

Daten aus zwei unabhängigen europäischen Studien zeigen tiefgreifende Veränderungen auf

# Die Entwicklung der Hausarztmedizin in der Schweiz

Christine Cohidon, Jacques Cornuz, Nicolas Senn

Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

Das soziodemographische Profil der Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch die Organisationsformen und das Tätigkeitsspektrum in der Hausarztmedizin haben sich in den letzten 20 Jahren stark verändert. Die berufliche Zufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte ist eher gesunken.

## Einleitung

Obwohl das Schweizer Gesundheitssystem sowohl in Bezug auf seine Akteure als auch auf ihre Berufsausübung [2, 3] als eines der besten weltweit gilt [1], liegen nur wenige Daten vor, die es beschreiben. In den letzten Jahren war seine Entwicklung von mehreren wichtigen Themen geprägt. Tatsächlich hat sich die Funktionsweise des Gesundheitssystems durch die Einführung des KVG, die Vereinheitlichung der Arztarife (TARMED) und den Zulassungsstopp von 2002–2011 verändert [4, 5]. Dazu kommt die in allen westlichen Ländern zu beobachtende, typische soziodemographische Entwicklung der Hausarztpopulation, welche, ungeachtet ihrer gestiegenen Dichte, durch Überalterung, Feminisierung und eine geographisch heterogene Niederlassung gekennzeichnet ist [6].

Das Ziel der hier vorgestellten Untersuchung war die Beschreibung der Entwicklung des soziodemographischen Profils und der Tätigkeit der Schweizer Hausärzte von 1993–2012.

## Datenbasis

Die analysierten Daten stammen aus zwei unabhängigen europäischen Studien mit vergleichbarer Methodik, die in den Jahren 1993 und 2012 vom niederländischen Nivel-Institut durchgeführt wurden.

### The European Study of task profiles of General Practitioners (1993) [7]

Das Ziel dieser Studie war die Beschreibung der Tätigkeiten von Hausärzten aus 30 europäischen Ländern und der Zusammenhang mit dem jeweiligen Gesundheitssystem. Für die Umfrage in der Schweiz wurde nach einer Stratifizierung bezüglich der Praxisverteilung

im ländlichen/urbanen Raum eine Stichprobe von 200 Hausärzten per Zufallsprinzip ausgewählt (Beteiligung 50%).

### Quality and Costs of Primary Care in Europe, QUALICOPC (2012) [8]

Das Ziel dieser Studie bestand darin, die Funktionsweise der Grundversorgungssysteme in Bezug auf Qualität, Kosten und Gleichheit in 31 europäischen Ländern zu untersuchen. In jedem Land wurden 200 Hausärzte per Zufallsprinzip ausgewählt. Die Stichprobe wurde in der Schweiz nach Kanton stratifiziert und war bezüglich Geschlechterverteilung und Alter repräsentativ für die Gesamtheit der Schweizer Hausärzte [9, 10].

In beiden Studien erfolgte die Datenerfassung durch die postalische Versendung eines Fragebogens an die Hausärzte, den diese eigenständig ausfüllten. Für die nachfolgende Analyse haben wir die Fragen ausgewählt, die in beiden Umfragen identisch waren (identische Fragen und Antwortmöglichkeiten). Diese betreffen folgende Bereiche: soziodemographisches Profil, Praxisorganisation, Tätigkeiten der Hausärzte und berufliche Zufriedenheit.

## Resultate

### Gestiegenes Durchschnittsalter und Feminisierung des Hausarztberufes (Tab. 1)

Von 1993–2012 hat sich der Frauenanteil im Hausarztberuf verdreifacht. Im Jahr 2012 befanden sich die Praxen der Hausärztinnen häufiger in Vororten und Kleinstädten als in Grossstädten oder im ländlichen Bereich. Des Weiteren ist das Durchschnittsalter der Hausärzte von 1993–2012 um 10 Jahre, von 46 auf 56 Jahre, gestiegen, wobei die Frauen im Jahr 2012 mit einem 6 Jahre

geringeren Altersdurchschnitt deutlich jünger waren als die Männer. Diese Resultate waren zu erwarten, da sie ebenfalls in zahlreichen anderen westlichen Ländern beobachtet wurden und aufgrund anderer Schweizer Daten vorhersehbar waren [2, 3, 11].

