf heute 133 deutlich erhöht.

Zu Fragen 2 und 3:

Wie in der Einleitung schon dargelegt, gibt es keine umfassende Bedarfsplanung im ambulanten Bereich. Der Bund hat zwar mit der Einführung des Zulassungsstopps im Anhang zur Verordnung Sollzahlen, welche auf dem Register der santésuisse beruhen, erlassen; gleichzeitig hat er aber auf den grundsätzlichen Planungsmangel dieser Zahlen hingewiesen, und die santésuisse selber hat die Zahlen für kaum brauchbar bezeichnet. Für den Kanton Zürich wurden sie wie folgt festgelegt: Facharzttitel Allgemeine Medizin einschliesslich Praktischer Arzt 1059, Facharzttitel Innere Medizin 402, Facharzttitel Pädiatrie 149, insgesamt also 1610. Bezogen auf die im Kanton Zürich erteilten, knapp 2000 gesundheitspolizeilichen Bewilligungen mit einer Zulassung zur OKP liegen diese Werte deutlich darunter, bezogen auf die Zahlen aus der Erhebung der AGZ mit insgesamt 1432 Praxen indessen darüber, am deutlichsten bei der Pädiatrie. Die AGZ zweifelt in ihrer Stellungnahme deshalb auch an der Richtigkeit der restriktiven Umsetzung des Zulassungsstopps im Kanton Zürich, vor allem auch hinsichtlich einer Verlängerung der Massnahme durch den Bund. Im Wissen, dass die vom Bund erlassenen Zahlen als Planungsgrundlagen nicht tauglich sind (wie mangelnde Transparenz der erhobenen Zahlen, fehlende Berücksichtigung wichtiger Parameter wie Beschäftigungsgrad und Dauer der Tätigkeit, Alter, fachärztliche Ausrichtung der Tätigkeit sowie regionale Zugänglichkeit), hat der Kanton Zürich die Einführungsverordnung zur eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 23. Oktober 2002 (LS 832.14) nicht auf die Bundeszahlen abgestützt, sondern ist von einer genügenden ambulanten Versorgung ausgegangen und hat als Ausnahmen

lediglich Praxisübernahmen erlaubt (§ 5). Bis heute wurden gestützt auf diese Möglichkeit 28 Praxen, davon die Hälfte hausärztliche Praxen, übernommen. Laut der AGZ wurden in der gleichen Zeit ein Dutzend Praxen von Grundversorgern ohne Nachfolgeregelung aufgelöst. Als wichtige Indikatoren für die Beurteilung der gegenwärtigen Versorgungslage können zusätzlich noch die seit 2001 jährlich von der Gesundheitsdirektion durchgeführten Bevölkerungsbefragungen über die Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem, welche bezüglich der Erreichbarkeit des Hausarztes bzw. der Hausärztin nach wie vor gleichbleibend sehr hohe Werte ergeben, sowie die Ergebnisse der AGZ-Befragung der Hausärzte und Hausärztinnen über die Auslastung der Praxis, in welcher drei von vier Praxen Aufnahmekapazitäten für neue Patientinnen und Patienten angeben, herangezogen werden.

Zu Frage 4:

Die erste Teilfrage wird zusammen mit den Fragen 2 und 3 beantwortet. Die bisherigen Erläuterungen legen dar, dass gegenwärtig auch regional keine hausärztliche Unterversorgung besteht. Diese Aussage gilt heute auch für die Notfallversorgung, wie sie im Kanton zusammen mit den Notfallstationen der Spitäler sichergestellt ist. Im Bereich der Pädiatrie sind die Ergebnisse am knappsten. Wichtig ist aber immer auch der Blick auf andere Kantone mit Randgebieten. Nach wie vor verfügt der Kanton Zürich als Zentrumsanton über eine sehr gute Ärztedichte in der Versorgung, und es muss ein Ziel sein, die unterversorgten Randgebiete anderer Kantone nicht mit einer Sogwirkung ins Zentrum zu konkurrenzieren. Die AGZ weist aber zu Recht in ihrer Stellungnahme auf mittelfristig (in drei bis fünf Jahren) massgebliche und langfristig (in zehn Jahren) grosse Probleme in der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung hin. Hauptsächliche Gründe dafür sind zunehmende Überalterung in den hausärztlichen Praxen, ohne dass eine jüngere Generation in diesem Bereich im geforderten Umfang nachfolgt, die veränderte Lebensplanung durch den stark zunehmenden Anteil von Ärztinnen, die veränderten Anstellungsmöglichkeiten in den Spitälern, die Verstärkung der Teilzeitarbeit und die Arbeit in Gruppenpraxen sowie – in der Rangfolge aber nicht als Letztes – das schwierige Umfeld und die mangelnde Wertschätzung der hausärztlichen Medizin.

Zu Frage 5:

Die langfristige Einschätzung der Situation, wie zu Frage 4 dargelegt, untermauert die Wichtigkeit der Gestaltung der Hausarztmedizin im Studium an der Universität Zürich. Hier stehen Änderungen an, die der Grundversorgung wesentlich mehr Gewicht geben. Sie finden neben bedeutenden Angeboten im so genannten Kernstudium auch im so

genannten Mantelstudium ihren Niederschlag. Als weitere Massnahme ist insbesondere die Schaffung einer Einheit für Hausarztmedizin zu erwähnen. Evaluiert wird auch die Einrichtung einer Professur für Hausarztmedizin nach den internen Berufungsrichtlinien der Medizinischen Fakultät. Insgesamt verfolgen diese Bestrebungen das Ziel, das Interesse der Studierenden für die Hausarztmedizin zu wecken und sie zu motivieren, eine entsprechende Weiterbildung nach dem Studium ins Auge zu fassen. Weiter muss auf nationaler bzw. interkantonaler Ebene der langfristige Bedarf an Ärztinnen und Ärzten unter den in den letzten Jahrzehnten sich stark veränderten Bedingungen abgeschätzt und in die Festlegung des Umfangs eines Numerus clausus miteinfließen.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Bildungsdirektion und die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:
Husi