Hélène Jaccard Ruedin[a], Laurence Seematter-Bagnoud[b], Julien Junod[b], Maik Roth[a], Brigitte Santos-Eggimann[b]

Prognosen des Angebots und der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Hausarztmedizin bis 2030

[a]Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel, [b]Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Zusammenfassung

Da die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mit zunehmendem Alter steigt, ist zu befürchten, dass die demografische Alterung in den kommenden Jahrzehnten einen wachsenden Druck auf das Gesundheitswesen ausüben wird. Gleichzeitig geht die Zahl der in der Hausarztmedizin tätigen Ärztinnen und Ärzte tendenziell zurück, was schon bald ein Defizit im Angebot der Leistungen zur Folge haben könnte. Die vorliegende Arbeit untersucht zunächst den Einfluss der Bevölkerungsentwicklung auf das Gleichgewicht zwischen der Inanspruchnahme und dem Angebot ambulanter Behandlungen in der Hausarztmedizin bis 2030. Dabei wird von den Daten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgegangen. Anhand von Alternativszenarien wird anschliessend der Einfluss des Gesundheitszustandes und der Organisation der medizinischen Versorgung untersucht.

Die Resultate zeigen, dass sich die prognostizierte Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen im Jahr 2030 auf 24 Millionen Behandlungen erhöhen könnte, wenn die Rate der Inanspruchnahme, nach Alter und Geschlecht betrachtet, unverändert bleibt. Dies entspricht einer Zunahme von 13% gegenüber 2005. Im gleichen Zeithorizont könnte sich das Angebot um 33% auf 14 Millionen Behandlungen reduzieren, woraus ein Nachfrageüberhang von zehn Millionen Behandlungen (40%) resultieren würde. Gemäss den verschiedenen Alternativszenarien könnten 20% bis 50% der Behandlungen in der Hausarztmedizin nicht abgedeckt werden. Bei der Interpretation dieser Schätzungen ist Vorsicht geboten. Sie zeigen jedoch das Ausmass des möglichen Ungleichgewichts an, das auch die Einführung von Behandlungsmodellen – wie z.B. Gatekeeping – gefährden könnte. Um eine solche Entwicklung zu verhindern, müssen Strategien definiert werden, die sowohl die Inanspruchnahme als auch das Angebot ambulanter hausarztmedizinischer Leistungen beeinflussen.

Einleitung

Die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen steigt mit zunehmendem Alter, vor allem in der Grundversorgung. Die für die kommenden Jahrzehnte erwartete Alterung der Bevölkerung könnte folglich grossen Druck auf die ambulante medizinische Versorgung ausüben. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass die Entwicklung des Bestandes an Ärztinnen und Ärzten insbesondere in der Grundversorgung zu einem Rückgang der Anzahl Behandlungen führt. Von dieser Tendenz sind gewisse Randregionen besonders betroffen.

Diese Arbeit untersucht das Gleichgewicht zwischen der Inanspruchnahme und dem Angebot ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz mit einem Zeithorizont bis 2030. Dabei wird von der beobachteten Entwicklung dieser Leistungen zwischen 2001 und 2006 ausgegangen. In diesem Artikel wird ausschliesslich die Grundversorgung untersucht. Ein nationaler Bericht, der alle medizinischen Fachrichtungen beschreibt, ist am 1. Juli 2008 erschienen[1].

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass gewisse für die Analyse und Prognostizierung der Inanspruchnahme und des Angebots benötigten Daten unvollständig sind, weshalb verschiedene Hypothesen erstellt wurden. Die entwickelten Projektionen können daher nicht direkt als Planungsinstrument verwendet werden. Sie können jedoch richtungweisend sein bei Überlegungen zur Zukunft der ambulanten medizinischen Leistungen in der Schweiz.

Methodik

Für diese Analyse werden nur Ärztinnen und Ärzte in Praxen betrachtet. Wie bereits in früheren Arbeiten des Obsan umfasst die Hausarztmedizin die Allgemeinärzte, die Allgemeininternisten ohne Subspezialisierung, praktizierende Ärzte und Gruppenpraxen [1, 2].

[1] Seematter L et al: Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz – Prognosen bis zum Jahr 2030. Arbeitsdokument Nr 33, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg.

