



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung des Postulates der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) 07.3279 "Zur Aufwertung der Hausarztmedizin" sowie des gleich lautenden Postulates der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) 07.3561

Inhaltsverzeichnis

0.	Übersicht	4
1.	Ausgangslage	6
2.	Inhalt der Postulate 07.3279 und 07.3561	6
3.	Begriffsbestimmung	6
4.	Tätigkeitsprofil der Grundversorger	7
4.1.	Die wichtigsten Resultate der Tätigkeitsanalyse	9
4.2.	Folgerungen	10
5.	Medizinische Demografie	10
5.1	Die Entwicklung der Spezialisierung	10
5.2	Dichte der ärztlichen Grundversorger	12
5.3	Folgerungen	15
6.	Reformbedarf in Aus- und Weiterbildung- Frage 1a der Postulate	15
6.1	Verbesserung von Aus- und Weiterbildung	16
6.2	Integrierte Versorgung	17
7.	Ärztliche Grundversorgung in Randregionen - Frage 1b der Postulate	18
8.	Massnahmen zur Verbesserung der Grundversorgung - Frage 2 der Postulate	20
8.1	Massnahmen des Bundes (EDI/BAG)	20
8.2	Gemeinsame Massnahmen von Bund und Kantonen (GDK und EDI/BAG)	21
8.3	Umsetzungsmassnahmen in den Kantonen	22
9.	Einkommensentwicklung - Frage 3 der Postulate	25
9.1	Grundlagen der Einkommensberechnung	25
9.2	AHV-pflichtiges Einkommen nach Facharztgruppen	26
9.3	Kennzahlen zum AHV-pflichtigen Einkommen in der Allgemeinmedizin	28
9.4	Zusammensetzung der Praxis-Bruttokosten	29
9.5	Mögliche Gründe für die Einkommensunterschiede	29
9.6	Ärztteeinkommen im internationalen Vergleich	30
9.7	Fazit zur Einkommensentwicklung	32
10.	Zusammenfassung	33

Verzeichnis der Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
Büro BASS	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FMP	Verband der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GRSP	Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz MedBG)
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SAEZ	Schweizerische Ärztezeitung
santésuisse	Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer im Bereich der sozialen Krankenversicherung
SGAM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
SGIM	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
SGK-N	Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SGK-S	Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SWTR	Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat
TARMED	Einzelleistungstarif für sämtliche in der Schweiz erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen im Spital und in der freien Praxis
WONCA Europe	World Family Doctors. Caring For People. Europe

0. Übersicht

Der vorliegende Bericht in Beantwortung der gleich lautenden Postulate 07.3279 und 07.3561 der Kommissionen für Soziale Sicherheit und Gesundheit beider Räte ist in der Folge der am 1. April 2006 von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin eingereichten Petition "Gegen die Schwächung der Hausarztmedizin" in Auftrag gegeben worden. Der Bundesrat wird aufgefordert, zu prüfen und Bericht zu erstatten wie die Aus- und Weiterbildung verbessert und die Randregionen für Hausärzte attraktiver gemacht werden können. Zusätzlich soll die Wirksamkeit der von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) eingeleiteten Massnahmen beurteilt sowie die Entwicklung der Honorierung der Allgemeinpraktiker beschrieben werden. Die aufgeworfenen Fragen stehen in einem engen thematischen Zusammenhang mit der am 2. Oktober 2008 eingereichten Motion Fehr (08.3608), mit welcher eine Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin entwickelt werden soll. Die Fragen aus den beiden Postulaten sind Ausdruck einer wachsenden Besorgnis darüber, dass die ambulante ärztliche Gesundheitsversorgung in Zukunft nicht mehr gesichert sein könnte.

Es besteht ein allgemeines Interesse an einer gut funktionierenden, kosteneffizienten und auf den Bedarf des Patienten optimal abgestimmten ambulanten (und stationären) Gesundheitsversorgung. Die Frage des Mangels an ärztlichen Grundversorgern ist in diesem Zusammenhang von grosser Bedeutung. Das Ziel einer bedarfsgerechten, kostengünstigen und optimal aufeinander abgestimmten Versorgung kann nur erreicht werden, wenn die Zusammenarbeit zwischen allen Facharztgruppen und weiteren Gesundheitsberufen integriert und koordiniert erfolgt.

Wie die Fragestellungen der beiden Postulate deutlich machen, werden heute grundlegende Begriffe wie "Hausarztmedizin", "Grundversorgung" und "Allgemeinpraktiker" unterschiedlich verwendet. Um die aktuelle Situation der ärztlichen Grundversorgung besser zu verstehen, ist zunächst eine Klärung dieser Begriffe notwendig. Ebenso notwendig ist ein besseres Verständnis der Aufgabenteilung in der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie der Funktionsweise des Einzelleistungstarifs, des TARMED. Deshalb werden in Kapitel 3 und 4 des Berichtes diese beiden Aspekte ausgeleuchtet. Es wird aufgezeigt, dass sich die Tätigkeitsgebiete der verschiedenen Facharztgruppen mehr oder weniger stark überschneiden. Da auch Spezialärztinnen und Spezialärzte in der ambulanten Grundversorgung tätig sind und sein können, kann das grundsätzlich vorhandene Grundversorgerpotential somit nicht allein aufgrund der Zahl der im Rahmen der Übergangslösung Zulassungsstopp nun als ärztliche Grundversorger definierten Facharzttrichtungen bestimmt werden.

Im anschliessenden Kapitel 5 wird die Demographie der ärztlichen Grundversorgung beleuchtet. Daraus wird deutlich, dass sich mit einer Verdoppelung der Facharzttrichtungen seit 1980 auch die Zuordnungen der einzelnen Facharztgebiete zu den beiden Kategorien „Grundversorgung“ und „Spezialversorgung“ verschoben haben. Dies und die starke Zunahme der ambulanten Spitalversorgung erschweren eine abschliessende Beurteilung der Frage, wie gross das Potential der ärztlichen Grundversorger tatsächlich ist.

In Kapitel 6 wird der Frage nachgegangen, wie die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Hausarztmedizin verbessert werden könnte. Ausgehend von den in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Abgrenzungsproblemen werden einige Überlegungen zu bereits durchgeführten oder noch ausstehenden Reformen im Bereich der Aus- und Weiterbildung der ärztlichen Grundversorger sowie zu deren zukünftigen Rollen skizziert. Diese müssen in Zukunft mit den betroffenen Partnern vertieft analysiert und diskutiert werden.

In Kapitel 7 wird auf die besondere Situation der ärztlichen Grundversorgung in Randregionen eingegangen. Dabei wird deutlich, dass der Attraktivitätsverlust der ärztlichen Grundversorgung in Randregionen nicht ausschliesslich auf die (vermeintlich) geringeren Verdienstmöglichkeiten reduziert werden kann.

Im darauf folgenden Kapitel 8 wird die Frage nach den von Bund und Kantonen eingeleiteten Massnahmen zur Verbesserung der Grundversorgung beantwortet. Insbesondere werden die von der ge-

meinsamen Arbeitsgruppe „Ärztliche Grundversorgung“ eingeleiteten Massnahmen im Bereich der Weiterbildung und der Notfallversorgung detailliert aufgeführt.

In Kapitel 9 werden die Entwicklung des Einkommens der verschiedenen Fachärztinnen und Fachärzte anhand der AHV-pflichtigen Einkommen der Jahre 2004 und 2005 aufgezeigt und mögliche Gründe für Einkommensunterschiede diskutiert. Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass die Frage nach der Entwicklung der Honorierung der Allgemeinpraktiker nicht abschliessend beantwortet werden kann, weil die Berechnungen auch sämtliche Teilzeiteinkommen enthalten. Deutlich wird dies, wenn die Einkommen nach Geschlecht analysiert werden: Frauen verdienen in allen Facharzttrichtungen rund die Hälfte weniger die Männer. Die Tendenz zur Abnahme des Aktivitätsgrades ist belegt, die Zunahme der Feminisierung ein Faktum.

Im abschliessenden Kapitel 10 werden die wichtigsten Erkenntnisse nochmals zusammengefasst.

Der vorliegende Bericht beantwortet die Fragen der Postulate und enthält auch einige Lösungsansätze. Welche konkreten Massnahmen und Empfehlungen allenfalls zur Verbesserung der Situation der ärztlichen Grundversorgung notwendig sind, wird im Rahmen der Umsetzung der Motion Fehr (08.3608), welche die Entwicklung einer Strategie gegen den Ärztemangel und die Förderung der Hausarztmedizin verlangt, geklärt werden.

1. Ausgangslage

Am 1. April 2006 fand in Bern eine nationale Kundgebung zugunsten der Hausarztmedizin statt, die grosse mediale Aufmerksamkeit erhielt. Über 10'000 Personen nahmen an der Kundgebung teil, darunter mehrere tausend Hausärztinnen und Hausärzte.

Anlässlich dieser Kundgebung reichte die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) mit Unterstützung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM), der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) sowie der Verbandes der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte (FMP) beim Bundesrat eine Petition mit über 300'000 Unterschriften ein. Unterstützt wurde die Petition ebenfalls von den Vorständen der Konsumentenforen Schaffhausen und der Ostschweiz.

Die Petition fordert, dass kein weiterer Abbau von hausärztlichen Dienstleistungen (Praxislabor, Röntgen, Notfallversorgung, Medikamentenabgabe) erfolgt und dass genügend Hausärztinnen und Hausärzte ausgebildet werden. Auch sollen genügend und gute Ausbildungsmöglichkeiten für Hausärztinnen und Hausärzte geschaffen werden.

2. Inhalt der Postulate 07.3279 und 07.3561

Nachdem in den Räten bereits zahlreiche Vorstösse zur Stärkung der ärztlichen Grundversorgung eingereicht worden waren, nahm die SGK-S nach einer Anhörung des Präsidenten der SGAM am 21. August 2006 die Anliegen der Petition im Postulat 07.3279 vom 26. März 2007 auf und verlangte die Klärung der drei folgenden Fragen in Form eines Berichtes:

Der Bundesrat wird aufgefordert, gemeinsam mit den Kantonen zu prüfen und Bericht zu erstatten:

- 1a) wie die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Hausarztmedizin verbessert werden kann;
- 1b) wie die Randregionen für Hausärzte attraktiver gemacht werden können;
- 2) inwiefern die mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vereinbarten Massnahmen zur Verbesserung der Grundversorgung wirksam werden;
- 3) wie sich die Honorierung der Allgemeinpraktiker entwickelt.

3. Begriffsbestimmung

In den Fragestellungen der Postulate werden die Begriffe Hausarztmedizin, (ärztliche) Grundversorgung und Allgemeinpraktiker verwendet. Diese Begriffe, obwohl häufig synonym verwendet, bedeuten jedoch nicht dasselbe.

Der Begriff **Hausarztmedizin** wurde 2002 von WONCA Europe (World Family Doctors. Caring For People. Europe), als Synonym für die Allgemeinmedizin definiert.

Der Begriff **Allgemeinpraktiker** wird in Statistiken der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) als Sammelbegriff für die Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, die Praktischen Ärzte sowie Gruppenpraxen verwendet. Er umfasst somit mehr als nur die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner.

Im Rahmen der Verlängerung der Bedürfnisklausel hat das Parlament ausgehend von einer parlamentarischen Initiative¹ am 12. Juni 2009 die **ärztlichen Grundversorger** für den Bereich der Bedürfnisklausel im Gesetz anhand folgender Weiterbildungstitel befristet bis zum 31. Dezember 2011 abschliessend umschrieben:

- Allgemeinmedizin;
- Praktischer Arzt oder praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel;

¹ Pa. Iv. 09.400.

- Innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel;
- Kinder- und Jugendmedizin.

Der Bundesrat übernahm die Umschreibung und setzte den Parlamentsbeschluss am 21. Oktober 2009 durch eine Änderung² der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung³ um.

Mit der abschliessenden Aufzählung der Weiterbildungstitel im Gesetz wird der Vollzug der Bedürfnisklausel vereinfacht. Bereits aus dem Bericht der SGK-N zur parlamentarischen Initiative⁴ geht hervor, dass viele Ärztinnen und Ärzte über mehrere Weiterbildungstitel in unterschiedlichsten Kombinationen verfügen. Das Gesetz regelt die Kombinationen nicht ausdrücklich, so dass durch Auslegung zu ermitteln sein dürfte, welcher Kategorie ein Arzt mit mehreren Weiterbildungstiteln angehört. Nachdem die FMH in ihrer Stellungnahme zur Übergangslösung⁵ vom Mai 2009 feststellte, dass aufgrund der vorgesehenen Bestimmungen zahlreiche Spezialärztinnen und Spezialärzte den Grundversorgetitel Praktischer Arzt beantragten, um damit in der Grundversorgung tätig zu sein, wurde die gleiche Einschränkung, die für den Facharzttitel Innere Medizin gilt (einziger Weiterbildungstitel), auch für den Facharzttitel Praktischer Arzt eingeführt. Jedenfalls kommt es im Rahmen der Bedürfnisklausel nicht auf die Natur der tatsächlich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen an.

Aus versorgungspolitischer Sicht stellt sich die Frage, ob nicht auch weitere Facharztgebiete wie beispielsweise die Psychiatrie oder die Gynäkologie zur ärztlichen Grundversorgung gezählt werden sollten.

Obwohl die verschiedenen Begriffe uneinheitlich verwendet werden, besteht beim Begriff „Grundversorger“ hinsichtlich **Profil und Funktion** weitgehend **Einigkeit**: als ärztliche Leistungserbringer sind Grundversorger für alle Personen sowohl mit akuten Erkrankungen als auch chronischen Leiden zugänglich. Als Eintrittsstelle ins Versorgungssystem nehmen sie eine Triagefunktion wahr und sind in dieser Funktion auch für dringliche Fälle zuständig. Sie koordinieren die Leistungen mit der nachgeordneten Versorgung im ambulanten oder stationären Bereich sowie in der Langzeitversorgung. Als besondere Stärke der Grundversorger gilt eine personenbezogene, auf das familiäre und das lebensweltliche Umfeld bezogene Herangehensweise. Im Falle der Pädiatrie, deren Zugehörigkeit zur ärztlichen Grundversorgung heute unbestritten ist, wird das Konzept eines für alle Personengruppen zuständigen ärztlichen Grundversorgers allerdings erstmals durchbrochen, indem die Einschränkung auf eine bestimmte Personengruppe (Kinder und Jugendliche) allgemein akzeptiert wird.

Weil im politischen Diskurs eher der Begriff der Grundversorgung verwendet wird, wird im vorliegenden Bericht durchwegs von ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern die Rede sein.

4. Tätigkeitsprofil der Grundversorger

Bezogen auf die erbrachten Leistungen ist wichtig zu sehen, dass es keinen klar definierten Katalog **von Grundversorgerleistungen** gibt. Somit kann grundsätzlich jeder Arzt / jede Ärztin Grundversorgungsleistungen erbringen und diese entsprechend mit den Krankenversicherern abrechnen.