### Mehr Gemeinschaftspraxen und längere Konsultationszeiten (Tab. 1)

Im Jahr 2012 waren über die Hälfte der Schweizer Hausarztpraxen Gemeinschaftspraxen (52%). Dies sind beinahe doppelt so viele wie im Jahr 1993 (27%). Dennoch ist der Anteil an Einzelpraxen in der Schweiz im Vergleich zu anderen westlichen Ländern wie z.B. Kanada, wo es diese praktisch nicht mehr gibt, nach wie vor sehr hoch. Im Jahr 2012 waren deutlich mehr Frauen in Gemeinschaftspraxen tätig als Männer (77 vs. 45%). Zudem waren häufiger jüngere (66 vs. 40% der über 56-Jährigen) und in Städten niedergelassene Hausärzte (60 vs. 45% im ländlichen Raum) in Gemeinschaftspraxen tätig.

Die EDV-Ausstattung der Praxen hat sich positiv entwickelt, da im Jahr 2012 alle Hausärzte über einen Computer verfügten. Dessen Nutzung zur Verbesserung des Praxisalltags, z.B. durch die elektronische Speicherung von Patientendaten (elektronische Krankengeschichte) oder das Ausdrucken von Verordnungen, erfolgte jedoch auch im Jahr 2012 eher selten, bei nur ca. 50% der Hausärzte.

Die Entwicklung der Organisation der Arbeitszeit ist interessant, da zwar eine Abnahme der Gesamtwochenzeit für die Ausübung klinischer Tätigkeiten in der Praxis beobachtet wurde (siehe nachfolgenden Abschnitt), sich die Dauer eines normalen Praxistages mit den Patienten jedoch kaum verändert hat. Dies ist durch eine Verringerung der Zahl der täglichen Konsultationen (von 30 Konsultationen täglich im Jahr 1993 auf 25 Konsultationen im Jahr 2012) bei einer Zunahme der Konsultationsdauer (von 15 Minuten im Jahr 1993 auf 20 Minuten im Jahr 2012) zu erklären. Im Jahr 2012 hatten die Hausärztinnen im Durchschnitt längere Konsultationszeiten als die Hausärzte (23 vs. 19 Minuten). Dasselbe gilt für im urbanen Raum niedergelassene Hausärzte (22 Minuten vs. 18 Minuten im ländlichen Raum). Der Anstieg der in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern bereits hohen Konsultationsdauer (z.B. 7 Minuten in Spanien und Deutschland) ist wahrscheinlich auf die Zunahme von Multimorbiditäten sowie eine medizinische Entwicklung zurückzuführen, die sich stärker an psychosozialen Problemen orientiert [12].

### Verringeretes Tätigkeitsspektrum der Hausärzte (Tab. 2)

1993 übte etwas mehr als ein Viertel der Hausärzte neben ihrer klinischen Praxistätigkeit eine weitere Tätigkeit aus (28%). 20 Jahre später gaben zwei Drittel der be-

**Tabelle 1:** Entwicklung des Profils und der Organisation der Schweizer Hausärzte von 1993–2012.

	1993	2012	1993–2012 Vergleich*
	%	%	p
<b>Soziodemographisches Profil</b>			
Frauen	7,1	22,1	<0,001
Alter (Durchschnittsalter in Jahren)	46	56	<0,001
<b>Allgemeine Eigenschaften</b>			
Ausschliessliche Tätigkeit als Hausarzt	71,6	33,7	<0,001
Gemeinschaftspraxis	27,7	52,3	<0,001
<b>EDV-Ausstattung</b>			
Nutzung zur Terminvereinbarung	0,7	50,2	<0,001
Nutzung für die Krankenakte	6,0	46,7	<0,001
Nutzung zur Ausstellung von Verordnungen	3,3	55,3	<0,001
<b>Versorgungszugang</b>			
Normale wöchentliche Arbeitszeit (als Hausarzt, durchschnittliche Stundenzahl)	50,0	48,5	<0,01
Wöchentliche Arbeitszeit inklusive Pikett- und Notfalldienste (in Stunden)	64,0	51,0	<0,001
Zahl der (persönlichen) Konsultationen pro Tag	30	25	<0,001
Konsultationsdauer (in Minuten)	15	20	<0,001
Nächstgelegenes ambulantes Notfallzentrum (oder nächstgelegener Facharzt) >10 km	31,4	13,9	<0,001
Nächstgelegenes Spital in über 10 km Entfernung	31,8	25,4	n.s.

\* Nach Bereinigung bzgl. der Praxisverteilung im urbanen/ländlichen Raum; n.s.: nicht signifikant.