Prognosen der Inanspruchnahme

Die Prognose der Inanspruchnahme basiert auf den zwischen 2001 und 2006 beobachteten Raten der Inanspruchnahme (Anzahl Behandlungen/Jahr/Einwohner), gegliedert nach Alter, Geschlecht und Kanton. Da die Raten der Inanspruchnahme in diesem Zeitraum stabil geblieben sind, wird für die Prognose in der Regel die zwischen 2001 und 2006 beobachtete mittlere Rate verwendet.

Angaben zur Zahl der Behandlungen stammen aus dem Datenpool von santésuisse, in welchem die Behandlungen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in Rechnung gestellt wurden, erfasst werden. Behandlungen aufgrund von Unfall oder Invalidität oder auf Kosten einer Zusatzversicherung sowie die von den Privathaushalten im Rahmen der Franchise bezahlten Behandlungen werden nicht berücksichtigt.

Das *Grundszenario* untersucht den spezifischen Einfluss der demografischen Entwicklung in der Annahme, dass die Raten der Inanspruchnahme in den kommenden 25 Jahren unverändert bleiben. Anhand von *Alternativszenarien* wird der Einfluss folgender Faktoren untersucht:

- B1: Verbesserung des Gesundheitszustandes der über 65-jährigen Bevölkerung mit einem zunehmenden Rückgang der Inanspruchnahme, die 2030 der Rate der Inanspruchnahme der nächstunteren Fünfjahresaltersklasse entspricht.
- B2: Verschlechterung des Gesundheitszustandes der über 65-jährigen Bevölkerung mit einer progressiven Zunahme der Inanspruchnahme, die 2030 der Rate der Inanspruchnahme der nächstoberen Fünfjahresaltersklasse entspricht.
- C1: Einführung eines Gatekeepingsystems ab 2010.
- C2: Ab 2010 Substitution von zehn Prozent der Behandlungen in der Hausarztmedizin durch Behandlungen bei anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens.
- Mischszenarien:
- D1: Szenario «optimistisch»: Verbesserung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung, kein Gatekeeping[2], Substitution in der Hausarztmedizin.
- D2: Szenario «pessimistisch»: Verschlechterung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung, Einführung des Gatekeepingsystems, keine Substitution in der Hausarztmedizin.

Prognosen zum Angebot

Die Prognosen des Angebots basieren auf den Daten der Hochschulstatistik des BFS (Anzahl Diplome in Medizin), der FMH-Ärztestatistik (Anzahl Ärztinnen und Ärzte mit einem eidg. Facharzttitel, neue Abschlüsse), des Zahlstellenregisters von santésuisse (Anzahl Ärztinnen und Ärzte mit einer aktiven ZSR-Nummer) und des Datenpools von santésuisse (Anzahl Konsultationen).

Zur Beschreibung des Angebots werden zwei Variablen verwendet:

1. Grösse des Bestandes an Ärztinnen und Ärzten. Diese Variable wird bestimmt durch die aktuelle Anzahl Ärztinnen und Ärzte in privaten Praxen, die Neuzugänge an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten (abhängig von der Zahl der Abschlüsse in Medizin und der Zahl der anschliessenden Spezialisierungen), durch das Ausmass der Beteiligung ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte an Praxistätigkeiten sowie durch den Abgang praktizierender Ärztinnen und Ärzte mit einer aktiven ZSR-Nummer aufgrund von Pensionierung oder einer anderen Tätigkeit.
2. Erbrachtes Leistungsvolumen (abhängig vom Beschäftigungsgrad). Diese Grösse wird basierend auf den Daten von santésuisse aus dem Jahr 2004 geschätzt. Es wird angenommen, dass die Anzahl Behandlungen im Jahr 2004 für die gängige Praxis repräsentativ ist und in den nächsten 25 Jahren unverändert bleibt.

Man geht davon aus, dass die Einstellung der Studierenden und Diplomierten der Medizin gegenüber der Wahl ihrer Weiterbildung, die durchschnittliche Ausbildungsdauer und der Anteil Ärztinnen und Ärzte, die in ambulanten Praxen tätig werden, unverändert bleiben. Zudem nimmt man an, dass die aktuellen gesetzlichen Beschränkungen wie der Zulassungsstopp und der Numerus clausus weiterhin bestehen bleiben.

