

Sitzung vom 12. Juni 2013

**664. Anfrage (Ärztmangel in den ländlichen Regionen
im Kanton Zürich)**

Die Kantonsräte Martin Farner, Oberstammheim, und Martin Zuber, Waltalingen, sowie Kantonsrätin Linda Camenisch, Wallisellen, haben am 25. März 2013 folgende Anfrage eingereicht:

Mehr als jeder vierte Schweizer sieht einen Mangel an Hausärzten in seiner Region, auf dem Land ist es sogar jeder Dritte. Bei den Spezialärzten wird die Situation etwas positiver eingeschätzt.

Der Ärztemangel geistert wie ein Gespenst durch die Schweiz und speziell durch die ländlichen Regionen. Ein Gespenst, dem eine zunehmend ältere Gesellschaft zum Opfer zu fallen droht.

Die Situation im Bezirk Andelfingen ist aktuell so, dass von 18 Hausärzten 2 im Pensionsalter sind und wahrscheinlich für ihre Praxen keine Nachfolger finden. 7 weitere Hausärzte sind um das 60. Altersjahr (57–63) und sind dabei, Lösungen für Ihre Nachfolge zu suchen. Spezialärzte gibt es lediglich aus der Psychiatrie, somatische Spezialisten gibt es in Weinland keine.

Die Problematik des Hausarzt- oder generellen Ärztemangels ist vielschichtig und struktureller, gesellschaftlicher und politischer Natur. Seinen Ursprung hat sie möglicherweise in der Einführung des Numerus clausus ca. 1996. Bereits damals wurde vor dem nun bestehenden Problem gewarnt.

Den Krankenhäusern fiel es naturgemäss einfacher, die bestehenden Lücken durch Ärzte aus dem Ausland zu füllen. In den ländlichen Regionen gibt es nur wenige bzw. praktisch keine ausländischen Hausärzte, zum Beispiel im Bezirk Andelfingen gar keine, da sie über keine regionale Verwurzelung verfügen.

Eine andere Ursache ist sicherlich der mittlerweile hohe Frauenanteil. Frauen ziehen die Arbeit in grösseren Teams dem «Einzelkämpfer-tum» in der Landarztpraxis vor. Gründe sind die hohe Arbeits- und Präsenzbelastung sowie die fehlende Möglichkeit zur Teilzeitarbeit.

Nicht zuletzt ergibt sich die politisch angangene Problematik der Steigerung der Attraktivität des Hausarztberufes. Hat ein junger Arzt seine Assistenzarzt-Zeit zum Allgemein-Internisten abgeschlossen, ist er durchschnittlich 32 Jahre alt und im veränderten sozialen Gefüge zu

jung, um den Schritt in die Landarztpraxis zu machen. Bleiben diese jungen Ärzte im Spital, so tun sie dies selbstredend, indem sie sich weiterbilden und spezialisieren, und fehlen dann in der Grundversorgung. Bezeichnend hierfür ist, dass die beiden jüngsten Hausärzte in unserer Region, ihre Ausbildung auf dem zweiten Bildungsweg gemacht haben und entsprechend etwas älter waren.

Die möglichen Ursachen sind, wie gesagt, vielschichtig entscheidend daran ist, dass sich die meisten Ursachen nicht innert kurzer Zeit korrigieren lassen. Entsprechend ist in naher Zukunft vorgegeben, dass mit weniger Hausärzten gleich viele Patienten zu behandeln sein werden.

So braucht es insbesondere auch dringend Sofortmassnahmen, die spätestens in 5 Jahren greifen, ansonsten verschärft sich die Situation weiter und Patienten wählen zusehends andere und wahrscheinlich teurere Versorgungswege.

Die Bürokratie in den Hausarztpraxen ist ein weiteres grosses Ärgernis, einfache Änderungen könnten Entlastung bringen:

- dass Arbeitgeber per Verordnung erst ab dem 3. Krankheitstag ein Arztzeugnis verlangen dürfen, entsprechend würden die Hausärzte von Bagatellfällen entlastet.
- dass Arbeit am Patienten durch die Praxisassistentin (MPA) verrechnet werden kann (was heute nicht der Fall ist). Demzufolge könnten sich die Ärzte vermehrt auf medizinische und weniger auf Kontroll-Tätigkeiten konzentrieren.