**Tabelle 2:** Entwicklung der Tätigkeit der Schweizer Hausärzte von 1993–2012.

	1993	2012	1993–2012 Vergleich*
	%	%	p
<b>Betreuung chronischer Erkrankungen<sup>1</sup></b>			
Chronische Bronchitis	99,5	99,0	n.s.
Magengeschwüre	98,5	97,4	n.s.
Typ-2-Diabetes	99,0	99,5	n.s.
Depressionen	96,9	96,9	n.s.
Myokardinfarkt	67,6	89,9	<0,001
<b>Erstversorgung durch Hausärzte<sup>1</sup></b>			
Kind mit starkem Husten	85,6	54,1	<0,001
Verhütungswunsch	61,7	18,7	<0,001
Knoten in der Brust bei Frauen	68,0	40,4	<0,001
Erstmaliger epileptischer Anfall	83,6	66,8	<0,001
Angstzustände bei Erwachsenen	91,4	67,5	<0,001
Magenschmerzen	98,5	95,5	n.s.
Angina-pectoris-Symptome	97,9	96,4	n.s.
Gelenkschmerzen bei alten Menschen	98,5	98,9	n.s.
<b>Erbringung technischer Leistungen</b>			
Kleine chirurgische Eingriffe <sup>2</sup>	100	91,8	<0,001
Einsatz eines IUS	43,7	19,2	<0,001
Intraartikuläre Infiltration	92,9	83,4	<0,001
<b>Prävention</b>			
Schwangerschaftsbegleitung	76,8	20,7	<0,001
Impfung von Kindern	91,8	58,3	<0,001
Betreuung von Kindern <4 Jahren	83,5	40,1	<0,001

\* Nach Bereinigung bzgl. der Praxisverteilung im urbanen/ländlichen Raum; n.s.: nicht signifikant.

<sup>1</sup> Immer oder üblicherweise.

<sup>2</sup> Nähen von Wunden, Ekzision von Warzen, eingewachsenen Nägeln oder Zysten der Kopfhaut.

fragten Probanden an, mindestens einer weiteren bezahlten Tätigkeit nachzugehen. Am häufigsten handelte es sich dabei um eine Beteiligung an der Ausbildung junger Ärzte und die Arbeit in einer Gesundheitseinrichtung (Alters- und Pflegeheim usw.). Die zunehmende Ausübung mehrerer Tätigkeiten im Jahr 2012 betraf Frauen und Männer gleichermaßen und variierte nicht in Bezug auf das Alter. Sie war jedoch häufiger in Grossstädten (84%) und im ländlichen Raum (70%) als in Vororten oder Kleinstädten (47%) zu beobachten.

Bezüglich der klinischen Aktivitäten der Hausärzte waren zwei gegenläufige Trends zu verzeichnen. So sind sie nach wie vor die ersten Ansprechpartner bei der Betreuung «klassischer» chronischer Krankheiten wie Diabetes, chronischer Bronchitis, Magengeschwüren oder Depressionen. Für andere Tätigkeiten, insbesondere gynäkologischer, geburtshilflicher und pädiatrischer Natur, wenden sich die Patienten heute jedoch eher an Fachärzte. Dies äussert sich dahingehend, dass Hausärzte bei Beschwerden in diesen Bereichen, wie z.B. starkem Husten bei Kindern (86% im Jahr 1993 vs. 54% im Jahr 2012) oder Verhütungswunsch (62% im Jahr 1993 vs. 19% im Jahr 2012), seltener zur Erstbehandlung aufgesucht werden. Des Weiteren werden deutlich seltener Schwangerschaften betreut (77% im Jahr 1993

vs. 21% im Jahr 2012) Kinder geimpft (92% im Jahr 1993 vs. 58% im Jahr 2012) sowie die Kindesentwicklung beurteilt (83% im Jahr 1993 vs. 40% im Jahr 2012).

Ferner ist die seltenere Erbringung technischer Leistungen, wahrscheinlich zugunsten ambulanter Notfallzentren oder sonstiger Fachärzte, zu beobachten. So führten 8,5% der Hausärzte aus unserer Stichprobe im Jahr 2012 keine kleinen chirurgischen Eingriffe (Nähen von Wunden, Ekzision von Warzen oder eingewachsener Nägel usw.) mehr durch, während im Jahr 1993 alle Hausärzte derartige Tätigkeiten übernahmen.

### Geringere berufliche Zufriedenheit?

Die berufliche Zufriedenheit der Hausärzte ist eher gesunken. Als Grund dafür gaben im Jahr 2012 80% der Hausärzte der Stichprobe eine Überlastung durch Verwaltungstätigkeiten (59% im Jahr 1993), 31% Zweifel am Sinn oder Nutzen ihrer Arbeit (vs. 15% im Jahr 1993) sowie 35% ein Ungleichgewicht von Arbeitsaufwand und Befriedigung durch den Beruf (vs. 26% im Jahr 1993) an. Positiv anzumerken ist jedoch der geringe Interessensverlust am Beruf (bei lediglich ca. 3%) sowohl im Jahr 1993 als auch im Jahr 2012!