Der Einfluss der Feminisierung der Ärzteschaft wird auf verschiedenen Stufen miteinbezogen. Berücksichtigt wird dabei der steigende Anteil diplomierter Medizinerinnen und entsprechend der steigende Anteil an Ärztinnen mit eidgenössischem Facharzttitel. Ferner werden für die Frauen gemäss den zur Verfügung stehenden Daten eine längere Weiterbildungsdauer und eine spezifische Anzahl Behandlungen angenommen.

Im Grundszenario wird das Angebot nur von demografischen Faktoren beeinflusst. Darüber hinaus untersucht ein Alternativszenario die Auswirkungen einer Abnahme des Beschäftigungsgrades praktizierender Ärztinnen und Ärzte, da festgestellt wurde, dass die Ärztinnen und Ärzte, die vor kurzem ihre Arbeit aufgenommen haben, einen leicht tieferen Beschäftigungsgrad aufweisen als ihre Vorgängerinnen und Vorgänger[3].

Resultate

Prognosen der Inanspruchnahme

Im Bereich der OKP ist die Rate der Inanspruchnahme bei allen ambulanten medizinischen Leistungen zwischen 2001 und 2006 weitgehend stabil geblieben. Sie variiert zwischen zwei und drei Behandlungen pro PatientIn und Jahr bei unter 40-jährigen Personen und zwischen zwölf und dreizehn Behandlungen pro PatientIn und Jahr bei Personen über 75 Jahren. Im Allgemeinen beanspruchen Frauen mehr Konsultationen, insbesondere in den Altersklassen zwischen 19 und 75 Jahren. Beinahe 60% aller Behandlungen erfolgen in der Hausarztmedizin, was im Jahr 2005 rund 21 Millionen Behandlungen in der Schweiz entspricht.

Geht man von einer unveränderten geschlechts- und altersspezifischen Rate der Inanspruchnahme aus, dürfte sich die Anzahl Be-

2 Gatekeeping erhöht die Anzahl der notwendigen Konsultationen in der Hausarztmedizin. Bei einem gegebenen Angebot von Ärztinnen und Ärzten verstärkt sich mit dem Gatekeeping ein mögliches Ungleichgewicht zwischen Inanspruchnahme und Angebot in der Hausarztmedizin. Beim Szenario «optimistisch» wurde daher ohne Einfluss des Gatekeepings gerechnet.

3 Busato A. Forschungsprotokoll. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. In Vorbereitung.

handlungen in der Hausarztmedizin bis ins Jahr 2030 aufgrund der demografischen Entwicklung um ungefähr 13% erhöhen. Das sind drei Millionen zusätzliche und insgesamt rund 24 Millionen Behandlungen (Tab. 1).

Die Szenarien «Verbesserung des Gesundheitszustandes» (B1) und «Verschlechterung des Gesundheitszustandes» (B2) wirken sich massgeblich auf die Hausarztmedizin aus, wo je nach Szenario bis ins Jahr 2030 die Anzahl Behandlungen zwischen 20 und 27 Millionen schwanken kann. Unter der Hypothese einer fortlaufenden Verbesserung der Gesundheit der älteren Personen erhält man eine Inanspruchnahme, die leicht unterhalb dem 2005 beobachteten Wert liegt (–5%).

Die Einführung des Gatekeepingsystems (C) hat Verschiebungen von den fachärztlichen zu den hausarztmedizinischen Behandlungen zur Folge. Im Vergleich mit dem Grundszenario ist beim Gatekeeping bis 2030 in der Hausarztmedizin ein Anstieg von ungefähr 1,1 Millionen Behandlungen, bei den fachärztlichen Behandlungen ein Rückgang um rund 0,2 Millionen zu erwarten.

Gemäss dem Substitutionsszenario sinkt die Inanspruchnahme in der Hausarztmedizin um 10% (zwei Millionen Behandlungen) auf 21,2 Millionen Behandlungen im Jahr 2030.