Auf dem Land gibt es immer weniger Hausärzte und noch weniger Spezialisten als in der Stadt. Zusätzlich kommt eine deutliche Überalterung der Hausärzte auf dem Land dazu, was das Problem in den nächsten Jahren noch stärker verschärfen wird. Gleichzeitig haben im laufenden Jahr deutlich mehr Spezialärzte eine eigene Praxis eröffnet.

In diesem Zusammenhang bitten wir den Regierungsrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie sieht der Regierungsrat die problematische Unterversorgung bei Hausärzten in den ländlichen Regionen?
2. Wie kann das Hausarztmodell durch den Kanton Zürich (Regierungsrat) gefördert werden?
3. Wie kann die Stellung des Hausarztes in den ländlichen Regionen gefördert und gestärkt werden?
4. Was macht der Regierungsrat aktiv, um die ärztliche Versorgung (Sofortmassnahmen) auf dem Land sicherzustellen?
5. Wie sieht der Regierungsrat den Erfolg von Gemeinschaftspraxen in den ländlichen Regionen?

6. Wie sieht der Regierungsrat die Problematik der Notfallversorgung in den ländlichen Gebieten?
7. Warum sind die Entschädigungen der Hausärzte für die Notfallversorgung so tief und wie kann die Situation hier konkret verbessert werden?
8. Wie sieht der Regierungsrat die Förderung von Teilzeitstellen bei den Hausarztmodellen?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Martin Farner, Oberstammheim, Martin Zuber, Waltalingen, und Linda Camenisch, Wallisellen, wird wie folgt beantwortet:

Der Regierungsrat misst der Hausarztmedizin und der ärztlichen Grundversorgung im Kanton eine hohe Bedeutung zu. Er ist in den letzten Jahren mehrfach auf diesen Themenbereich eingegangen (vgl. insbesondere Bericht und Antrag zum Postulat KR-Nr. 107/2007 betreffend Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin [Vorlage 4806, mit Hinweisen; ABl 2011, 1708]). Vorab kann festgehalten werden, dass heute im Kanton Zürich kein Notstand in der ambulanten ärztlichen Grundversorgung besteht. Zu Recht wird in der Begründung der vorliegenden Anfrage aber darauf hingewiesen, dass die traditionelle Versorgung mit in Einzelpraxen tätigen Hausärztinnen und Hausärzten in einem Wandel begriffen ist. Damit ist nicht eine Verschlechterung der Versorgung an und für sich verbunden. Der Wandel ist vielmehr eine Tatsache, die nicht nur die Veränderungen im Selbstverständnis der Ärzteschaft spiegelt. Sie bildet auch das geänderte Nachfrageverhalten der Patientinnen und Patienten sowie die Entwicklung der ganz allgemein sich wandelnden gesellschaftlichen und individuellen Ansprüche in der Bevölkerung ab.

Trotzdem ist die medizinische Grundversorgung weiter zu beobachten – eine Aufgabe, die unter anderem durch das von Bund und Kantonen getragene Gesundheitsobservatorium (OBSAN) wahrgenommen wird. Aus der im März 2013 zur Entwicklung des Ärztebestands veröffentlichten Aufstellung ist ersichtlich, dass gegenüber den Zahlen von Dezember 2011 die Anzahl der Grundversorgerinnen und -versorger im Dezember 2012 leicht zugenommen hat (www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/07/10/03.parsys.94917.downloadList.35933.DownloadFile.tmp/zulassungsstoppwebd2.pdf).

Im Zusammenhang mit den Fragen nach einer verstärkten Steuerung der Hausarztmedizin ist vorgängig auch auf den u. a. gemeinsam mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und in Absprache mit anderen Entscheidungsträgern vom Bund angeregten Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» sowie die eidgenössische Volksinitiative «JA zur Hausarztmedizin» und den vom Bundesrat entwickelten Gegenvorschlag hinzuweisen (vgl. www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/11772/13262/index.html bzw. www.jzh.ch). Der Masterplan und die beiden Abstimmungsvorlagen haben – in je unterschiedlicher Konkretisierung und Gewichtung – gemein, dass sich Bund, Kantone und Gemeinden im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität einsetzen müssen. So oder anders ist mit diesen Projekten bzw. Vorlagen Bewegung in die Förderung der Hausarztmedizin gekommen.