In einer vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebenen Studie⁶ über die Tätigkeitsprofile der Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit wurden die ärztlichen Aktivitäten unabhängig von den erworbenen Facharzttiteln aufgrund der tatsächlich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Leistungen analysiert. Es wurden elf Fachrichtungen berücksichtigt⁷; darunter befinden sich sieben der zehn grössten Facharztgruppen. Mit der Analyse sollte die Frage beantwortet werden, welche Ärztinnen und Ärzte in welchem Umfang in der Grundversorgung engagiert sind. Eine Datenquelle, die das Leistungsspektrum der Ärztinnen und Ärzte (zumindest teilweise) abbildet, sind

² Vgl. AS 2009 5339.

³ SR 832.103.

⁴ BBl 2009 3413.

⁵ Ja zu einer Übergangslösung zum Zulassungsstopp (FMH) http://www.fmh.ch/files/pdf1/Zulassungsstopp_Meinung_der_FMh_Mai_DEF_D1.pdf

⁶ Dubach, P., Künzi, K. 2008. Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von TARMED-Daten. Büro BASS. BAG, 2008.

⁷ Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktischer Arzt/Praktische Ärztin, Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie, Kardiologie, Rheumatologie, Chirurgie, Radiologie, Ophthalmologie, Psychiatrie

deren Abrechnungen (Daten aus dem Tarifpool von santésuisse). Seit Anfang 2004 wird für ambulante Behandlungen in freien Arztpraxen und in Spitälern der einheitliche Arzttarif TARMED verwendet. Er bildet die ambulanten Leistungen mit rund 4'600 Leistungspositionen ab. Die 4'600 Einzelleistungen können wie folgt klassifiziert werden:

A Grundversorgerpositionen:

Positionen, die im TARMED explizit als Leistungen der Grundversorger bezeichnet sind. Es handelt sich dabei um lediglich vier Positionen. Diese Positionen dürfen aufgrund der Anwendungsrichtlinien des TARMED ausschliesslich von den vier oben erwähnten Facharzttitelinhaberinnen und -inhaber der Grundversorgung verwendet werden. Als Beispiel einer solchen Position sei hier die "Kleine Untersuchung durch den Facharzt für die Grundversorgung" erwähnt, welche mindestens die Überprüfung von Gewicht und Länge, eine orientierende Allgemeinbeurteilung, Haut kursorisch, Mund/Zähne, Rachen/Hals, Trommelfell (Kind), physikalische Untersuchung der Thoraxorgane, Puls und Blutdruck (Erwachsene) sowie die physikalische Untersuchung des Abdomens umfasst.

B Generalistenleistungen:

Leistungen, die keine spezialmedizinische Fachausbildung voraussetzen (ca. 440 Positionen). Im TARMED wird dies darin ersichtlich, dass diese Positionen von allen Ärztinnen und Ärzten ungeachtet ihres Weiterbildungstitels⁸ verwendet werden dürfen. Die Generalistenleistungen können ohne komplexe technische Vorkehrungen erbracht werden. Es ist plausibel, dass sich darunter viele Leistungen befinden, die für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung von grosser Bedeutung sind und die nicht über die vier Grundversorgerpositionen erfasst werden (können). Als Beispiel einer Generalistenposition sei hier die "Entfernung von Klammern und/oder Nahtmaterial" genannt.

C Spezialistenleistungen:

Leistungen, die nur von Spezialistinnen und Spezialisten vorgenommen werden. Die Anwendungsrichtlinien des TARMED schränken die Anwendung dieser Positionen auf die entsprechenden Facharzttitel ein. Als Beispiel sei hier die "Versorgung einer komplexen Ellbogenfraktur, geschlossene Reposition" genannt, die nur durch Fachärzte für Chirurgie respektive für Orthopädische Chirurgie erfolgen darf.

D Konsultationen

Konsultationspositionen bilden eine Art Sammelbecken für nicht anderweitig tarifierte Tätigkeiten im Rahmen von Sitzungen mit Patientinnen und Patienten (Begrüssung, Verabschiedung, Akteneinsichten, Übergaben und Anordnungen an Hilfspersonal usw.). Sie lassen keinen Rückschluss auf den fachlich-medizinischen Gehalt der Sitzung zu: Auch Spezialistinnen und Spezialisten wenden diese Positionen an, wenn sie Diagnosen und Therapien fakturieren. Als Beispiel seien die "Konsultation, erste 5 Minuten" und "+ Konsultation, jede weiteren 5 Minuten" erwähnt, die alle ärztlichen Leistungen umfassen, die der Arzt bei Patienten in seiner Praxis mit einfachen Hilfsmitteln erbringt. Auch die Begrüssung, nicht besonders tarifierte Besprechungen und Untersuchungen, nicht besonders tarifierte Verrichtungen wie bestimmte Injektionen, Verbände, die Begleitung und Übergabe (inkl. Anordnungen an Hilfspersonal) u.w.m. fallen darunter.

Weitere Kategorien sind "Positionen mit Grundversorgerbeteiligung", "Betreuung und Besprechungen", "Administration", "Konsilien", "Notfallzuschläge" und "nichtärztliche Leistungen".

Für das Analysekonzept ist es wichtig, dass die Vorschriften, welche die Verwendung einer Position auf bestimmte Facharzttitel, Schwerpunkte oder Fähigkeitsausweise (qualitative Dignität) beschränken, in der Praxis nicht strikt vollzogen werden. Bei der Einführung des TARMED am 1. Januar 2004 (für die OKP) war den Ärztinnen und Ärzten eine sogenannte Besitzstandgarantie gewährt worden: sie sicherte den bereits vor der Einführung des TARMED aktiven Ärztinnen und Ärzten zu, dass sie auch unter den neuen TARMED-Tarifen Leistungen ausserhalb ihres Fachbereichs fakturieren dürfen, wenn sie diese während drei Jahren vor der Inkraftsetzung regelmässig und qualitativ unbeanstandet

8 Der Begriff Facharzttitel wird synonym zum (eidg. oder anerkannten) Weiterbildungstitel gemäss Medizinalberufegesetz (MedBG) verwendet (Ausnahmen: die privatrechtlichen Facharzttitel FMH in Neuropathologie und Handchirurgie sind nicht eidg. geregelt)

erbracht hatten. Es ist daher in der konkreten Anwendung des TARMED möglich, dass Fachärztinnen und Fachärzte mit einem Grundversorgertitel auf Spezialistenpositionen abrechnen und umgekehrt. Im Jahr 2006 umfasste die Dignitätsdatenbank der FMH etwa 23'000 Ärztinnen und Ärzte. Davon haben 18'400 Besitzstandpositionen deklariert. Aus den 4'500 Leistungspositionen des TARMED-Tarifwerkes hat jeder Arzt und jede Ärztin durchschnittlich 105 Positionen in seinen persönlichen Besitzstand aufgenommen. Insgesamt enthält die Datenbank somit etwa 2 Millionen Besitzstandleistungen.

4.1. Die wichtigsten Resultate der Tätigkeitsanalyse

Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass sich die Tätigkeitsprofile der ärztlichen Grundversorger deutlich von den Tätigkeitsprofilen der Spezialistinnen und Spezialisten unterscheiden.

Gleichzeitig wird innerhalb der Gruppe der Spezialistinnen und Spezialisten eine unterschiedlich starke Abgrenzung zur Grundversorgung ersichtlich. Die Unterschiede treten vor allem in drei TARMED-Leistungskategorien hervor: Spezialistenleistungen, Grundversorgerpositionen, Konsultationen.

Tabelle: Resultate der Tätigkeitsprofile aufgrund der TARMED-Analyse

Profil	Tarmed-Leistungskategorie			Fachrichtungen
	Spezialistenleistungen	Grundversorgerpositionen	Konsultationen	
Grundversorger/in	Kleiner Anteil (max. 10%)	Im Vergleich mit übrigen Fachrichtungen hoher Anteil (ca. 10%-20%)	Hoher Anteil (ca. 40%-60%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Allgemeinmedizin ■ Innere Medizin ■ Praktische Ärzt/innen ■ Kinder- und Jugendmedizin
Spezialist/innen mit Nähe zur Grundversorgung	Mittlerer Anteil (ca. 30%-50%)	Im Vergleich mit übrigen Fachrichtungen mittlerer Anteil (ca. 5%-10%)	Mittlerer Anteil (ca. 20%-30%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kardiologie ■ Rheumatologie ■ Gynäkologie (Vorbehalt: kaum Grundversorgerpositionen, dafür hoher Anteil Generalistenleistungen)
Übrige Spezialist/innen	Hoher Anteil (ca. 70%-100%)	Sehr geringer Anteil	Geringer bis mittlerer Anteil (bis ca. 25%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Radiologie ■ Ophthalmologie ■ Psychiatrie

Bei den Spezialistinnen und Spezialisten zeichnen sich **zwei Gruppen** ab: Erstens die Fachrichtungen mit einem **sehr hohen Anteil an Spezialistentätigkeiten**. Dazu gehören die Radiologie, die Ophthalmologie und die Psychiatrie, die mehr als zwei Drittel der ärztlichen Zeit unter Spezialistenpositionen verbuchen. Zweitens die Fachrichtungen mit einem **«mittleren» Anteil an Spezialistentätigkeiten**, der sich zwischen 18 und 44 Prozent bewegt. Entsprechend ist auch das Tätigkeitsprofil dieser Spezialistinnen und Spezialisten breiter oder «bunter». Zu dieser Gruppe gehören die Kardiologie, die Rheumatologie und die Gynäkologie. Die Unterscheidung zweier Gruppen von Spezialistinnen und Spezialisten bestätigt die Vermutung, dass das Feld der Spezialistinnen und Spezialisten nicht homogen ist und der Grad der Abgrenzung gegenüber anderen Facharzttrichtungen und insbesondere gegenüber der Grundversorgung unterschiedlich ausgeprägt ist. Für die Zuteilung von Einzelfällen müssten für eine oder mehrere Kategorien Schwellenwerte definiert werden. Methodisch setzt dies Häufigkeitsanalysen auf der Basis von Individualdaten der Leistungserbringer voraus. Ob sich für die anvi-

sierten Kategorien sinnvolle und konsensfähige Schwellenwerte finden lassen, müsste eingehend untersucht werden.

4.2 Folgerungen

Die Analyse zeigt, dass TARMED - mit gewissen Vorbehalten - geeignet ist, Tätigkeitsprofile von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten zu zeichnen. Sie zeigt auch, dass Grundversorgertätigkeiten teilweise von bestimmten Spezialistinnen und Spezialisten übernommen oder umgekehrt Spezialistentätigkeiten auch von Grundversorgerinnen und Grundversorgern übernommen werden (können).

Die TARMED-Analyse erlaubt jedoch keine präzisen Aussagen darüber, wie stark ein Arzt bzw. eine Ärztin in der Grundversorgung engagiert ist, weil der bei allen Facharzttrichtungen relativ grosse Anteil an Konsultationspositionen keinen genauen Rückschluss auf den fachlich-medizinischen Gehalt einer Sitzung erlaubt. Ein weiterer Vorbehalt besteht darin, dass Unterschiede in den Tätigkeitsprofilen teilweise auf sachfremde Faktoren zurückzuführen sind wie beispielsweise das unterschiedliche Abrechnungsverhalten verschiedener Fachrichtungen.

- Bei einem zunehmenden Mangel an ärztlichen Grundversorgern ist es denkbar, **dass bestimmte Spezialistinnen und Spezialisten sich vermehrt in der Grundversorgung engagieren.**
- Das tatsächliche **Potential an Grundversorgerinnen und Grundversorgern** besteht nicht ausschliesslich in der Zahl der Inhaberinnen und Inhaber der vier Facharzttitel der ärztlichen Grundversorgung.
- Die Studie gibt mit ihrer Darstellung der Funktionsweise des TARMED Aufschluss über eine Systemeigenschaft, die möglicherweise erklären kann, weshalb der Anreiz zu einer (langen und anspruchsvollen) Weiterbildung in einer der vier Facharzttrichtungen der ärztlichen Grundversorgung gering ist: obwohl die Weiterbildungsdauer in Allgemeinmedizin vergleichbar ist mit den andern Facharzttrichtungen (nur die Weiterbildung zum Praktischen Arzt dauert lediglich 3 Jahre), sieht TARMED **nur gerade vier Abrechnungspositionen vor, die ausschliesslich den "Grundversorgern" vorbehalten sind.** Die jungen Grundversorgerinnen und Grundversorger können auch keine Besitzstandsgarantie auf Spezialistentätigkeiten geltend machen, wie dies viele der aktuell tätigen Ärztinnen und Ärzte noch tun konnten.
- Mit einer Spezialisierung ausserhalb der vier Grundversorgertitel erwirbt **der zukünftige Spezialist** dagegen nicht nur das Recht auf (oftmals lukrativere) Spezialistenpositionen, die er/sie im stationären Bereich zudem häufig mit dem Halbprivat- oder Privattarif abrechnen kann, sondern er/sie **erhält gleichzeitig die Möglichkeit, die allen Facharzttrichtungen zugänglichen Generalistenleistungen abzurechnen** und damit ebenfalls "Grundversorgerleistungen" zu erbringen.
- TARMED enthält für die ärztlichen Grundversorger **trotz einer langen und anspruchsvollen Weiterbildung** mit nur vier exklusiven Leistungspositionen **kein mit den Spezialisten vergleichbares "Leistungsspektrum"**, welches zudem weitgehend noch mit der Option "Grundversorgung" gekoppelt ist.

5. Medizinische Demografie

Die im Vergleich zu den Spezialisten weniger stark wachsende Zahl der ärztlichen Grundversorger hat dazu geführt, dass diese besonders aufmerksam verfolgt werden. Da diese Entwicklung untrennbar verbunden ist mit der Entwicklung der Spezialisierung, folgen zunächst einige Ausführungen dazu, anschliessend werden verschiedene demographische Studien vorgestellt.

5.1 Die Entwicklung der Spezialisierung

Gemäss Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz MedBG)⁹ gibt es 44 eidgenössische Weiterbildungstitel in Humanmedizin. Zusätzlich hat die FMH

⁹ SR 811.11

zwei weitere privatrechtlich geregelte Facharztstitel (Handchirurgie, Neuropathologie) eingeführt. Dazu kommen 56 weitere FMH-Spezialisierungen in Form von Schwerpunkten und Fähigkeitsausweisen, die in der Weiterbildungsordnung der FMH geregelt sind und im Rahmen von TARMED zur Abrechnung bestimmter Leistungen berechtigen. Nur FMH-Mitglieder sind berechtigt, diese Spezialisierungen zu erwerben und entsprechende Leistungen zu Lasten der OKP abzurechnen¹⁰.