Die Mischszenarien «optimistisch» und «pessimistisch» können als Grenzen für die maximalen Abweichungen der Schätzung um das Grundszenario herum betrachtet werden. In der Hausarztmedizin unterscheiden sich die Resultate im Jahr 2030 um rund 10 Millionen Behandlungen. Der grösste Anteil dieser Unterschiede ist auf vermutete Veränderungen des Gesundheitszustands der älteren Bevölkerung zurückzuführen.

Prognosen zum Angebot ambulanter medizinischer Leistungen

Die FMH-Ärztestatistik zählte 2004 knapp 20000 Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Facharzttitel. Davon waren drei Viertel in ambulanten Praxen tätig. Die Einteilung der Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Facharzttitel nach Alter und Geschlecht zeigt, dass der Männeranteil überwiegt. Einzig bei der jüngsten Altersgruppe (30–34 Jahre) von Ärztinnen und Ärzten wurden gleich viele Frauen wie Männer gezählt.

Die durchschnittliche Anzahl Behandlungen pro Jahr beträgt rund 1800 bei den Allgemeinärztinnen und 3400 bei den Allgemeinärzten. Die Anzahl Behandlungen steigt mit zunehmendem Alter der Ärztin oder des Arztes an und geht erst bei den über 65-Jährigen wieder zurück. Generell verrechnen Männer in jeder Altersstufe mehr Behandlungen als Frauen; der entsprechende Unterschied ist in der jüngsten Altersgruppe am kleinsten.

Geht man davon aus, dass die Aufteilung der Ärzteschaft in die verschiedenen Fachrichtungen und die Ausbildungsdauer unverändert bleiben, muss zwischen 2005 und 2030 mit einem Rückgang der Anzahl Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Facharzttitel von 8400 auf 6600 (–21%) gerechnet werden. Die Aufteilung nach Alter und Geschlecht zeigt, dass sich der Anteil der Ärztinnen noch erhöhen dürfte.

Als Folge der Alterung des Ärztebestandes (verbunden mit dem Defizit bei den Neuzugängen an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten) könnte die Anzahl Allgemeinärztinnen und -ärzte mit einer aktiven ZSR-Nummer zwischen 2005 und 2030 von 6500 auf 5700 zurückgehen. Dies entspricht einer Abnahme von 12%. Falls die Anzahl Behandlungen pro Ärztin bzw. Arzt unverändert bleibt, dürfte sich die Gesamtzahl der jährlich angebotenen Behandlungen in der Hausarztmedizin um 33% verkleinern (2005: 21 Millionen; 2030: 14 Millionen Behandlungen).

Das Szenario «Produktivitätsabnahme» verstärkt den Rückgang des Angebotes an Behandlungen ab 2015 noch deutlicher. Dieses beträgt im Jahr 2030 schätzungsweise noch 13,2 Millionen, was einer Einbusse von 37% entspricht.

Tabelle 1

Differenz zwischen der prognostizierten Inanspruchnahme und dem prognostizierten Angebot im Jahr 2030, in Millionen Behandlungen, für verschiedene Szenarien.

	Jahr 2005		Grund-szenario	B1	B2	C1	C2	D1	D2
Hausarztmedizin									
a) Inanspruchnahme	Mio.	20,86	23,60	19,81	26,80	24,73	21,24	17,83	28,09
b) Angebot	Mio.	20,86	14,31	14,31	14,31	14,31	14,31	14,31	14,31
c) Differenz (a–b)	Mio.	–	9,29	5,50	12,49	10,42	6,93	3,52	13,78
	in %	–	(39%)	(28%)	(47%)	(42%)	(33%)	(20%)	(49%)
Total									
a) Inanspruchnahme	Mio.	36,12	40,35	35,04	43,96	41,26	37,99	33,06	45,00
b) Angebot	Mio.	36,12	28,78	28,78	28,78	28,78	28,78	28,78	28,78
c) Differenz (a–b)	Mio.	–	11,57	6,26	15,18	12,48	9,21	4,28	16,22
	in %	–	(29%)	(18%)	(35%)	(30%)	(24%)	(13%)	(36%)

B1: Verbesserung des Gesundheitszustandes
B2: Verschlechterung des Gesundheitszustandes
C1: Gatekeeping
C2: Substitution
D1: Szenario «optimistisch»
D2: Szenario «pessimistisch»