Zu Fragen 1 und 4:

Von einer Unterversorgung der ländlichen Gebiete im Kanton Zürich mit Hausärztinnen und Hausärzten kann heute nicht gesprochen werden. Wie bereits ausgeführt, trifft es aber zu, dass sich die Lage aufgrund der Altersstruktur der heute tätigen Ärzteschaft, den veränderten Lebensentwürfen des Nachwuchses (Teilzeitarbeit, hoher Frauenanteil am Medizinstudium, Bedürfnis nach Flexibilität, Trend zu Gemeinschaftspraxen usw.) verändert bzw. verschärft. Anders etwa als in abgelegenen Tälern oder Randgebieten der Schweiz, kann allerdings die Nachfrage nach medizinischer Grundversorgung in den ländlichen Gemeinden im Kanton Zürich mit einem vertretbaren Aufwand in den überall nahe gelegenen und mit dem öffentlichen Verkehr gut erreichbaren Zentren und im Agglomerationsraum gedeckt werden.

Zu Fragen 2, 5 und 8:

Die in der Behandlung früherer Vorstösse dargestellten Massnahmen des Kantons zur Förderung der Hausarztmedizin und der medizinischen Grundversorgung zeigen Wirkung; sie sind auf mittlere bis längere Frist angelegt und gegebenenfalls zu verlängern bzw. zu verstärken.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der Kanton Zürich (auf das Studienjahr 2013/2014) als einziger Universitätskanton allgemein die Zahl der Ausbildungsplätze für Humanmedizin an der Universität erhöht hat (von 240 auf 300, RRB Nr. 909/2012). Der 2006 geschaffene und seit 2008 besetzte Lehrstuhl für Hausarztmedizin ist inzwischen bestens etabliert. Die über das Institut für Hausarztmedizin 2007 eingeführten und finanziell unterstützten Praxisassistenzen für Ärztinnen und Ärzte

in Ausbildung und deren Umwandlung ab 2010 in sechs hausärztliche Curricula haben sich ebenfalls bewährt. Bei den Curricula handelt es sich um mehrjährige Weiterbildungsstellen in Spezialfächern wie Dermatologie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie der Augenheilkunde, die eine Rotation der in der Hausarztmedizin auszubildenden Ärztinnen und Ärzte erleichtern. Seit Ende 2012 werden neu zusammen mit den Praxisassistenzen insgesamt 30 Plätze zur Verfügung gestellt. Von den bisherigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an diesen Programmen haben sich zwei als Betreibende einer Einzelpraxis, drei in einer Doppelpraxis und weitere drei in einer Gruppenpraxis als Hausärztinnen bzw. Hausärzte im Kanton Zürich niedergelassen.

Die 2010 mit dem Gesundheitsgesetz (GesG; LS 810.0) geschaffene Möglichkeit von Bewilligungen für ambulante ärztliche Institutionen (d. h. dem Wegfall der pro Praxis zulässigen Anzahl von ärztlichen Angestellten) hatte zur Folge, dass Praxen mit mehreren Standorten betrieben werden können. Das kommt den Bedürfnissen der jüngeren Ärzteschaft entgegen. Die bei diesen Institutionen angestellten Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit zur freien Rotation innerhalb der Standorte. Seit 2010 wurden 25 derartige Institutionsbewilligungen der Grundversorgung auf Kantonsgebiet erteilt.

Seit dem Ende des vom Regierungsrat stets bekämpften Zulassungsstopps Ende 2011 wurden neu 480 Bewilligungen für die selbstständige Tätigkeit als Grundversorgerin oder -versorger erteilt. Die Substanz für eine hinreichende Versorgung ist damit gegeben. Allerdings ist von der hohen Zahl der Bewilligungen noch kein Rückschluss auf den tatsächlichen Umfang der selbstständigen Tätigkeit zu ziehen: In der Praxis ist – auch wegen den erwähnten veränderten Lebensentwürfen und Ansprüchen der jüngeren Ärzteschaft – eine Tendenz zu Gemeinschaftspraxen und Teilzeitarbeit nicht zu übersehen. Eine Folge dieser Entwicklung ist die Ausdehnung des örtlichen Einzugsgebietes derartiger Praxen über die bisherigen Strukturen bzw. über die Gemeindegrenzen hinaus. Eine Veränderung der Versorgungsqualität ist mit diesen neuen Modellen bzw. Praxiskombinaten nicht verbunden. Sie wirken sich aber mittelfristig dahingehend aus, dass nicht mehr in jeder Gemeinde eine traditionelle Arztpraxis betrieben wird.