NB. Im Jahr 1993 gab es die zusätzliche Antwortmöglichkeit «keine Meinung», was die obigen Resultate z.T. relativieren könnte.

## Fazit

Möglicherweise ist die Generalisierbarkeit der Daten durch die Grösse der beiden Stichproben und eine mögliche Selektion aufgrund der freiwilligen Beantwortung der Fragebögen beschränkt. Die Untersuchung der Repräsentativität der teilnehmenden Probanden in Bezug auf Geschlechterverteilung, Alter und geographische Verteilung hat jedoch ergeben, dass die Stichproben repräsentativ für die Gesamtheit der Schweizer Hausärzte sind.

Diese Studie zeigt die tiefgreifenden Veränderungen der Schweizer Hausarztmedizin in den letzten zwanzig Jahren, sowohl in Bezug auf die Hausarztpopulation als auch ihre Organisation und Tätigkeiten auf.

Angesichts des gestiegenen Durchschnittsalters und der Feminisierung des Hausarztberufs in Kombination mit der Reduktion der Arbeitszeit (hauptsächlich bei Frauen, jedoch heute auch bei Männern) sowie der Zunahme praxisexterner Tätigkeiten der Hausärzte stellt sich die Frage nach einem möglichen Versorgungsmangel, wodurch die Wichtigkeit der Massnahmen der Schweizer Universitäten zur Steigerung der Hausärztezahlen untermauert wird [10]. Ob diese ausreichend sind, ist – insbesondere angesichts der für ihre Umsetzung erforderlichen Zeit – noch ungewiss. Wahrscheinlich sollte in der Gleichung auch die berufliche Zufriedenheit der Hausärzte berücksichtigt werden.

Die steigende Lebenserwartung und die beständige Zunahme chronischer Erkrankungen haben in den westlichen Gesundheitssystemen grosse Engpässe bezüglich des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung und der daraus resultierenden Kosten zur Folge. Die Stärkung der Rolle des Hausarztes als ersten Ansprechpartners sowie die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachleuten für besonders komplexe Patientenpopulationen sollten als Lösungsansätze für diese Herausforderungen in Betracht gezogen werden.

## Danksagung

Wir möchten diesen Artikel als Gelegenheit nutzen, allen Hausärzten, die sich an dieser Datenerfassung beteiligt haben und/oder am SPAM-Netzwerk teilnehmen und somit zur aktiven Gestaltung der Zukunft der Hausarztmedizin beitragen, herzlich zu danken.

## Disclosure statement

Die Autoren haben keine Interessenkonflikte deklariert.

## Literatur

- 1 OECD. Reviews of health systems. Switzerland 2011: OECD Publishing; 2011. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems\\_19901410](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems_19901410).
- 2 Monnier M. Médecins de premier recours en Suisse romande: qui sont-ils? Que font-ils? Primary Care. 2004;4:782–4.
- 3 Vilpert S. Ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger-Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy Survey 2012 des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) Neuenburg; 2012.
- 4 Schweizerische Eidgenossenschaft. Gesetz über die obligatorische Krankenversicherung. Available on (May 2014): <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>.
- 5 TARMED Suisse. Available on (May 2014): <http://www.tarmed-suisse.ch/153.html?&L=1>.
- 6 Teljeur C, Thomas S, O’Kelly FD, O’Dowd T. General practitioner workforce planning: assessment of four policy directions. BMC Health Serv Res. 2010;10:148.
- 7 Boerma WG. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Nivel ed. Utrecht; 2003.
- 8 Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Fam Pract. 2011; 12:115.
- 9 Selby K, Cornuz J, Senn N. SPAM – Swiss Primary Care Active Monitoring. Ein Netzwerk zum besseren Verständnis der Hausarztmedizin in der Schweiz Primary Care. 2015;15(21):372–4.
- 10 Cohidon C, Cornuz J, Senn N. Primary care in Switzerland: evolution of physicians profile and activities in twenty years (1993–2012). BHC Fam Pract. 2015;16:107.
- 11 Jaccard Ruedin H, Weaver F. Ageing workforce in an ageing society – Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030? Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) Neuenburg; 2009.
- 12 Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ. 2002;325(7362):472.

---

Korrespondenz:  
Dr. med. Christine Cohidon,  
MD PhD  
Policlinique médicale  
universitaire  
Rue de Bugnon 44  
CH-1004 Lausanne  
[christine.cohidon\[at\]  
hospvd.ch](mailto:christine.cohidon[at]hospvd.ch)