Ein Blick auf die Entwicklung der FMH-Spezialisierungen zeigt eine Verdoppelung der Facharztstitel in der Schweiz von 21 im Jahr 1980 auf 44 im Jahr 2007. Noch im Jahr 1980 galten die Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Kardiologie, Lungenkrankheiten, Rheumaerkrankungen, Nephrologie allesamt als Spezialgebiete des Facharztgebietes der Inneren Medizin. Heute gelten alle diese Subspezialitäten als eigenständige Facharztgebiete und werden somit der Kategorie Spezialisten zugeordnet. Am Beispiel der Inneren Medizin wird deutlich, wie schwierig statistische Vergleiche zur Entwicklung der Zahl der ärztlichen Grundversorger sind: die Vergleichsgrößen haben sich über die Jahre infolge der zunehmenden Spezialisierung und Neukategorisierung immer wieder verschoben.

Mit der wachsenden Zahl der möglichen Spezialisierungen hat sich die Verteilung zwischen "Allgemeinpraktikern"¹¹ und "Spezialärzten in freier Praxis" gemäss FMH-Statistik wie folgt entwickelt:

Prozentuales Verhältnis Allgemeinpraktiker / Spezialärzte 1940 - 2008

Jahr	Allgemeinpraktiker mit Praxistätigkeit (%)	Spezialärzte mit Praxistätigkeit (%)
1940	55,9	44,1
1950	53,7	46,3
1960	46,3	53,7
1970	40,3	59,7
1980	36,5	63,5
1990	37,1*	62,9
2000	34,8*	65,2
2002	33,9*	66,2
2004	31,1*	69,3
2006	29,6*	70,4
2008	32,0*	67,8

* Die mit einem * versehenen Prozentzahlen bezeichnen die Allgemeinpraktiker und die Ärzte mit Praxistätigkeit ohne Facharztstitel

Die Trendumkehr fand somit bereits 1960 statt.

Was die im Rahmen dieses Berichtes interessierenden ärztlichen Grundversorger anbelangt, zeigen die Zahlen zur Vergabe von eidgenössischen Weiterbildungstiteln folgendes Bild:

Im Jahr 2008 hat die FMH insgesamt 1'344 Weiterbildungstitel verliehen, davon 545 oder 40,5 % Grundversorgertitel (151 Allgemeinmedizin; 244 Innere Medizin; 87 Praktischer Arzt; 63 Pädiatrie).

Die OECD-Zahlen: es hat in vielen Ländern weniger Grundversorger als Spezialisten

Die OECD stellt in einer Vergleichsstudie¹² über 14 Länder fest, dass es 2004 in den meisten OECD-Ländern doppelt so viele Spezialisten gab wie Grundversorger.

Die Schweizer Zahlen zur Dichte der Grundversorgerinnen und Grundversorger können am besten im Vergleich mit anderen Industrieländern gewürdigt werden.

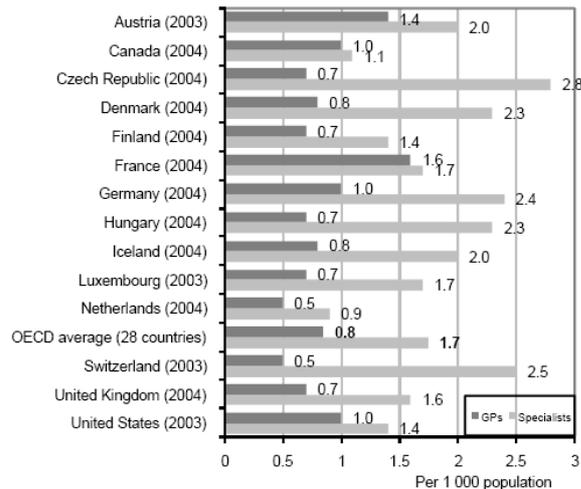
Die OECD hat dazu folgende Übersicht erstellt:

¹⁰ Vgl. dazu Art. 49 ff. der Weiterbildungsordnung der FMH unter http://www.fmh.ch/files/pdf1/wbo_d.pdf

¹¹ Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, die Praktischen Ärzte sowie Gruppenpraxen

¹² Fujisawa, R., Lafortune, G. J., 2008. The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries? OECD Health Working Papers No 41, December 2008. Paris

Figure 11. Number of GPs and specialists per 1 000 population, selected OECD countries, 2004 (or closest year available)



- Grundversorger
- Spezialisten

Gemäss OECD war die ungleiche Entwicklung zwischen Grundversorgern und Spezialisten für alle untersuchten Länder typisch: während die Zahl der Grundversorger in den letzten 10 Jahren stabil blieb, stieg die Zahl der Spezialisten um mehr als 20%. Gestützt auf die Daten stellt die OECD fest, dass lediglich Kanada und Frankreich ein ausgeglichenes Verhältnis dieser beiden Kategorien haben. Das grösste Ungleichgewicht besteht dagegen in der Schweiz und in Tschechien.

Die (niedrigen) Grundversorgerzahlen der OECD-Studie für die Schweiz deuten allerdings darauf hin, dass nicht alle der heute als Grundversorgerinnen und Grundversorger definierten Fachärztinhaberinnen und -inhaber in dieser Statistik berücksichtigt wurden.

Werden alle gemäss FMH-Statistik als Allgemeinpraktikerinnen und -praktiker ausgewiesenen Facharztgruppen (die Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, die Praktischen Ärzte sowie Gruppenpraxen) **berücksichtigt**, dann beläuft sich die Schweizer Quote auf **0.94 Grundversorgerinnen und Grundversorger pro 1000 Einwohner**¹³. Unberücksichtigt sind in dieser Quote die Pädiater.

Im OECD-Ländervergleich des Jahres 2004 wird die Schweiz mit einer Grundversorgerdichte von **0.94 Grundversorgern pro 1000 Einwohner** somit nur noch gerade in 5 von insgesamt 14 in der OECD-Studie verglichenen Ländern übertroffen.

5.2 Dichte der ärztlichen Grundversorger

Die Daten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (obsan): standardisierte Kennzahlen zur Workforce

Das obsan hat die Entwicklung der Grundversorgung systematisch verfolgt und misst sie mit dem Indikator „Allgemeinpraktiker in privater Praxis pro 1000 Einwohner“ (obsan 2007)¹⁴. Sie wird wie folgt beschrieben: „Auf Landesebene erfolgte bis 2001 ein kontinuierlicher leichter Anstieg der Dichte an niedergelassenen Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern. Seit 2002 geht die Rate der allgemeinpraktisch tätigen Ärzte zurück. Auf kantonaler Ebene existieren unterschiedliche Entwicklungsmuster. Unverändert gegenüber dem Vorjahr blieb die Dichte der Allgemeinpraktiker nur im Kanton Solothurn. Im Kanton Schwyz ist sie seit 2003 im Steigen begriffen, im Kanton Appenzell-Ausserrhoden hat sie sich gegenüber dem Vorjahr wieder auf den Wert von 2004 erhöht. In allen anderen Kantonen lag, wie auch auf Landesniveau, die Dichte der Allgemeinpraktiker 2006 unter jener von 2005“.

13 SWTR. 2007. Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung. Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat, Bern.

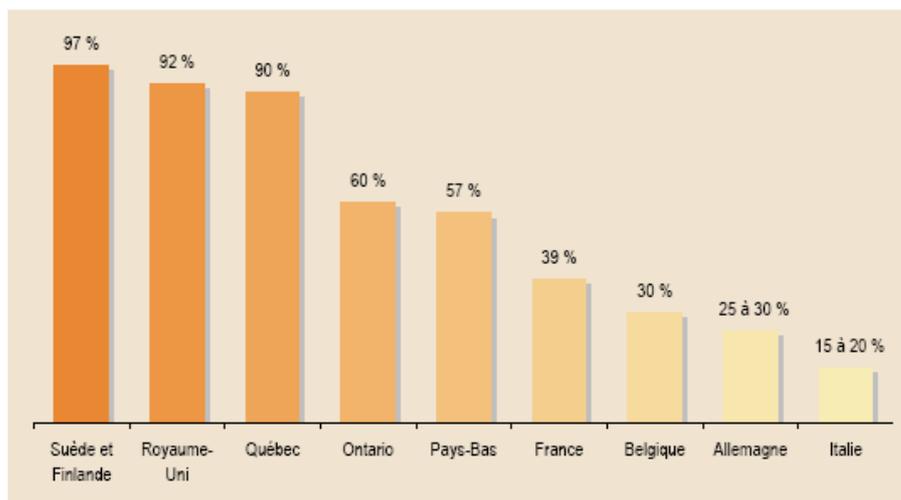
14 Obsan 2007. Indikator 5.1.2: Allgemeinpraktiker in privater Praxis pro 1000 Einwohner. http://www.obsandaten.ch/indikatore/5_1_2/2006/d/512.pdf

Dieser Befund wird in der Realität noch durch einen anderen Trend überlagert: die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nimmt ab. Dieser Trend ist national¹⁵ und auch international^{16 17} zu beobachten.

Die Managed Care-Bewegung: Mehr Netze und mehr Zentren

Das französische Forschungsinstitut IRDES beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit der Entwicklung der medizinischen Versorgung und der Grundversorgung in Frankreich und anderen Ländern. In einer jüngeren Studie wurde ein wichtiger Trend analysiert, nämlich die Ablösung der Einzelpraxis.

Die Studie von Bourgueil et al. (2007)¹⁸ aus verschiedenen Ländern ergibt folgendes Bild: Anteil der Ärzte, die in Gruppenpraxen arbeiten:



Quelle: Bourgueil et al 2007.

In der Schweiz lassen sich die Zahlen nicht direkt vergleichen, weil primär ein Konzentrationsprozess in Form von dezentralen Netzen gefördert wird und nicht die Zentrumsbildung. Das Forum Managed Care ist ein wichtiger Impulsgeber und beobachtet die Entwicklung¹⁹.

In einer kürzlich erschienenen Publikation in der Schweizerischen Ärztezeitung²⁰ werden dazu folgende Feststellungen gemacht:

- 2008 wurden in der Schweiz 86 Ärztenetze gezählt. Davon bieten 63% einen netzeigenen Notfalldienst und 52% eine telefonische Beratung an. Zum Erhebungszeitpunkt waren 8 weitere Ärztenetze in Planung. Die Ärztenetze sind aktuell vornehmlich in städtischen Regionen präsent.
- Die Netzwerke führen verbindliche Qualitätszirkel durch und arbeiten mit Behandlungsleitlinien, institutionalisierten Patienteninformationen: sie bieten überdies eine Ombudsstelle und einen Patientenrat an.
- 79 % der Netze arbeiten mit einer Form der Budgetmitverantwortung (Bonus-Malus-Systeme oder Capitation).

Aus Befragungen^{21 22} der Studierenden ist bekannt, dass rund 4/5 der künftigen Ärztinnen und Ärzte in Gruppenpraxen arbeiten möchten.

15 Bétrisey, C., Hélène Jaccard Ruedin. 2007. Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004. Analyse de l'activité médicale à la charge de l'Assurance Obligatoire de Soins. Document de travail 29. Obsan. Neuchâtel.

16 Bourgueil, Y., Marek, A., Mousquès, J. 2007. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France ? Questions d'économie de la santé n° 127 - Novembre 2007, IRDES, Paris.

17 Fujisawa, R., Lafortune, G. J., 2008. The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries? OECD Health Working Papers No 41, December 2008. Paris <http://www.oecd.org/dataoecd/51/48/41925333.pdf>

18 Bourgueil, Y., Marek, A., Mousquès, J. 2007. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France ? Questions d'économie de la santé n° 127 - Novembre 2007, IRDES, Paris.

19 Berchtold, P. 2008. Ärztenetze in der Schweiz im Jahr 2008. Sowohl die Zahl der Netze steigt als auch deren Verbindlichkeit – die grosse Übersicht. In: Care Management 6/2008: 25ff

20 Berchtold, P., Peier, K., Peier, C. 2008. Erfolgreiche Entwicklung der Ärztenetze in der Schweiz. In: SAEZ, 2008;89: 47, S. 2038 ff.

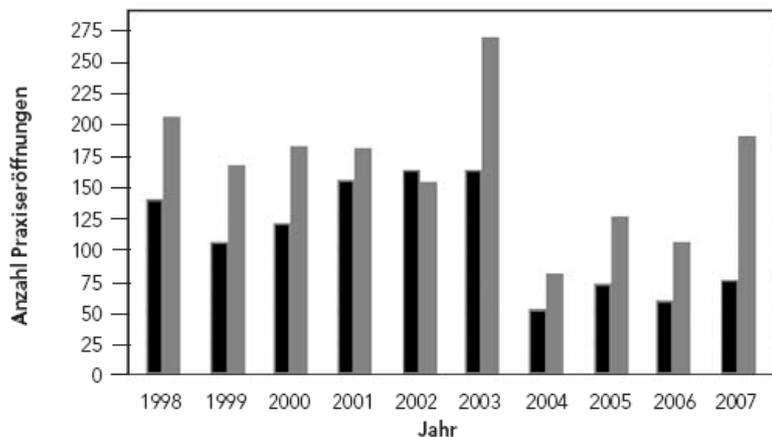
21 Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Marty, F., Buddeberg, C. 2007. Family Medicine in Medical School and Residency – Results of a Focus Group Interview. Forschungsbericht 01/2007. Universität Zürich, Zürich.

22 Marti, C., Fischer, B. 2008. Neue Praxisformen + In: Primary Care 2008;8: Nr. 5, S. 88 ff

Die SGAM-Daten: weniger Praxen bedeuten nicht zwingend weniger Grundversorger

Das „Praxisbarometer“ misst die Zahl Praxiseröffnungen von Fachärztinnen und Fachärzten in Allgemeinmedizin und widerspiegelt seit 2004 wegen der bedarfsabhängigen Zulassung der Leistungserbringer ("Zulassungsstopp") primär den Angebotsmarkt bei den Praxisübernahmen. Die untenstehende Zeitreihe zeigt folgende Entwicklung mit drei deutlich unterschiedlichen Ausprägungen:

Praxiseröffnungen von HausärztInnen und SpezialärztInnen seit 1998.



■ Grundversorger

□ Spezialisten

Quelle: Marty 2008

In den Jahren 1998 - 2000 (vor Einführung der Bedürfnisklausel) gab es jährlich rund 120 neue Hausarztpraxen.

Die tiefe Zahl von neu eröffneten Hausarztpraxen in den Jahren 2004 und 2005 dürfte einerseits auf die markant angestiegene Zahl Neueröffnungen in den Jahren 2001-03 im Vorfeld der Einführung des Zulassungsstopps zurückzuführen sein. Ab 2004 hat sich die Anzahl auf 60 - 70 Praxiseröffnungen pro Jahr eingependelt, also bei rund halb so vielen wie vor der Jahrtausendwende.

Auf der andern Seite war bis zur Inkraftsetzung der sektoriellen Verträge und des revidierten Freizügigkeitsgesetzes (FMPG) am 1. Juni 2002 die Schwelle zur Eröffnung oder Übernahme einer eigenen **Praxis** tiefer, da hierzu **kein Facharzt- oder Weiterbildungstitel verlangt wurde**. Zu diesem Zeitpunkt führten rund 2000 Ärztinnen und Ärzte eine Praxis, ohne je einen Facharzttitel erworben zu haben²³.