Eine höhere Ärztedichte ist (auch) im Grundversorgungsbereich nicht zwingend mit einer besseren Versorgung verbunden: Selbst ein System mit verhältnismässig wenig Grundversorgern bzw. Hausärztinnen und Hausärzten kann eine qualitativ hochstehende Versorgung gewährleisten, sofern die Vernetzung und Koordination zwischen den Erbringern

der medizinischen, pflegerischen und betreuerischen Leistungen (u. a. medizinische Praxisassistenzen, Spitex, integrierte Versorgung) gut aufeinander abgestimmt ist. Unter anderem ist damit der Umgang mit technischen Hilfsmitteln (PC, e-tools) angesprochen, der gerade einer jüngeren Ärzteschaft tendenziell leicht(er) fällt.

Die Frage nach einer Überprüfung der Tarifierung für Leistungen in der Grundversorgung ist hängig. Ein kantonaler Alleingang ist hier nicht möglich: Der Bund, der über das Krankenversicherungsgesetz (KVG; SR 832.10) für die Regelung der Tarife (TARMED) zuständig ist, hat bisher nicht konkret auf entsprechende Demarchen der GDK zur Prüfung zur Schaffung von Anreizen reagiert. Einer Presseorientierung des Bundesamts für Gesundheit vom 22. Mai 2013 ist jetzt immerhin zu entnehmen, dass der Bund Vorbereitungen trifft, beim TARMED Anpassungen vorzunehmen.

Zu Frage 3:

Die Ansiedelung von Arztpraxen in ländlichen Gebieten ist in Zusammenhang mit der Niederlassungs- und der Wirtschaftsfreiheit der Ärzteschaft und dem Gestaltungsspielraum (Gemeindeautonomie) der Gemeinden zu setzen: Die Gemeinden haben es in der Hand, zur konkreten und gezielten Förderung der Attraktivität ihrer Standorte Massnahmen und Angebote zu entwickeln, um Ärztinnen und Ärzte anzuziehen oder um als Standort für Gemeinschaftspraxen anziehend zu wirken (z. B. mit aktiver Unterstützung in der Suche nach und/oder der Bereitstellung geeigneter Praxislokalitäten).

Zu Fragen 6 und 7:

Die Notfallversorgung ist über die Notfallaufnahmestellen der Spitäler, über die gemäss § 44 GesG von den Gemeinden zu gewährleisten den Rettungsdienste sowie über die hausärztlichen Notfalldienste sichergestellt. Für die Leistung von Letzteren besteht eine gesetzliche Pflicht (§ 17 GesG), die auch für die in Gemeinschaftspraxen tätige Ärzteschaft gilt. Die Gesamtorganisation des hausärztlichen Notfalldienstes liegt bei der Ärztegesellschaft, wobei die konkrete Ausgestaltung in den Bezirken bzw. Gemeinden unterschiedlich ist. Ein Teil der Gemeinden hat sich dem sogenannten Ärztefon (vgl. www.aerztefon.ch) mit einer einheitlichen Telefonnummer angeschlossen. Die Erstberatung und Triage des Ärztefons verringert die Belastung der Hausärztinnen und Hausärzte bei den Notfalldiensten bereits etwas und es stellt den Hausärztinnen und Hausärzten Dienstleistungen für die Notfalldienstplanung zur Verfügung. Aus Sicht des Kantons ist es zu begrüßen, wenn sich weitere Gemeinden dieser Organisation anschliessen.

Zur Entschädigung der Notfalleinsätze ist auf die Ausführungen über die Verwendung tariflicher Anreize zu verweisen (vgl. Beantwortung der Fragen 2, 5 und 8 am Ende).

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

Vor dem Regierungsrat

Der Staatsschreiber:

Husi