(Un)gleichgewicht zwischen der prognostizierten Inanspruchnahme und dem prognostizierten Angebot für 2030

Nachstehend wird die Entwicklung des Behandlungsangebots von 2005 bis 2030 mit der Entwicklung der Inanspruchnahme gemäss dem Grundszenario und den Alternativszenarien verglichen (Tab. 1). Für die ambulanten Behandlungen insgesamt führt das Grundszenario zu einer Erhöhung der Inanspruchnahme auf rund 40 Millionen Behandlungen im Jahr 2030. Wenn man davon ausgeht, dass die Produktivität der Ärztinnen und Ärzte auf dem heutigen Niveau bleibt, so nimmt das Angebot an Behandlungen pro Jahr schrittweise von 36 Millionen auf 29 Millionen ab. Damit würde die geschätzte Inanspruchnahme das Angebot um beinahe 12 Millionen Behandlungen übersteigen. Anders gesagt könnten schätzungsweise 29% der erwarteten Inanspruchnahmen nicht abgedeckt werden.

Das deutlichste Ungleichgewicht weist die Hausarztmedizin auf. Hier können möglicherweise neun Millionen Behandlungen (beinahe 40% der Inanspruchnahme) nicht sichergestellt werden. Die Alternativszenarien beeinflussen insbesondere das Ungleichgewicht, das in der Hausarztmedizin auftreten dürfte:

- Der Unterschied zwischen dem Szenario «Verbesserung des Gesundheitszustandes» (B1) und dem Szenario «Verschlechterung des Gesundheitszustandes» (B2) beträgt etwa sieben Millionen Behandlungen in der Hausarztmedizin, die möglicherweise nicht gewährleistet werden können. Für die ambulanten medizinischen Leistungen insgesamt macht dieser Unterschied neun Millionen Behandlungen aus.
- Die Szenarien, die eine andere Betreuungsorganisation wie Gatekeeping oder die Substitution gewisser Ärztinnen und Ärzte durch nicht-medizinische Fachpersonen untersuchen, haben weniger Auswirkungen auf die möglichen Abweichungen. Durch Substitution (C2) kann in der Hausarztmedizin der Anstieg der Inanspruchnahme aufgrund der demografischen Entwicklung etwas besser aufgefangen werden, sodass die möglicherweise nicht gesicherte Inanspruchnahme um 2,4 Millionen Behandlungen zurückgeht. Gatekeeping (C1) seinerseits erhöht die Anzahl der vom Angebot möglicherweise nicht gedeckten Behandlungen in der Hausarztmedizin um 1,1 Millionen.
- Die Mischszenarien «optimistisch» (D1) und «pessimistisch» (D2) liefern Angaben zum maximalen Änderungspotenzial der prognostizierten Inanspruchnahme zwischen 2005 und 2030. Es resultiert dabei ein Unterschied von über zwölf Millionen Behandlungen, wovon rund zehn Millionen in der Hausarztmedizin anfallen würden. So dürfte in diesem Bereich im Jahr 2030 ein Nachfrageüberhang zwischen 3,5 und 13,8 Millionen Behandlungen entstehen (Abb. 1).

> Im Jahr 2030 könnte die Inanspruchnahme das medizinische Angebot um beinahe 12 Millionen Behandlungen übersteigen.

Das festgestellte Defizit beim Angebot im Vergleich zur prognostizierten Inanspruchnahme könnte sich durch eine Produktivitätsabnahme der Ärzteschaft noch verstärken.