²³ Hängeli, Ch. 2002: Facharzttitel für alle? In: Schweizerische Ärztezeitung 2002;83; Nr. 23.

5.3 Folgerungen

Es ist - wie bereits mehrfach erwähnt - äusserst schwierig, die zahlenmässige Entwicklung der Grundversorger über die Jahre hinweg verständlich darzustellen und zu bewerten. Die Abnahme der ärztlichen Grundversorger im Verhältnis zu den Spezialisten ist das Ergebnis des Zusammenwirkens zahlreicher Faktoren und kann nicht automatisch mit einem Grundversorgermangel im gesundheitspolitischen Sinn gleichgesetzt werden:

- Der Rückgang von selbstständig tätigen Grundversorgern oder die Zurückhaltung der jungen Ärztinnen und Ärzte bei der Übernahme bestehender (Einzel-)Praxen ist auch eine Folge der zunehmenden **Feminisierung** des Arztberufes sowie der generell **veränderten Berufsvorstellungen**²⁴: die meisten jungen Ärztinnen und Ärzte möchten - wenn nicht im Spital - in Gemeinschaftspraxen, viele von ihnen mit **reduziertem Pensum** arbeiten. Diese Berufsvorstellungen sind **nicht vereinbar mit** den relativ hohen Infrastrukturkosten einer **Einzelpraxis** und einem (reduzierten) Einkommen aus einer Teilzeittätigkeit.
- Während das Spital früher während ein paar Jahren eine Durchgangsstation für Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte war, bis sie den angestrebten Facharztstitel erhielten, sind die **jungen Ärztinnen und Ärzte heute vermehrt über die Weiterbildung hinaus im Spital tätig**, nicht zuletzt dank der Schaffung des neuen ärztlichen Stellenprofils des Spitalfacharztes/der Spitalfachärztin. Zudem sind die Arbeitsbedingungen im Spital in Bezug auf Gehalt, Infrastruktur sowie Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten gut (--> **Erwerb mehrerer Weiterbildungstitel**). Insbesondere kann die ärztliche Tätigkeit in Teilzeit ausgeübt werden (---> wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit der zunehmenden Feminisierung).
- Der rapide fortschreitende Strukturwandel ist neben den veränderten Berufsvorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte teilweise auch auf die Entwicklung von **Managed Care** zurückzuführen. Diese neuen Praxisformen, insbesondere die **Gruppen- oder Notfallpraxen mit angestellten Ärzten**, weisen in der Regel einen breiten Skillmix auf (Berchtold 2008²⁵, Berchtold et al. 2008²⁶ oder Wirthner 2009²⁷).
- Das Konsultationsverhalten der Patientinnen und Patienten hat zu einem **starken Ausbau der ambulanten Spitalversorgung**²⁸ geführt. Die ambulante (Notfall-)Versorgung im Spital ist vor allem in den städtischen Regionen ausgeprägt.
- Auch **Spezialärztinnen und Spezialärzte übernehmen Funktionen in der Grundversorgung**. Die eingangs thematisierte Unschärfe der Definition wird durch eine Umfrage der FMH aus dem Jahre 2003 bestätigt, als rund 10'000 von insgesamt rund 15'000 Ärztinnen und Ärzten mit ambulanter Praxis deklarierten, sie würden unselektioniert ambulante Patientinnen und Patienten in akuten Situationen, d.h. notfallmässig, aber auch kontinuierlich und ganzheitlich medizinisch betreuen.

6. Reformbedarf in Aus- und Weiterbildung- Frage 1a der Postulate

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem Reformbedarf im Bereich der ärztlichen Grundversorgung. Zum einen wird auf die Frage eingegangen, wie die Aus- und Weiterbildung der ärztlichen Grundversorger verbessert werden könnte, und welche Massnahmen dazu bereits eingeleitet worden sind. Da die Attraktivität einer Aus- und Weiterbildung auch massgeblich durch ihre "Verwertbarkeit" bestimmt

24 Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Marty, F., Buddeberg, C. 2007. Family Medicine in Medical School and Residency – Results of a Focus Group Interview. Forschungsbericht 01/2007. Universität Zürich, Zürich.

25 Berchtold, P. 2008. Ärztenetze in der Schweiz im Jahr 2008. Sowohl die Zahl der Netze steigt als auch deren Verbindlichkeit – die grosse Übersicht. In: Care Management 6/2008: 25ff.

26 Berchtold, P., Peier, K., Peier, C. 2008. Erfolgreiche Entwicklung der Ärztenetze in der Schweiz. In: SAEZ, 2008;89: 47, S. 2038 ff.

27 Wirthner, A. 2009. Vom Chef zum Teamplayer. Langjährige Einzelpraktiker werden zu Partnern in einer Grosspraxis. In: Care Management 1/2009: 35ff.

28 Der Anteil der Spitäler an den gesamten OKP-finanzierten ambulanten Leistungen stieg von knapp 35% im Jahr 2000 auf gut 39% im Jahr 2007. In den Jahren 2001 - 2003 macht die durchschnittliche Zuwachsrate der OKP-finanzierten ambulanten Leistungen im Total 4.1 %, für die Ärzte 3.4% und für die Spitäler 5.3% aus. Für die Jahre 2004-2007 liegen die entsprechenden Werte bei 4.7%, 3.4% und 7.0% (Grafik-Datenbank auf www.santésuisse.ch).

wird (Berechtigung zur Abrechnung von Leistungen gemäss TARMED), werden die heutigen Regelungen im Bereich der Weiterbildung und im Bereich der Abgeltung der ambulanten Leistungen (TARMED) hinterfragt, da diese wenig Anreize für eine Weiterbildung in einer Facharzttrichtung der ärztlichen Grundversorgung bieten. Schliesslich wird der Frage nachgegangen, welche Rollen und Entwicklungsmöglichkeiten die ärztlichen Grundversorger im Rahmen einer integrierten Versorgung haben sollten. Im Rahmen dieses Berichtes können nicht alle Fragen abschliessend beantwortet werden. Eine eingehende Diskussion der offenen Fragen und eine Vertiefung der Analyse werden im Rahmen der Beantwortung der Motion Fehr (08.3608) erfolgen. Es soll jedoch aufgezeigt werden, dass eine ausschliessliche Verbesserung der Weiterbildung der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger nicht ausreichen dürfte, um die Attraktivität des Tätigkeitsfeldes Grundversorgung zu steigern.

6.1 Verbesserung von Aus- und Weiterbildung

Seitens EDI/BAG wurde die Situation der ärztlichen Grundversorger gerade im Zusammenhang mit der Inkraftsetzung der sektoriellen Abkommen und der damit zusammenhängenden Revision des Bundesgesetzes betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft am 1. Juni 2002 intensiv diskutiert. Neben dem neu geltenden Weiterbildungsobligatorium für die selbstständige Tätigkeit musste auch der in der Schweiz bisher nicht bekannte Weiterbildungstitel Praktischer Arzt übernommen werden. Aus diesen Veränderungen ergaben sich gerade für die ärztlichen Grundversorger zahlreiche Herausforderungen: die ärztliche Grundversorgung wurde damit zu einer Spezialdisziplin, die sich in Konkurrenz zu den andern Spezialdisziplinen behaupten musste und muss. Seit 2005 wurden an fast allen medizinischen Fakultäten Institute für Hausarztmedizin eingerichtet mit dem Ziel, universitäre Forschung und Bildung in Hausarztmedizin zu fördern. Neu muss jede Ärztin bzw. jeder Arzt sich bewusst für eine Facharzttrichtung der ärztlichen Grundversorgung mit einer entsprechend langen Weiterbildung entscheiden.

Bei der Reform der universitären **Ausbildung** im Rahmen des MedBG wurden neben fachlichen neu auch kommunikative und soziale Kompetenzen verankert. Diese Kompetenzen spielen insbesondere auch bei den ärztlichen Grundversorgern eine wichtige Rolle. Im neuen Lernzielkatalog, der gemäss MedBG erarbeitet wurde, wurde explizit ein Kapitel "General Objectives" eingeführt, das all diese Kompetenzen mit den vielfältigen Rollen der Ärztinnen und des Arztes verbindet (CanMEDS-Modell²⁹). Da die Ausbildung gemäss MedBG aber primär die Basis für die Weiterbildung bilden muss, kann sie nicht in einem ausschliesslichen Sinne auf die ärztliche Grundversorgung ausgerichtet sein.

Das MedBG geht von einer **Kohärenz und Kontinuität zwischen Aus- und Weiterbildung** aus, was bedeutet, dass die in der Ausbildung erlangten Kompetenzen während der Weiterbildung vertieft und ausgebaut werden sollen. Hier besteht Reformbedarf; bei der gegenwärtig laufenden Revision der Weiterbildungsprogramme der Allgemeinen - und Inneren Medizin soll das in der Ausbildung aufgenommene CanMEDS-Modell nun auch in der Weiterbildung konsequent umgesetzt werden. Das eingeführte Modell der Praxisassistenten ermöglicht aufgrund seiner Realitätsnähe die in der Weiterbildung gewünschte Vertiefung der notwendigen Kompetenzen und das Einüben der zukünftigen Rollen.

Da - wie wir gesehen haben - auch Spezialistinnen und Spezialisten in der ambulanten ärztlichen Grundversorgung tätig sind und weiterhin in das Feld der Grundversorgung drängen³⁰, stellen sich zusätzliche Fragen in Bezug auf die Zielsetzungen der **aktuell 44 eidgenössischen Weiterbildungsprogramme**. Sind als Spezialisten ausgebildete Fachärztinnen und Fachärzte auch angemessen qualifiziert für die ambulante ärztliche Grundversorgung? Ist es sinnvoll, Ärztinnen und Ärzte als Spezialisten auszubilden, obwohl sie anschliessend teilweise oder ganz als ärztliche Grundversorger tätig sind? Diese Fragen müssen in Zukunft mit den beteiligten und betroffenen Partnern eingehend abgeklärt werden. Auch die Funktion und das Profil der dreijährigen Weiterbildung zum **Praktischen Arzt** müssten klarer herausgearbeitet werden. Ist es aus fachlicher Sicht gerechtfertigt, wenn als Spe-

²⁹ Medical Expert Role, Communicator Role, Collaborator Role, Manager Role, Health Advocate Role, Scholar Role, Professional Role

³⁰ vgl. dazu http://www.fmh.ch/files/pdf1/Zulassungsstopp_Meinung_der_FMH_Mai_DEF_D1.pdf

zialisten ausgebildete Fachärztinnen und Fachärzte ohne Weiteres den Grundversorgertitel Praktischer Arzt erhalten können? Der Titel Praktischer Arzt, der im Rahmen der sektoriellen Verträge übernommen werden musste, stellt auch insofern ein Problem dar, als er mit einer dreijährigen Weiterbildungsdauer unter der Weiterbildungsdauer sämtlicher anderer Facharztausbildungen im Bereich der Grundversorgung (5 bis 6 Jahre) liegt und diesen trotzdem faktisch gleichgestellt ist.

Da die Zahl der Spezialisten in den vergangenen Jahrzehnten im Vergleich zur Zahl der ärztlichen Grundversorger überproportional zugenommen hat, stellt sich auch die Frage nach einer **Mengensteuerung** im Bereich der Weiterbildung (z.B. in Form einer beschränkten Zulassung für bestimmte (Spezial-)Facharzttrichtungen).

Sollte, als Konsequenz der bestehenden oder möglichen Überschneidungen zwischen Spezialisten und Grundversorgern, **das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Grundversorger** somit nicht einfach klarer von demjenigen der Spezialisten abgegrenzt werden? Dies würde es erlauben, die Weiterbildungsprogramme der verschiedenen Facharzttrichtungen noch gezielter auf die unterschiedlichen Tätigkeitsprofile auszurichten. Dieser Schluss ist naheliegend, aber er ist wohl falsch, weil dies dazu führen könnte, dass eine effiziente Organisation der Leistungserbringung verhindert wird. Gegebenenfalls müssten dann beispielsweise bereits erkrankte Patientinnen und Patienten, die sich in Behandlung eines Spezialarztes befinden, bestimmte dem Tätigkeitsfeld "Grundversorgung" zugeordnete Leistungen wieder beim ärztlichen Grundversorger beanspruchen. Zudem sollte es auch möglich sein, dass ärztliche Grundversorger bestimmte zusätzliche oder spezialärztliche Kompetenzen im Rahmen von Schwerpunkt- und Fähigkeitsprogrammen erwerben können. Dies würde den ärztlichen Grundversorgern **Entwicklungsmöglichkeiten** über eine langjährige Berufstätigkeit bieten, was zur Steigerung der Attraktivität ihrer Berufskarrieren beitragen könnte. Die Voraussetzung dafür wäre allerdings, dass derartige Weiter- und Fortbildungsangebote vorhanden und für ärztliche Grundversorger auch zugänglich sind.

6.2 Integrierte Versorgung

Mit "integrierter Versorgung" wird das Konzept von Managed Care weiterentwickelt: bis anhin bezeichnete Managed Care die Summe aller Steuerungs- und Integrationsinstrumente im Gesundheitswesen. Die neu entstehenden Zusammenarbeitsformen bedingen auch die Weiterentwicklung der ärztlichen Kompetenzen und Fähigkeiten.

Da die **Anforderungen** an die ärztlichen Grundversorger **zusehends komplexer** werden (z.B. mehr ältere Patientinnen und Patienten mit mehreren Krankheitsbildern), ist die **fachliche Flexibilität** grundsätzlich notwendig. Neben einer breiten, soliden Grundausbildung könnte deshalb der Erwerb bestimmter Spezialkenntnisse gerade im Rahmen grösserer ambulanter Versorgungseinheiten (z.B. Walk-In Clinics, Permanences) sinnvoll sein. Auch wenn ärztliche Grundversorger beispielsweise die Verantwortung für die Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern eines Alters- oder Pflegeheimes übernehmen (Heimarzt), sind Spezialkenntnisse in Geriatrie oder Palliative Care erforderlich.

Zudem sehen sich die ärztlichen Grundversorger mit **gewachsenen Ansprüchen und Bedürfnissen seitens der Patientinnen und Patienten** konfrontiert, für deren Befriedigung nicht zwingend und ausschliesslich ein in einer fünf- bis sechsjährigen Weiterbildung ausgebildeter ärztlicher Grundversorger zuständig sein muss. Das Ziel muss sein, dass notwendige Leistungen in einem optimalen Kosten-Nutzen-Verhältnis vom adäquat qualifizierten Leistungserbringer zur richtigen Zeit und am richtigen Ort erbracht werden können. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, müssen die Förderung und Anleitung von Patienten zur Selbstbehandlung sowie die Unterstützung bei der Wahl des richtigen Leistungserbringers zu einem integralen Bestandteil der ambulanten Grundversorgung werden. Entsprechende Leistungen werden heute bereits von vielen Ärztenetzen erbracht.

In diesem Zusammenhang sollte die **Tertiarisierung der Pflegeberufe** so genutzt werden, dass Pflegefachleute zur Entlastung und Ergänzung der ärztlichen Grundversorger beitragen können. Gemein-

same Weiterbildungsmodule zwischen Pflegenden und Ärzten sollten deshalb in Zukunft vermehrt geprüft werden.

Das Ziel der Reformbestrebungen muss eine integrierte Versorgung sein, die letztlich alle für die Behandlung von Krankheiten notwendigen ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungserbringer umfassen muss. Im Rahmen einer integrierten Versorgung sollte den hoch qualifizierten, **ärztlichen Grundversorgern eine Schlüsselrolle** zukommen. Dies könnte nicht nur zur Stärkung der Bedeutung und Funktion des ärztlichen Grundversorgers beitragen, sondern auch zu einer kosteneffizienteren Versorgung. Mit dieser Rolle verbunden sind hohe Ansprüche an die diagnostische Kompetenz der ärztlichen Grundversorger, an ihre Fähigkeit zur Führung multidisziplinärer Teams sowie zur Koordination der verschiedenen Leistungen. Dabei dürfte es im Rahmen einer integrierten Versorgung weiterhin sinnvoll sein, dass **auch Spezialärzte** bei der Betreuung bereits erkrankter Personengruppen eine koordinierende Funktion im Sinne eines ärztlichen Grundversorgers übernehmen.

7. Ärztliche Grundversorgung in Randregionen - Frage 1b der Postulate

Die Frage, wie die Randregionen für ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger attraktiver gemacht werden könnte, geht auf die Befürchtung zurück, dass insbesondere in diesen Regionen die ärztliche Grundversorgung nicht mehr gesichert sei.

Das obsan (2007)³¹ kommt in einer Studie zum Schluss, dass aktuell keine Unterversorgung feststellbar sei. Aufgrund der in Vollzeitäquivalenten ausgedrückten Arbeitspensen wird aber deutlich, dass ärztliche Grundversorger in ländlichen Gebieten mit geringer Ärztedichte deutlich mehr Leistungen zu Lasten der OKP erbringen als ihre Kolleginnen und Kollegen in Gebieten mit hoher Ärztedichte.

Mit Blick auf das breitere Tätigkeitsspektrum und die generell höheren Beschäftigungsgrade der ländlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger folgern die Autorinnen der Studie, dass die in den peripheren Regionen niedergelassenen Grundversorgerinnen und Grundversorger einen vergleichsweise geringen Spielraum haben, um auf eine Zunahme des Bedarfs (oder auf eine Praxischließung) reagieren zu können.

Die zukünftige Entwicklung ist schwer abzuschätzen; es scheint aber plausibel, dass der wachsende strukturelle Druck (Altersstruktur der Grundversorgerinnen und Grundversorger, zunehmende Feminisierung) die Probleme vor allem in den ländlichen Regionen weiter verstärken werden. Dabei ist die **Problematik der regional ungleichen Verteilung nicht neu**, und sie ist gemäss einer internationalen Literaturanalyse³² in allen industrialisierten Ländern zu beobachten.

Bourgueil et al. (2006) haben in einer französischen Studie zur besseren regionalen Verteilung der Ärztinnen und Ärzte folgende Massnahmen zur Steigerung der Attraktivität ländlicher Regionen benannt und kritisch beurteilt:

- **Regulatorische Massnahmen**, welche die Niederlassung in Regionen mit grosser Ärztedichte verhindern oder erschweren bzw. die Niederlassung in Regionen mit geringer Ärztedichte privilegieren. Diese Massnahmen haben in der Regel nicht zu einer besseren Verteilung geführt, sondern lediglich dazu, dass weniger Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Facharztgebiete der Grundversorgung wählen. In manchen Ländern (USA, Australien, Kanada) führte diese Massnahme dazu, dass v.a. ausländische Ärztinnen und Ärzte sich in diesen Gebieten niederliessen.
- **Finanzielle Anreize**: Die Auswirkungen einer besseren Abgeltung der Leistungen werden als kurzfristig positiv bewertet (Québec), hatten aber mittelfristig nicht den erhofften positiven Effekt. Die Kosten dieser Massnahme werden insgesamt als zu hoch bezeichnet im Verhältnis zu den erreichten positiven Effekten. In manchen Fällen wurde gar ein negativer Effekt beschrieben, indem die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ihre Produktivität gesenkt haben (Grossbritannien). Beschrieben werden auch die Auswirkungen von dritter Hand getätigten Investitionen in die Infrastruktur. Wenn dies jedoch im betreffenden Land eine übliche Praxis darstellt (wie z.B. in Australien, Kanada oder Grossbritannien), ist der positive Effekt auf die regionale Verteilung gering.

31 Jaccard Ruedin, H. et al. 2007. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Obsan, document de travail no. 22

32 Bourgueil, Y. et al. (2006): Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé. IRDES. I.S.B.N.: 2-87812-337-9.

- **Organisatorische Massnahmen:** In der Studie wird auch die (finanzielle) Unterstützung neuer Zusammenarbeitsformen wie z.B. interdisziplinäre Ärzte- und Behandlungsnetzwerke, interprofessionelle Kooperationen (z.B. zwischen Spitälern, andern Ärztinnen und Ärzte und anderen auch nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen) oder der Einsatz von Telemedizin vorgeschlagen. Die Autoren sehen darin einen vielversprechenden Ansatz, der sich u.a. positiv auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie allgemein auf die veränderten Lebens- und Arbeitsvorstellungen der jungen Ärztinnen und Ärzte auswirken könnte. Da diese Organisationsformen neueren Datums seien, fehlten jedoch entsprechende Evaluationen. Ebenso halten die Autoren der Studie fest, dass diese Massnahmen bei den politischen Behörden auf wenig Interesse stiessen.

Für die fehlende Attraktivität der Grundversorgung insbesondere in ländlichen Regionen werden seitens der schweizerischen Ärzteschaft u.a. folgende Gründe³³ genannt:

- Taxipunktentwicklung und Realeinkommen
- Administrativer Aufwand
- Finanzielles Risiko
- hohe Präsenzzeiten
- fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
- geringes Prestige (innerhalb Ärzteschaft)
- lange Distanzen zu den Zentren und das fehlende Kulturangebot.

Da - wie dies aus neueren Befragungen von Buddeberg (2008) über die Zukunftsvorstellungen junger Assistenzärztinnen und -ärzte deutlich wurde - nur noch gerade 8 % von insgesamt 208 Ärztinnen und Ärzte mit dem Wunsch nach einer zukünftigen Praxistätigkeit sich eine Tätigkeit in einer Einzelpraxis vorstellen können und der Wunsch nach Teilzeitarbeit (auch mit einem weiter zunehmenden Frauenanteil) weiterhin steigt, wird die Wiederbesetzung von Einzelpraxen in ländlichen Gebieten in Zukunft wohl noch schwieriger werden.

Aufgrund der vorliegenden Studien über die Zukunftsvorstellungen der jungen Ärztinnen und Ärzte lassen sich dennoch einige Massnahmen ableiten, welche zu einem grösseren Engagement in abgelegenen Regionen führen könnten.

Eine **bessere Abgeltung der Leistungen alleine** wird wahrscheinlich **nicht ausreichen**. Vielmehr muss die Schwelle zur Übernahme einer Praxistätigkeit in abgelegenen Regionen mit zusätzlichen Massnahmen abgebaut werden, die

- das wirtschaftliche Risiko für den Einzelnen verringern und
- die Endgültigkeit des Niederlassungsentscheides aufheben sowie
- die Isolation des Grundversorgers/der Grundversorgerin verhindern.

Dies könnte beispielsweise dadurch erreicht werden, dass Gemeinden/Talschaften ev. gemeinsam mit privaten Partnern Praxisräumlichkeiten vorfinanzieren und an den oder die Grundversorger/in vermieten. Gemäss Buddeberg (2008)³⁴ würden dadurch zwei der wesentlichen Aspekte, welche von jungen Ärztinnen und Ärzten als Argumente gegen eine Praxiseröffnung in ländlichen Regionen angeführt werden, entfallen; die Standortgebundenheit und das finanzielle Risiko. Um auch die Isolation, die mit der Arbeit in einer Einzelpraxis verbunden ist, aufzubrechen und darüber hinaus die Möglichkeiten zu einer besseren Zusammenarbeit mit ärztlichen, aber vor allem auch mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern der Grundversorgung besser auszuschöpfen, könnten solche Praxen in bestehende oder neue Alters- und Pflegeheime bzw. in Spitexzentralen oder andere bestehende Gesundheitseinrichtungen (Beratungsstellen etc.) integriert werden. Wenn die Grundversorgerinnen und Grundversorger ihre **Zusammenarbeit mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen** wie z.B. Apothekerinnen und Apothekern, selbstständigen Pflegenden, Ergo- und Physiotherapeutinnen,

³³ Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Klaghofer, R.: Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte. In: Gesundheitswesen 2008; 70: 123-128.

³⁴ Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Klaghofer, R.: Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte. In: Gesundheitswesen 2008; 70: 123-128.

Hebammen sowie weiteren Gesundheitsfachpersonen in geeigneter Form organisierten, dann könnten sich zahlreiche der genannten Nachteile einer Tätigkeit als Grundversorger (nicht nur in ländlichen Gebieten) zum Vorteil entwickeln, indem die Grundversorgerinnen und Grundversorger sich auf diejenigen Tätigkeiten konzentrieren könnten, für welche ihr medizinisches Fachwissen unverzichtbar ist.

Der Entscheid für eine Praxistätigkeit als Grundversorger/Grundversorgerin (in einer abgelegenen Region) würde dadurch auch zu einer Option mit dem entscheidenden Vorteil, dass sie der Ärztin/dem Arzt die Möglichkeit zu einer Praxiserfahrung böten, ohne dass er/sie sich dabei wirtschaftlich, zeitlich und örtlich definitiv verpflichten müsste. Für die abgelegenen Randgebiete hätte dies möglicherweise zur Folge, dass sie häufigere Arztwechsel mit allen damit verbundenen Vor- und Nachteilen in Kauf nehmen müssten. Deshalb muss jede Region für sich abwägen, ob der Vorteil der Verfügbarkeit eines Arztes/einer Ärztin vor Ort den Nachteil längerer Versorgungswege aufwiegt.

Die neuen Studien über die Zukunftsvorstellungen der jungen Ärztinnen und Ärzte zeigen jedoch unmissverständlich, dass **der Weg in die Einzelpraxis immer seltener beschritten wird**. Massnahmen zur Steigerung der Attraktivität in Regionen mit geringer Ärztedichte sollten deshalb **nur im Ausnahmefall strukturerhaltend** (Einzelpraxis) wirken.

Die aktuelle Diskussion über die (zu hohe) Zahl von Spitälern in der Schweiz bietet weitere Chancen für eine Attraktivitätssteigerung der Grundversorgung; in den Räumlichkeiten dieser Spitäler könnten in Zukunft Gesundheitszentren eingerichtet werden. Die Beschäftigung mehrerer Ärztinnen und Ärzte (auch mit Teilzeitpensen) sowie anderer nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen am gleichen Ort eröffnete den zukünftigen Grundversorgern die Möglichkeit, Berufstätigkeit und Familie besser zu vereinbaren sowie das Berufsleben generell flexibler zu gestalten.

Ob sich im einzelnen Fall Massnahmen zur Attraktivitätssteigerung aufdrängen, müsste in Zukunft nicht ausschliesslich von der Ärztedichte (Kopfzahlen) abhängig gemacht werden. Vielmehr sollte untersucht werden, welche Auswirkungen eine bestimmte Grundversorgerdichte auf die Bevölkerung hat:

- Führt sie zu langen Warte- und Wegzeiten?
- Führt sie zu zusätzlichen Komplikationen, weil die Versorgung zu spät erfolgt?

Kurz: der **Begriff der Unterversorgung müsste operationalisiert werden**. Dies umso mehr, als die Konsultationshäufigkeit der Bevölkerung sehr unterschiedlich ist (Ost-West-Gefälle) und der Bedarf nach ärztlichen Leistungen auch stark von der Struktur der Bevölkerung abhängt (Altersstruktur, Anteil Frauen etc.)³⁵.

8. Massnahmen zur Verbesserung der Grundversorgung - Frage 2 der Postulate

Im Folgenden werden die konkreten Massnahmen, die von Bund und Kantonen zur Verbesserung der Situation der ärztlichen Grundversorger eingeleitet worden sind, dargestellt.

8.1 Massnahmen des Bundes (EDI/BAG)

Zur Förderung der Diskussion über die Grundversorgung hat das BAG verschiedene Massnahmen ergriffen. Diese umfassen namentlich

- Die Präsidialtreffen der Grundversorger-Gesellschaften (SGIM, SGAM, SGP, KHM). Seit Ende der Neunzigerjahre trifft sich die Direktion des BAG zwei- bis dreimal pro Jahr mit den Präsidenten der Berufsorganisationen.
- Die Erarbeitung von Grundlagenstudien über das Berufsfeld (Spycher und Künzi 2005, OEDC 2006), die demographische Entwicklung der Leistungserbringer (Spycher 2004), die funktionsorientierte Weiterbildung (Zenger und Biaggi 2006, Biaggi und Zenger 2007), die Vorstösse in den Kantonen (Tschannen 2006), die effektiven Tätigkeiten anhand der TARMED-Daten (Du-

³⁵ Vgl. dazu Jaccard Ruedin, H., Roth, M., Bétrisey, C., Marzo, N., Busato, A. 2007. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Document de travail 22. Obsan, Neuchâtel.

bach und Künzi 2008) sowie Untersuchungen zur Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit von Leistungen insb. Röntgen, Labor, Selbstdispensation und Notfallentschädigung.

- Eine bessere finanzielle Abgeltung des ärztlichen Notfalldienstes. Die Dringlichkeitspauschale F wurde im TARMED per 1. April 2007 kostenneutral eingeführt. In der Folge sind die Volumina der Notfallpauschalen pro Sitzung zurückgegangen. Aus diesem Grund wurden die Notfallpauschalen C und B im TARMED per 1. März 2009 angehoben. Der Bundesrat hat diese Anpassung der TARMED-Struktur genehmigt.
- Initiierung und Finanzierung eines Forschungsschwerpunkts im Rahmen der vom Schweiz. Nationalfonds unterstützten Kohortenstudie über die Berufswahl junger Ärztinnen und Ärzte (Buddeberg-Fischer et al. 2007, 2008, Hasler et al. 2008).
- Verhandlungen mit der EU: Im Hinblick auf die Übernahme der neuen Richtlinie 2005/36/EG betreffend die Anerkennung der Weiterbildungstitel durch die Schweiz verlangte die EG-Kommission, dass die Schweiz sich für einen Titel im Bereich Allgemeinmedizin entscheiden müsse. Die Schweiz könne nur entweder den Weiterbildungstitel Praktischer Arzt/Praktische Ärztin oder denjenigen der Allgemeinmedizin erteilen. Die Fachgesellschaften der Inneren und der Allgemeinmedizin arbeiten aktuell unter der Leitung der FMH/SIWF einen neuen Weiterbildungsgang aus, in dem die beiden Richtungen zusammengeführt und in Kohärenz zum Universitätsstudium neu kompetenzorientiert aufgebaut werden.