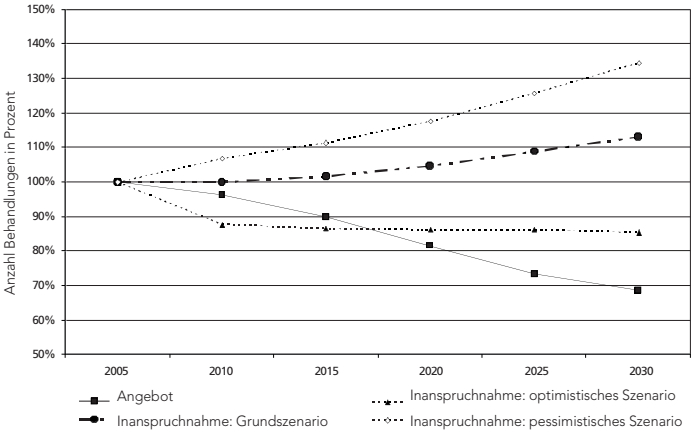

Abbildung 1
Vergleich des prognostizierten Angebots und der prognostizierten Inanspruchnahme im Jahr 2030 in der Hausarztmedizin (prozentuale Abweichung gegenüber 2005). Quellen: Datenpool und ZSR santésuisse, FMH-Ärztestatistik.

Abgrenzung

Die vorliegenden Analysen basieren auf den Behandlungen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in Rechnung gestellt wurden. Die wirtschaftlichen Aspekte wurden nicht berücksichtigt. Die Grenzen dieser Arbeit liegen insbesondere beim verfügbaren Datenmaterial. So werden einerseits Behandlungen zulasten der Zusatzversicherungen oder aufgrund von Unfall oder Invalidität nicht berücksichtigt. Die Erfassung der Behandlungen unterliegt zudem einer potenziellen Verzerrung aufgrund der Franchisen und gibt keine Auskunft zur Morbidität der Patientinnen und Patienten oder zur Angemessenheit der erbrachten medizinischen Leistungen. Diese wären jedoch für ausgewogene Prognosen erforderlich. Die Datenbank enthält ferner keine Informationen zum konkreten Inhalt und zur Dauer der durchgeführten Behandlungen. Die Prognosen stützen sich auf die Daten von 2001 bis 2006. Während dieser Zeitspanne wurden mehrere strukturelle Änderungen in der Krankenversicherung vorgenommen (Erhöhung der Franchise, Zulassungsstopp), die noch nicht abschätzbare Auswirkungen auf das Angebot und die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen gehabt haben könnten. Auch die berufliche Laufbahn der Ärztinnen und Ärzte, vom Universitätsabschluss bis zur Pensionierung, ist eher schlecht dokumentiert, sodass hierfür viele Arbeitshypothesen erstellt werden mussten. Zudem wurden für die verschiedenen Alternativszenarien in den meisten Fällen eher konservative Varianten gewählt (für die Bibliografie siehe nationaler Bericht)[4].

Wenn man schliesslich das Angebot und die Inanspruchnahme vergleicht, geht man davon aus, dass sich die aktuelle Situation im Gleichgewicht befindet, obwohl in der Realität regionale Überangebote oder Angebotsmängel existieren könnten. Als weitere Grenze der Analyse sind auch mögliche Verschiebungen zwischen den Spital- und den Praxisbehandlungen zu nennen, und zwar in

[4] Eine Liste der berücksichtigten Studien findet sich im nationalen Bericht.

beiden Richtungen. Diese könnten in Zukunft an Bedeutung gewinnen, konnten im vorliegenden Modell aber nicht berücksichtigt werden. Trotz ihrer Grenzen liefert die vorliegende Analyse Hinweise auf das bis 2030 möglicherweise entstehende Ungleichgewicht zwischen dem Angebot und der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen.

Diskussion

Diese Arbeit betont den Einfluss der Bevölkerungsentwicklung und verschiedener Faktoren (wie beispielsweise des Gesundheitszustandes oder alternativer Behandlungsorganisationen) auf die Entwicklung des Angebots und der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in der Hausarztmedizin in den folgenden Jahrzehnten. In den USA wurden vergleichbare Arbeiten durchgeführt und ergaben ein prognostiziertes Defizit von rund 85 000 Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2020. Das erwartete Ungleichgewicht zwischen dem Angebot und der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen lässt sich insbesondere durch die wachsende Anzahl älterer Menschen erklären, die die Zunahme des Bestandes an Ärztinnen und Ärzten übersteigt [3]. Eine kürzlich veröffentlichte Arbeit kommt zu ähnlichen Schlussfolgerungen, mit einem Defizit von ungefähr 40 000 Hausärzten im Jahr 2025 in den USA. Es werden anschliessend verschiedene Lösungen vorgeschlagen, insbesondere die Erhöhung der Anzahl Studien- und Ausbildungsplätze, finanzielle Anreize für Hausärztinnen und Hausärzte und die Förderung der Ärztenetze und der Telemedizin [4].