8.2 Gemeinsame Massnahmen von Bund und Kantonen (GDK und EDI/BAG)

Die GDK beschäftigt sich seit 2005 mit der Sicherung der Grundversorgung. Sie hat am 19. Mai 2005 anlässlich ihrer Plenarversammlung beschlossen, die Hausarztmedizin zu fördern und zu stärken.

Nachdem immer deutlicher wurde, dass Bund und Kantone die Massnahmen zur Klärung der Situation der ärztlichen Grundversorger gemeinsam angehen müssen, wurde Anfang 2006 eine gemeinsame Arbeitsgruppe Ärztliche Grundversorgung mit zwei Untergruppen eingesetzt. Diese befasst(t)en sich mit folgenden Themen:

- Modelle für die **Verbesserung der Weiterbildung** für angehende Hausärzte, inkl. Finanzierung der Praxisassistenten (Leitung GDK, in Zusammenarbeit mit dem BAG sowie einer Arbeitsgruppe mit Mehrheitsbeteiligung der Grundversorger)
- **Reorganisation der Notfalldienste** und verbunden damit eine allfällige Vereinheitlichung der Notfallnummer 144 (Federführung GDK in Zusammenarbeit mit dem BAG sowie einer Arbeitsgruppe bestehend aus Grundversorgern, Kantonsärzten, FMH, kantonalen Ärztesellschaften)

Nachdem verschiedene Grundlagenarbeiten und Studien abgeschlossen worden waren, verabschiedeten das EDI und der Vorstand der GDK am 26. Oktober 2006 im Rahmen des Dialogs zur Nationalen Gesundheitspolitik die ersten beiden Berichte.

Der Bericht „**Finanzierung spezifische Weiterbildung**“ (GDK, EDI/BAG. 2006b) setzt bei einem der Kernprobleme an, nämlich der fehlenden Exposition im Berufsfeld. Potenzielle Hausärzte können nämlich ihre gesamte Weiterbildungszeit als Assistenzärzte im Spital absolvieren, ohne das Tätigkeitsfeld in der Grundversorgung kennen zu lernen. Wichtige Erfahrungen fehlen und die für die Berufsausübung notwendigen Kenntnisse werden nicht erworben. Gleichzeitig wird mit der einseitigen Ausrichtung auf die Spital-Weiterbildung der Grundversorgung systematisch Personal entzogen. Zur besseren Berufsvorbereitung ist in den letzten Jahren das Projekt Praxisassistenten entstanden: Angehende Hausärzte verbringen einen Teil ihrer Weiterbildungszeit bei so genannten Lehrärzten. Die jungen Ärztinnen und Ärzte müssen während dieser Zeit jedoch Lohneinbussen in Kauf nehmen. Um solche Diskriminierungen zu vermeiden und die Praxisassistenten zu fördern, schlägt der Bericht neue Finanzierungsvarianten vor. So sollen die Kantone in einer Anfangsphase in die Finanzierung eingebunden werden. Eine solche Unterstützung soll jedoch gezielt und zeitlich limitiert erfolgen. Sicherlich wären Betreuung und Finanzierung von Praxisassistentinnen und -assistenten in Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen mit entsprechender Infrastruktur besser zu gewährleisten.

Der Bericht „**Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen**“ (GDK, EDI/BAG. 2006c) beschreibt die bestehenden Probleme im ambulanten Notfalldienst und zeigt Möglichkeiten zur Lösung auf. Handlungsbedarf ergibt sich u.a. wegen der Überalterung der Grundversorger, der kleinräumigen Organisation, der zeitlichen Belastung durch den Notfalldienst sowie der steigenden Anspruchshaltung der Bevölkerung. Zur Lösung dieser Probleme werden verschiedene Massnahmen vorgeschlagen wie die Optimierung von Notfalldienstrayons, Kooperation mit Spitälern, die Triage der Notfälle über einheitliche Notfallnummern oder die bessere finanzielle Abgeltung des Notfalldienstes. Mit Blick auf die kantonalen Gesetzgebungen wird festgehalten, dass Hausärzte sich am ambulanten ärztlichen Notfalldienst beteiligen müssen. Die Massnahmen zielen entsprechend auf eine Verbesserung der Rahmenbedingungen.

Diese breit abgestützten Arbeitsgruppen wurden weiter geführt. Im Laufe des Jahres 2009 soll die Phase 3 abgeschlossen werden.

In dieser Phase sind mehrere wegweisende Arbeiten und Entscheidungsgrundlagen abgeschlossen bzw. geschaffen worden, welche – wie nachstehend dargestellt – bei Bund und Kantonen viele Umsetzungsmassnahmen ausgelöst haben:

- Arbeitstagung zur Nationalen Gesundheitspolitik vom 9. Nov. 2006 in Basel. Tagungsbericht (EDI/GDK 2007)
- Systematische Auswertung der Massnahmen zur spezifischen hausärztlichen Weiterbildung (GDK 2008a)
- Evaluation der Möglichkeiten für eine gesamtschweizerische Vereinheitlichung der Notfallnummern (GDK 2008b)
- Evaluation der Reorganisation der ärztlichen Notfalldienste (GDK 2008c)
- Im September 2009 nahm die gemeinsame Arbeitsgruppe von GDK/EDI-BAG ihre Arbeit erneut auf; Einigkeit besteht darüber, dass das bisher Erreichte (Praxisassistenten, Notfallversorgung) gesichert werden muss. Einig ist man sich auch, dass die Diskussion über das neue Berufsbild bzw. die Rolle des "Hausarztmediziners" im Kontext einer umfassenderen integrierten ambulanten Versorgung weiter geführt werden muss. Dabei müssten auch die möglichen Funktionen und Rollen weiterer Berufsangehöriger in der Grundversorgung (z.B. Apothekerinnen und Apotheker, Pflegefachleute, Hebammen, Ergotherapeutinnen und -therapeuten usw.) berücksichtigt werden.

8.3 Umsetzungsmassnahmen in den Kantonen

Weiterbildung

Gestützt auf die Arbeiten der Arbeitsgruppen sind in den meisten Kantonen Umsetzungsprojekte mit z.T. grossem finanziellem Engagement ausgelöst worden. Angesichts der vielen Initiativen wird davon gesprochen, dass die Berichte von GDK und EDI/BAG „in der Politik einen Bewusstseinsprozess auslösten und die politischen Verantwortlichen bewog, konkrete Massnahmen zu treffen“ (GDK 2008a).

Die breit abgestützte Arbeitsgruppe identifizierte eine spezifische Weiterbildung als geeignetste Massnahme. Bei der Praxisassistenten handelt es sich um die Weiterbildungszeit, welche der Facharztkandidat in Weiterbildung zum Facharztstitel in Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Pädiatrie in einer Praxis bei einem selbstständig tätigen Kollegen verbringt. Die Dauer beträgt jeweils mindestens 6 Monate und ist vollumfänglich an die gemäss Weiterbildungscurriculum vorgeschriebene Weiterbildungszeit anrechenbar, sofern sie bei einem anerkannten Lehrarzt stattfindet.

Insgesamt sind in 14 Kantonen Förderprogramme umgesetzt worden; in einigen Kantonen sind die Programme noch in Entwicklung, so werden sich die Kantone OW, NW und ZG wesentlich am Schweizer Modell ausrichten und in der Romandie wird unter der Federführung des Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin (GRSP) eine Vereinheitlichung ins Auge gefasst.

Nach Massgabe der organisatorischen und finanziellen Gegebenheiten sind sie sehr unterschiedlich ausgestaltet. Im Vordergrund stand die Finanzierung von Stellen oder der Ausgleich von Lohndifferenzen zwischen öffentlichen und privaten Anstellungsverhältnissen.

Die nachstehende Tabelle gibt eine Übersicht über die spezifischen Weiterbildungsprogramme für Hausarztmedizin (Quelle GDK 2008a).

Kanton	Art der Förderung	Zielgruppe	Programmdauer	Finanzielles Engagement	Anzahl Geförderte
AG	a) Praxisassistentenz b) Grundversorgung im stationären Bereich	a) Junge Ärztinnen und Ärzte b) Spitäler	Ab 2008 erste Phase für 2 Jahre	sehr gross, Kanton führt 2 Programme, bezahlt bei a) 75% der Löhne	unbekannt
BE	a) obligatorische Module im Studium b) Praxisassistentenz	a) Studierende b) Junge Ärztinnen und Ärzte	Ab 2008, nicht begrenzt in Vorbereitung	sehr gross	150 p.a. unbekannt
BS	a) Tutorat b) Praxisassistentenz	a) Studierende b) Junge Ärztinnen und Ärzte	seit 1998 seit 2008	unbekannt	130 p.a. unbekannt
GE	Praxisassistentenz	a) Junge Ärztinnen und Ärzte b) Kooperation Unispital - Versorgungsnetze	a) seit 1995 b) in Diskussion	eher gering	40
GL	Praxisassistentenz	Junge Ärztinnen und Ärzte	seit 2008 für 5 Jahre	erheblich, Kanton bezahlt 75% der Löhne	unbekannt
FR	Praxisassistentenz	Junge Ärztinnen und Ärzte	Noch nicht implementiert	unbekannt	unbekannt
LU	Praxisassistentenz	Junge Ärztinnen und Ärzte	seit 2007	erheblich, Kanton bezahlt 66% der Löhne	unbekannt
SG	Praxisassistentenz	Junge Ärztinnen und Ärzte	1997-2003, neues Programm seit 2007	erheblich	32 unbekannt
SH	Praxisassistentenz	Junge Ärztinnen und Ärzte	seit 2008 für 3 Jahre	kostenneutral durch Leistungsauftrag an Spital	2 p.a.
SO	Praxisassistentenz	Junge Ärztinnen und Ärzte		erheblich, Kanton bezahlt 80% der Löhne	6
SZ	Praxisassistentenz	Junge Ärztinnen und Ärzte	seit 2007 für 5 Jahre	erheblich, Kanton bezahlt 75% der Löhne	unbekannt
TG	Praxisassistentenz	Junge Ärztinnen und Ärzte	seit 2006	moderat, gemeinsam getragen von Kanton, Ärzten und Spitälern	2 p.a.
VD	Praxisassistentenz	Junge Ärztinnen und Ärzte	seit 2007	erheblich, Kanton bezahlt 60% der Löhne	unbekannt
ZH	Praxisassistentenz	Junge Ärztinnen und Ärzte	2007-09, danach Neuausrichtung durch neue Hausarzt-Professur	erheblich, Kanton bezahlt 75% der Löhne	15

Die Vielfalt der Modelle bietet den Vorteil, dass die jeweilige Lösung situationsgerecht ist, eine hohe Akzeptanz genießt und den lokalen Behörden Spielraum für die Steuerung lässt. Auf nationaler Ebene behindert diese Vielfalt jedoch die Vergleichbarkeit und die Qualitätskontrolle. Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, ist es in dieser Konstellation auch schwierig, den Aufwand und die Wirkungen genau

zu erfassen. Eine Beurteilung der didaktischen und gesundheitspolitischen Zweckmässigkeit ist vorgesehen. Es scheint unabdingbar, dabei auch die Kosten und Wirkungen zu evaluieren.

Trotz der Dynamik, welche die Arbeiten ausgelöst hat, zeigt die systematische Auswertung der Umsetzung durch die GDK auch die klaren Limiten auf. Die GDK (2008a) stellt dabei insbesondere die Frage nach der nachhaltigen Sicherung dieser Art von Förderung.

Notfallversorgung

Im Nachgang zu den Beschlüssen von GDK und EDI im Oktober 2006 sind in vielen Regionen die ärztlichen Notfalldienste reorganisiert worden. In einem kürzlich veröffentlichten Bericht (GDK 2008c) werden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – 13 umgesetzte Reorganisationen aufgelistet und systematisch bewertet.

Nebst der Anpassung der gesetzlichen Grundlagen (insb. Pflicht zur Leistung von Notfalldienst, vgl. Artikel 40 Buchstabe g MedBG) stand v.a. Optimierung von Notfalldienststrayons im Vordergrund. Eine Vereinheitlichung von Reglementen zum Notfalldienst kann allerdings gem. GDK (2008c: 6) v. a. „an der dezentralen Struktur des ärztlichen Notfalldienstes sowie dem Anspruch zur Selbstbestimmung der Dienstärztinnen und Dienstärzte scheitern“.

Eine weitere sehr wirksame Massnahme bestand in der Verstärkung der Zusammenarbeit mit den stationären Einrichtungen, insb. durch spitalassozierte Notfallpraxen.

Das Paradebeispiel der organisatorischen und strukturellen Verbesserung, die eine starke Entlastung der Grundversorger bringt, ist die spitalassozierte Notfallpraxis. Das Konzept ist von der Serviceorganisation der Hausärzte Aargau Ost, Argomed AG, und dem Kantonsspital Baden entwickelt und erfolgreich umgesetzt worden. Dieses „Badener Modell“ wird inzwischen in vielen Variationen als beste Lösung realisiert.

Die spitalassozierte Organisation des Notfalls hat namentlich folgende Vorteile: Synergien betr. Infrastruktur und Fachkompetenz, Entlastung der Spital-Notfallstationen, Arbeitsentlastung, geregelte Arbeitszeiten, unkomplizierte Weiterweisung/Einweisung möglich, Ausbildung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten in der Notfallpraxis.

Als Nachteile genannt werden das ungünstige Signal an die Bevölkerung: „Bei Notfällen ins Spital“, die möglicherweise erheblichen Distanzen in ländlichen Gebieten sowie die Abhängigkeit von Entscheidungen der Spitalleitung und von der Spital-Infrastruktur (Labor, Röntgen, Apotheke).

Als **Fazit der Massnahmen** zur organisatorischen und strukturellen Verbesserungen wird festgehalten, dass eine Zusammenarbeit mit anderen Anbietern, Spitälern oder Telefondiensten in Zukunft unumgänglich erscheint. Eine Abgabe des Notfalldienstes der Grundversorger an andere Anbieter sei grundsätzlich für die Patientinnen und Patienten kaum mit Nachteilen verbunden, auch wenn neue Versorgungsformen und Strukturen gewöhnungsbedürftig sein könnten und ev. manchen Patientinnen und Patienten Probleme bereiten. Die Ärzteschaft sieht zwar die Entlastung als Vorteil, steht aber dieser Veränderung etwas skeptisch gegenüber, denn durch den Verzicht auf den Notfalldienst würden Kontakte mit den Patientinnen und Patienten gehen verloren gehen. Das sei auch ein Imageverlust.

Einheitliche Notfallnummern

In 12 Kantonen (BL, BS, GR, LU, OW, NW, SG, SH, SO, VD, VS, ZG) existieren kantonsweit einheitliche Notfallnummern, die in vielen Fällen direkt oder indirekt über die bekannte Nummer 144 laufen. Allerdings ist die Vielfalt gross und ohne erkennbare Systematik: die Nummern können 3, 9 oder 10 Ziffern haben, über die regionale Vorwahl oder aber als Business Nummern mit 0800 oder 0900 angewählt werden, wobei letztere teilweise kostenpflichtig sind.

In den Kantonen UR und NE gibt es zwei Notfallnummern. In den Kantonen AG, GE, ZH wird eine Vereinheitlichung diskutiert.

Daneben gibt es die beiden schweizweit erreichbaren Dienste Medgate und Medi24, welche von den Versicherern getragen werden. Auf regionaler und lokaler Ebene sind in Zürich und Bern sog. Ärz-
tetelephone aufgebaut worden.

Die Arbeitsgruppe hat aufgrund der Analyse in einem ersten Bericht die Triagierung der Notfälle über einheitliche und kostenlose Notfallnummern gefordert. In einem zweiten Bericht werden drei Szenarien zur Weiterentwicklung empfohlen:

- (1) einheitliche kantonale ärztliche Notfallnummer,
- (2) eine einzige ärztliche Notfallnummer schweizweit,
- (3) eine einzige Notfallnummer für alle Notfälle schweizweit (144).

In ihren Schlussfolgerungen (GDK 2008b) stellt die Arbeitsgruppe fest, dass für die schweizweite Einführung der Notfallnummer 144 zurzeit der politische Wille fehlt. Als ideale Modelle gelten demnach diejenigen in den Kantonen BS/BL und VD sowie, je nach Ausgestaltung, die Zentralen 144 mit erweiterter Funktion.

Im Weiteren hält sie fest, dass es „unter den Aspekten von Wirtschaftlichkeit und Effizienz keinen Sinn macht, dass jeder Kanton eine eigene ärztliche Notrufzentrale betreibt“. Sie fordert die Kantone zur Zusammenarbeit auf und stellt dabei auch klar, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen der ärztlichen Notrufzentrale und der Sanitätsnotrufzentrale 144 essentiell ist, dass aber eine räumliche Nähe dieser Zentralen hingegen nicht zwingend notwendig ist.

9. Einkommensentwicklung - Frage 3 der Postulate

Nachfolgend wird auf die Frage eingegangen, wie sich die Honorierung der Allgemeinpraktiker entwickelt hat. Dazu werden zuerst die Grundlagen der Einkommensberechnung und die damit verbundenen Probleme dargestellt. Anschliessend werden die Einkommen der verschiedenen Facharztgruppen aufgelistet und mögliche Gründe für die Einkommensunterschiede zwischen diesen diskutiert.

9.1 Grundlagen der Einkommensberechnung

Die hier aufgelisteten Einkommen der Jahre 2004 und 2005 basieren auf einer Analyse von Hasler (2008). Bei der Berechnung der Einkommen wird nicht unterschieden zwischen Ärztinnen und Ärzten mit oder ohne Selbstdispensation.

Für die Einkommen des Jahres 2004 waren im August 2008 in der AHV-Ausgleichskasse der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte die Einkommenszahlen von 12'427 (81.8%) von insgesamt 15'199 Ärzten in freier Praxis durch eine rechtskräftige Verfügung festgestellt.

Für das Einkommensjahr 2005 waren im August 2007 11'277 (73.3%) von insgesamt 15'313 Ärzten in freien Praxen rechtskräftig bei der AHV verfügt.

Da für das Einkommensjahr 2006 bis im August 2008 nur 38.4% der Einkommen rechtskräftig verfügt waren, konnten die Zahlen für das Jahr 2006 aufgrund einer zu geringen Aussagekraft nicht seriös ausgewertet werden. Sie werden hier deshalb weggelassen.

In die Analyse mit einbezogen werden auch die Einkommen der Spitalärzte mit privatärztlicher Tätigkeit (Chefärzte, Leitende Ärzte, z.T. auch Oberärzte), die neben ihrer privatärztlichen Tätigkeit auch ein fixes Lohneinkommen beziehen. Das feste Lohneinkommen dieser Spitalärzte wird über die AHV-Ausgleichskasse des Arbeitgebers abgerechnet und ist somit nicht Bestandteil dieser Analyse.

Nur in den Kantonen Wallis, Freiburg und St. Gallen werden auch die Einkommensanteile aus der privaten Tätigkeit über die AHV-Ausgleichskasse des Arbeitgebers abgerechnet.

Bei den aufgeführten Einkommen handelt es sich um das AHV-pflichtige Einkommen. Zum besseren Verständnis wird hier eine kurze Definition eingeführt:

Das AHV-pflichtige Einkommen entspricht dem Einkommen

- vor Bezahlung der AHV/IV/EO-Beiträge
- vor Bezahlung der persönlichen Versicherungsprämien

- vor Bezahlung der nicht abzugsfähigen Teile der persönlichen Altersvorsorge
- vor Bezahlung der Steuern
- vor Bezahlung der Hypothekarzinsen

Beim AHV-Einkommen fehlen

- Kapitalerträge (aus Wertschriften und/oder Liegenschaften)
- Einkommen aus nicht praxisbedingter Tätigkeit im Anstellungsverhältnis

Damit das Einkommen eines Selbstständigerwerbenden mit dem Bruttosalär eines Angestellten vergleichbar wird, errechneten Hasler et al. (2006) im Auftrag des Vorstandes der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM einen sogenannten Aufwertungsprozentsatz von 17,8%, der für Sozialleistungen abgezogen werden muss.

9.2 AHV-pflichtiges Einkommen nach Facharztgruppen

Die untenstehende Tabelle zeigt die durchschnittlichen AHV-pflichtigen Einkommen aller in freier Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte nach Spezialitäten. Die Codierung der einzelnen Spezialitäten richtet sich nicht genau nach den Facharzttiteln, sondern ist kurz nach der Gründung der AHV-Ausgleichskasse der Ärzte vor rund 60 Jahren nach der damals geltenden Klassifikation, die eine viel geringere Zahl von Spezialisierungen aufwies, erarbeitet worden. So umfassen die „Internisten“ als Sammelgruppe die Allgemeine Innere Medizin, die Gastroenterologen, Hämatologen, Onkologen, Nephrologen, Angiologen, Diabetologen/Endokrinologen und Kardiologen. Aus diesem Grunde können die Internisten nicht genauer in Untergruppen aufgeteilt werden.

AHV-pflichtiges Einkommen aller in freier Praxis tätigen Ärzte, Durchschnitts- und Zentralwerte³⁶ nach Spezialitäten, Ärzte unter 66 Jahren.

Spezialität	2004		2005		2005	
	Anzahl	Durchschnittswert	Zentralwert	Anzahl	Durchschnittswert	Zentralwert
Anästhesie	328	280'626	247'650	258	265'198	216'000
Chirurgie	523	274'114	209'600	461	246'962	168'800
Dermatologie	240	241'329	191'150	213	239'116	209'100
Gynäkologie	731	254'133	214'100	665	252'850	211'600
Internisten*	2'255	225'241	190'500	2'048	224'749	189'050
Neurochirurgie	35	379'277	292'400	32	411'322	317'050
Neurologie	149	183'640	166'200	135	173'488	151'800
Ophthalmologie	427	346'311	276'600	377	333'886	272'200
Orthopädie	282	321'644	269'100	240	294'735	256'900
ORL	208	311'289	252'650	185	297'410	246'200
Pädiatrie	569	171'535	154'900	515	169'578	149'200
Physikal. Medizin	164	208'957	192'250	147	200'948	183'700
Psychiatrie	1'489	134'870	126'000	1'403	131'980	123'800
Kinderpsychiatrie	216	121'971	117'950	192	115'145	108'600
Radiologie	155	396'353	299'300	131	367'909	276'000
Urologie	110	334'586	285'500	101	291'606	227'600
Allgemeinmedizin	3'789	195'004	177'900	3'441	196'869	181'200
Spezialisten	7'881	226'907	177'900	7'103	218'449	170'700
Alle	11'670	216'548	177'900	10'555	211'406	173'900

* Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologen, Hämatologen, Onkologen, Nephrologen, Angiologen, Diabetologen/Endokrinologen und Kardiologen

Das durchschnittliche AHV-pflichtige Einkommen der Allgemeinmedizin hat mit 195'004 Franken (Zentralwert: 177'900) im Jahr 2004 gegenüber 196'869 Franken (Zentralwert: 181'200) im Jahr 2005 um 1 Prozent zugenommen.

Das durchschnittliche Einkommen der Spezialisten dagegen hat mit 226'907 Franken (Zentralwert: 177'900) im Jahr 2004 und 218'449 Franken (Zentralwert: 170'700) im Jahr 2005 um 3.7 % abgenommen.

Zugenommen haben nur die Einkommen der Allgemeinmedizin (+ 1%) und der Neurochirurgie (+ 8.4%).

Die durchschnittlichen AHV-pflichtigen Einkommen aller Ärzte liegen im Jahr 2005 mit 211'406 Franken um 2.2 % tiefer als mit 216'548 Franken im Jahr 2004. Von 2004 auf 2005 betrug die Teuerung nach Landesindex der Konsumentenpreise + 1.17 %. Der reale Einkommensrückgang aller Ärztinnen und Ärzte beträgt somit knapp 3,4 %.

Da die durchschnittlichen Einkommen durch "Ausreisser" stark beeinflusst werden, ist ein Vergleich der Zentralwerte (Mediane), mit denen die einzelnen Facharztgruppen in zwei Hälften geteilt werden, aussagekräftiger. Dabei fällt auf, dass die Zentralwerte durchwegs tiefer liegen als die Durchschnittswerte: die besser verdienende Hälfte der Ärztinnen und Ärzte verdient somit deutlich mehr. Auffallend ist ebenfalls, dass die Zentralwerte der Allgemeinmedizin und der Spezialisten für das Jahr 2004 identisch sind; im Jahr 2005 ist der Zentralwert der Spezialisten mit 170'800 Franken gegenüber demjenigen der Allgemeinmedizin von 181'2000 Franken gar deutlich gesunken.

Die **Gründe für die Abnahme der Einkommen** müssten genauer untersucht werden. Eine mögliche und plausible Erklärung bietet die Studie des obsan (2007) über die Entwicklung des ärztlichen Aktivi-

³⁶ Der Zentralwert oder Median ist der Wert, welcher die berücksichtigte Gesamtheit, nach zunehmender Einkommenshöhe geordnet, in zwei gleich grosse Gruppenteile: Für die eine Hälfte (50%) der Gruppe liegt das standardisierte Einkommen über, für die andere Hälfte dagegen unter diesem Wert. Der Zentralwert ist ein von Extremwerten unabhängigen Schätzer.

tätigkeitsgrades im ambulanten Bereich zwischen 1998 - 2004: trotz einer Zunahme der Anzahl der Grundversorger um 11% im untersuchten Zeitraum hat der Anteil der Vollzeitäquivalente schweizweit nur um 6% zugenommen. Am ausgeprägtesten ist die Reduktion des Aktivitätsgrades in städtischen Regionen, wo die Zahl der Grundversorger um 12% zugenommen hat, die Zahl der Vollzeitäquivalente dagegen nur um 3%.

9.3 Kennzahlen zum AHV-pflichtigen Einkommen in der Allgemeinmedizin

Auch innerhalb der Facharztgruppe der Allgemeinmedizin sind die Einkommensunterschiede sehr gross: Konkret streuen die AHV-pflichtigen Einkommen zwischen Null und 2'092'200 Franken. Nachfolgend werden ein paar Kennzahlen (Durchschnitts- und Zentralwerte) aufgelistet, bei denen unterschieden wird nach Geschlecht, Dauer der Praxistätigkeit und Region bzw. Kanton.

Durchschnitts- und Zentralwerte (Median) des AHV-pflichtigen Einkommens in Allgemeinmedizin nach Geschlecht, Dauer der Praxistätigkeit, Region, höchster und niedrigster Kantonswert in Schweizer Franken (in Klammern die absolute Zahl der analysierten Einkommen pro Kategorie)

	2004 Durchschnittswert	2004 Zentralwert	2005 Durchschnittswert	2005 Zentralwert
Alle Allgemeinmediziner/innen	195'004 (3789)	177'900	196'869 (3441)	181'200
Männer	214'768 (3088)	199'200	218'479 (2'780)	201'400
Frauen	107'941 (701)	92'900	105'982 (661)	94'200
Praxisalter 21 - 24 Jahre	230'847 (453)	219'100	234'202 (455)	217'000
Praxisalter 21 - 24 Jahre (Männer)	243'328 (409)	233'400	244'558 (410)	229'100
Praxisalter 18 - 21 Jahre (Frauen)	139'135 (55)	120'900	139'853 (45)	114'300
Kernstadt	160'682 (774)	133'700	160'017 (683)	136'900
andere Agglomeration	193'586 (1'773)	178'400	195'498 (1'594)	176'150
isolierte Stadt	188'271 (28)	168'200	185'354 (24)	159'350
ländliche Gemeinde	219'113 (1'214)	205'050	221'105 (1'140)	208'100
Höchster Kantonswert: GL	272'646 (24)	276'850	269'407 (28)	271'000
Niedrigster Kantonswert: GE	111'597 (32)	85'450	121'909 (33)	100'800

Die oben aufgelisteten Zahlen machen deutlich, dass es sehr **grosse Unterschiede** gibt sowohl bezüglich der Durchschnitts- als auch der Zentraleinkommen **nach Geschlecht**: Frauen verdienen deutlich weniger³⁷. Da die Tarife für die Leistungen geschlechterneutral sind, können die Einkommensunterschiede zwischen den Geschlechtern am plausibelsten durch die geringere Aktivität der Frauen erklärt werden (Teilzeitarbeit).

Ebenfalls **grosse Unterschiede** gibt es **in Bezug auf die Region**, wo das AHV-pflichtige Einkommen erwirtschaftet wird: in Kern- und isolierten Städten ist das Einkommen viel tiefer als in einer Agglomeration oder in ländlichen Gemeinden, wo die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner am meisten verdienen. Auffallend gross sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen: der höchste Wert im Kanton Glarus ist mehr als doppelt so hoch wie der Durchschnittswert im Kanton Genf.

Die grossen regionalen und kantonalen Einkommensunterschiede sind sicherlich teilweise auch auf die **unterschiedlichen kantonalen Regelungen betreffend die Abgabe bzw. den Verkauf von Arzneimitteln** (Selbstdispensation oder Führen einer Privatapotheke) zurückzuführen.

Um die Einkommensunterschiede genau erklären zu können, müssten Vertiefungsstudien gemacht werden, bei denen neben dem Aktivitätsgrad auch weitere Faktoren wie zum Beispiel das Recht zum Führen einer Privatapotheke und die Qualität des abgerechneten ärztlichen Leistungsspektrums in Betracht gezogen werden müssten.