Die Auswirkung der demografischen Alterung auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen ist in der Hausarztmedizin besonders stark. Falls keine Anreize geschaffen werden, wird diese Fachrichtung besonders stark von der Reduktion des Bestandes an Ärztinnen und Ärzten betroffen sein. Bleibt die Inanspruchnahme unverändert, könnten 2030 über neun Millionen Behandlungen pro Jahr nicht abgedeckt werden. Es ist zu vermuten, dass ein Teil des Angebotsdefizits eine Abnahme der Inanspruchnahme induzieren wird. Falls diese Entwicklung jedoch präventive Behandlungen betrifft, so könnte diese Situation langfristig eine Verschlechterung der Morbidität der älteren Bevölkerung zur Folge haben; dies würde das zu erwartende Ungleichgewicht noch weiter verstärken.

Je nach Szenario ist der Unterschied zwischen der Inanspruchnahme und dem Angebot mehr oder weniger gross. Dies zeigt das Einflusspotenzial der getesteten Strategien. Um das Angebotsdefizit möglichst gering zu halten, müssen gleichzeitig mehrere Parameter, die sich auf das Angebot und die Inanspruchnahme auswirken, verändert werden. Zur Erhöhung des Angebots können Massnahmen hinsichtlich der Anzahl Studienplätze, der Spezialisierung der Ärztinnen und Ärzte und insbesondere zur Optimierung des Verhältnisses zwischen HausärztInnen und SpezialistInnen getroffen werden. Ein entsprechend optimiertes Verhältnis ist Voraussetzung für die Einführung eines Gatekeepingsystems.

Obwohl es aus wirtschaftlichen Gründen oft befürwortet wird, bewirkt das Gatekeeping eine Zunahme der Behandlungen in der Hausarztmedizin [5]. Deshalb müsste vor einer flächendeckenden Einführung eines solchen Systems eine genügend grosse Zahl an Hausärztinnen und -ärzten vorhanden sein.

Bei einer Substitution von Hausarztmedizinerinnen und -medizinern für bestimmte Arten von Behandlungen durch nichtärztliche Pflegefachpersonen muss vorgängig das gesamte System der Gesundheitsberufe genau betrachtet werden. So wird sich der Einfluss der demografischen Entwicklung auf alle Gesundheitssektoren auswirken. Alle Gesundheitsberufe werden mit dieser erhöhten Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen konfrontiert sein.

Die Auswirkung der demografischen Alterung auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen ist in der Hausarztmedizin besonders stark.

Der Einfluss der Szenarien, die auf einer Veränderung des Gesundheitszustandes der älteren Personen basieren, ist beträchtlich. Die Inanspruchnahme kann zurückgehen, wenn sich – z.B. durch Prävention und Gesundheitsförderung – der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert oder wenn die Behandlungsintensität abnimmt. Diese zweite Möglichkeit kann aber sowohl eine Verbesserung der Behandlungseffizienz, als auch eine Einschränkung des Zugangs zu angemessenen Behandlungen – also eine Rationierung der Behandlungen – beinhalten. Daher ist es sehr wichtig, dass die Entwicklung der Inanspruchnahme genau beobachtet wird. Die hier diskutierten Prognosen zeigen, wie bedeutend angemessene Daten für die Erkennung der Tendenzen der kommenden Jahre in den ambulanten medizinischen Leistungen sind.

Literatur

1 Jaccard Ruedin H et al. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé 2007.
2 Bétrisey C, Jaccard Ruedin H. Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004. Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé 2007.
3 Council on medical graduation. Physician workforce policy Guidelines for the united States, 2000–2050. US Department of Health and Human Services 2005.
4 Colwill JM et al. Will generalist physician supply meet demands of an increasing and aging population? Health Aff. (Millwood) 2008;27(3):232–41.
5 Martin DP et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. Am J Public Health. 1989.;79(12):1628–32.

Hélène Jaccard Ruedin
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel
helene.jaccardruedin@bfs.admin.ch