³⁷ Zum Frauenanteil in den verschiedenen Spezialisierungsgruppen siehe auch die Publikation von Kraft, E.; Hersperger, M. (2009): Ärzteschaft in der Schweiz - die Feminisierung der Medizin. Schweizerische Ärztezeitung 2009;90: 47.

9.4 Zusammensetzung der Praxis-Bruttokosten

Gemäss Datenpool der Santésuisse³⁸ setzen sich die Bruttokosten pro Praxis aus folgenden Komponenten zusammen:

- Behandlung
- Medikamente
- Analysen
- Mittel- und Gegenstände
- Physiotherapie und andere Leistungen.

Zusammensetzung der über die OKP abgerechneten Bruttokosten pro Praxis im Jahr 2004: Frankenbeträge der Allgemeinmediziner/innen und Spezialist/innen:

	2004 Allgemeinmedizin	2004 Spezialisten
Behandlung	235'670 (55,8 %)	255'633 (77,6 %)
Medikamente	151'143 (35,8 %)	52'262 (15,8 %)
Analysen	29'084 (6,9 %)	13'643 (4,1 %)
Mittel und Gegenstände	3'412 (0,8 %)	2'166 (0,6 %)
Physiotherapie	1'258 (0,3 %)	1'957 (0,5 %)
Andere Leistungen	1'477 (0,3 %)	3'528 (1,1 %)
Total	422'044 (100 %)	329'189 (100 %)

Aus den in der Tabelle ersichtlichen Daten wird deutlich, dass der Behandlungskostenanteil der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner mit 55,8 % gegenüber 77,6% bei den Spezialistinnen und Spezialisten deutlich tiefer ist. Oder anders ausgedrückt: regulative Massnahmen im übrigen Bereich (Medikamente, Analysen, Mittel- und Gegenstände) wirken sich bei den Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner stärker aus als bei den Spezialistinnen und Spezialisten.

Absolut gesehen ist jedoch der Anteil der Analysen mit 6,9 % an den gesamten Bruttokosten pro Praxis gering.

9.5 Mögliche Gründe für die Einkommensunterschiede

Mit der Einführung von TARMED sollten die Einkommensunterschiede innerhalb der ganzen Ärzteschaft reduziert werden. Zwar zeigen die Vergleichszahlen der Jahre 2003 / 2004 (Einführung TARMED) sowie 2004 / 2005 eine deutliche Reduktion der Einkommensunterschiede. Die Unterschiede zwischen einzelnen Facharzttrichtungen sind aber sowohl hinsichtlich der Durchschnitts- als auch der Zentralwerte noch immer deutlich.

Mit einem Zentralwert von 177'900 Franken im Jahr 2004 lagen die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner auf dem 13. Rang von insgesamt 17 in der obigen Tabelle aufgeführten Facharzttrichtungen.

Im Jahr 2005 haben sie ihre Position mit einem Zentralwert von 181'200 Franken um einen Platz auf Rang 12 verbessert.

Auffallend sind die mit Abstand am tiefsten Einkommen der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Pädiatrie.

Die Zahlen der kommenden Jahre werden zeigen, ob sich die Einkommensunterschiede mit der Weiterentwicklung des TARMED weiter verringern.

38 Der Datenpool der Santésuisse ist ein Brancheninformationssystem der Krankenversicherer. Er erfasst alle Rechnungen der am Datenpool beteiligten Versicherer. Dies beinhaltet die Rechnungen, die von den Versicherten an die Krankenversicherer geschickt werden und diejenigen, die direkt durch die Leistungserbringer versendet werden. Rechnungen, die von den Versicherten zurückbehalten wurden und Leistungen, die nicht über die OKP abgerechnet werden, sind nicht erfasst. Die Teilnahme am Datenpool ist freiwillig. Der Abdeckungsgrad der Versicherten beträgt im Jahr 2004 97,35%. Die Daten werden jeweils mittels Schätzverfahren auf 100% hochgerechnet (www.santesuisse.ch)

Bei der Beurteilung der Einkommensunterschiede zwischen den einzelnen Facharzttrichtungen sind auch die in der Studie ausgewiesenen **Investitionskosten** der Ärztinnen und Ärzte zu berücksichtigen: der Zentralwert für die Investitionskosten der operativ tätigen Ärzte liegt mit 227'072 Franken im Jahr 2004 deutlich über den Investitionskosten von 155'800 Franken der nicht-operativ tätigen Ärzte.

So weit die Einkommensunterschiede zwischen Grundversorgern und Spezialisten auf die unterschiedliche Tarifierung der Leistungen im TARMED zurückzuführen sind, müssten Korrekturen durch die Leistungserbringer und die Versicherer (santésuisse) erfolgen, die beide als Vertragspartner des Rahmentarifs zeichnen. Santé Suisse und die Kantonalen Ärztegesellschaften sind sich gemäss einer Medienmitteilung³⁹ einig, dass die Grundversorger besser gestellt werden müssen. Deshalb solle TARMED Suisse die Tarifstruktur TARMED zugunsten der Grundversorger überarbeiten.

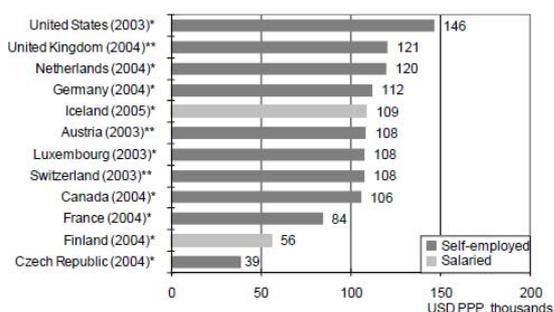
Hasler (2006) erklärt die **Einkommensunterschiede zwischen Grundversorgern und Spezialisten** unter anderem auch damit, dass nicht operativ-tätige Ärzte (darunter die Ärzte der Grundversorgung) praktisch ihr gesamtes Einkommen mit einem Tarif aus dem Sozialversicherungsbereich erarbeiten. Die operativ tätigen Ärzte (Spezialisten) dagegen erwirtschaften einen mehr oder weniger beträchtlichen Anteil des Einkommens im stationären Bereich mit dem Halb- oder Privattarif aus dem Zusatzversicherungsbereich. Privattarife für OKP-pflichtige Leistungen sind im ambulanten Bereich nicht zugelassen.

9.6 Ärztteinkommen im internationalen Vergleich

Internationale Einkommensvergleiche stossen auf zahlreiche Probleme, da jedes Land unterschiedliche Datenquellen und Berechnungsmethoden verwendet. Dazu kommt, dass in Ländern wie beispielsweise der Schweiz nur freischaffende Ärzte in die Untersuchung einbezogen werden, während andere Länder wie beispielsweise Finnland lediglich das Einkommen der angestellten Ärzte erfassen. Auch das Arbeitsvolumen wird nicht in allen Ländern berücksichtigt (z.B. Schweiz).

Oft zitierte Zahlen stammen aus den OECD Health Data (2007). So die Daten der untenstehenden Tabelle, in welcher die Einkommen der Grundversorger aus 12 Ländern miteinander verglichen werden. Die Zahlen betreffen die Einkommen des Jahres 2004 und sind in US-Dollar angegeben. Als Basis des Vergleichs wurde die Kaufkraftparität berechnet (PPP= purchasing power parity).

Figure 1. Remuneration of GPs in USD PPP, selected OECD countries, 2004 (or closest year available)



Notes: * indicates that the average remuneration refers only to physicians practising full-time and ** refers to the average remuneration for all physicians including those working part-time (thereby resulting in an under-estimation). In Austria, Switzerland and the United States, the data refer to all physicians (both salaried and self-employed), but since most GPs are not salaried in these countries, they are presented as referring to self-employed physicians. For the United Kingdom, data refer to Great Britain.

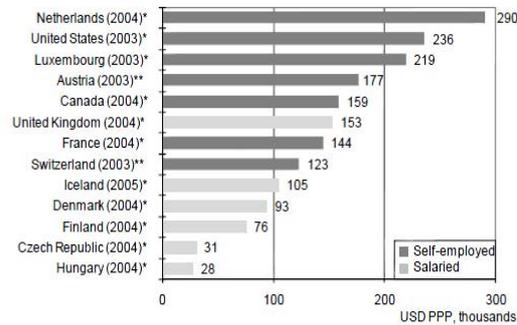
Source: OECD Health Data 2007 and for the US, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05.

Die mit einem * gekennzeichneten Länder weisen nur die Vollzeiteinkommen aus, während die Zahlen für Grossbritannien, Österreich und die **Schweiz auch die Teilzeiteinkommen** beinhalten. Gemäss dieser Auswertung liegt das schweizerische Durchschnittseinkommen der **Grundversorger im Mittelfeld**.

39 Medienmitteilung santésuisse http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.cdId=26270&content.vcid=6&detail=yes

In der gleichen OECD-Studie wurden auch die Einkommen der Spezialisten dieser Länder miteinander verglichen. Gemäss der untenstehenden Tabelle bewegen sich auch die **schweizerischen Spezialisten punkto Einkommen im Mittelfeld**.

Figure 5. Remuneration of specialists in USD PPP, selected OECD countries, 2004 (or closest year available)

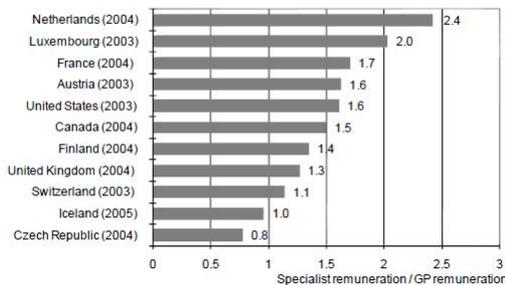


Note: * indicates that the average remuneration refers only to physicians practising full-time and ** refers to the average remuneration for all physicians including those working part-time. In Austria, Switzerland and the United States, the data refer to all physicians (both salaried and self-employed), but since most specialists are not salaried in these two countries, the data are presented as referring to self-employed physicians. For the United Kingdom, data refer to England.

Source: OECD Health Data 2007 and for the US, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05.

Der Ländervergleich betreffend das Verhältnis der Einkommen zwischen Grundversorgern und Spezialisten (siehe folgende Tabelle) zeigt, dass **Spezialisten in allen Ländern mehr verdienen**. Nur in Island und Tschechien sind die Unterschiede geringer als in der Schweiz. In allen andern Ländern weist die OECD-Studie höhere Einkommensunterschiede zwischen Grundversorgern und Spezialisten nach. An der Spitze stehen die Niederlande, wo die Spezialisten ein um den Faktor 2.4 höheres durchschnittliches Einkommen erzielen als die Grundversorger.

Figure 15. Ratio of remuneration of specialists to remuneration of GPs, selected OECD countries, 2004 (or closest year available)



In einer neuen Studie von Kroneman et al. (2009) wurde die Einkommensentwicklung der Grundversorger in acht europäischen Ländern untersucht. Die Einkommen sind in US-Dollar angegeben. Sie wurden teuerungs- und kaufkraftbereinigt. Bei der Berechnung der Einkommen wurden vorhandene Angaben zum Aktivitätsgrad berücksichtigt. Die Autoren betonen jedoch, dass diese Angaben in zukünftigen Studien noch genauer untersucht werden müssten.

Land	1985 US\$	1990 US\$	1995 US\$	2000 US\$	2005 US\$
Belgien	38.476	38.389	20.864	25.602	30.413
Dänemark	67.283	57.747	83.782	85.362	98.249
Finnland	46.132	45.566	-	47.231	65.801
Frankreich	51.827	52.401	57.67	53.889	64.607
Deutschland	78.192	78.723	85.342	96.325	103.158
Niederlande	74.36	77.305	58.267	65.842	92.945
Schweden	46.832	42.812	48.594	54.124	62.007
Grossbritannien	66.864	63.624	76.278	80.58	155.36

Die Einkommenszahlen für die Schweiz wurden - ausgehend von den AHV-pflichtigen Einkommen der Allgemeinpraktiker - mit Hilfe des LIK-Teuerungsrechners, einer Anwendung des Bundesamtes für Statistik, berechnet.

Die teuerungsbereinigten Einkommen wurden anschliessend gemäss methodischen Vorgaben der OECD⁴⁰ in Kaufkraftparitäten ausgedrückt:

	1985 US\$	1990 US\$	1995 US\$	2000 US\$	2005 US\$
Schweiz	115.114	115.326	112.178	113.671	127.799

Gemäss diesen Zahlen war das durchschnittliche Einkommen der Schweizer Grundversorger im internationalen Vergleich bis ins Jahr 2000 mit Abstand am höchsten. 2005 liegt es an zweiter Stelle nach Grossbritannien. Die Verdoppelung des Einkommens von 2000 bis 2005 in Grossbritannien erklären die Autoren damit, dass die Grundversorger Grossbritanniens bis 2004 eine Grundpauschale erhielten, dazu eine nach Alter, Erkrankung und Region der Leistungserbringung angepasste Pauschale pro Patient. 2004 wurde dieser Finanzierungsmechanismus geändert, indem zusätzlich zu den Pauschalabgeltungen auch qualitative Anreize gesetzt wurden.

9.7 Fazit zur Einkommensentwicklung

Die Einkommensentwicklung der Ärztinnen und Ärzte wird zwar durch gewisse staatliche Rahmenbedingungen beeinflusst, doch handelt es sich bei den Ärztinnen und Ärzten um freie Unternehmer, die im vorgegebenen Rahmen selbst für die Optimierung ihrer Einkommen mittels geeigneter struktureller oder organisatorischer Massnahmen verantwortlich sind. In diesem Sinne gibt es auch **kein richtiges oder falsches Einkommen**.

In seinen die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreffenden Entscheiden ist der Bund den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Die Bemessung von Tarifen für Leistungen, welche durch das Departement festgesetzt werden, muss auf einer betriebswirtschaftlichen Basis erfolgen. Die Tarife sollen primär kostendeckend sein. Ausnahmen sind möglich: Mit der Präsenztaxe wird der spezifischen Situation der Grundversorgerinnen und Grundversorger, die ein Praxislabor betreiben, Rechnung getragen. Die Folgen der Änderung der Analysenliste werden aktuell durch ein Monitoring erfasst.

⁴⁰ http://www.oecd.org/topicstatsportal/0,3398,en_2825_495691_1_1_1_1_1,00.html#500300

Insgesamt ist die **Einkommensentwicklung** der Ärzteschaft sehr **schwierig abschliessend zu beurteilen**, da der Einfluss und die Entwicklung zahlreicher Faktoren wie z.B. die festgestellte **Tendenz zur Reduktion des Beschäftigungsgrades** sowie die Zahl der mit eingerechneten **privatärztlichen Einkommen von angestellten Spitalärzten** die berechneten Durchschnittseinkommen senken.

Letztlich kann **nur ein Vergleich von Einkommen aus Vollzeitäquivalenten** mit einem zusätzlichen Vergleich der Rahmenbedingungen (Selbstdispensation, Aktivitätsspektrum usw.) definitiv Aufschluss geben über die Einkommenshöhe und -entwicklung.

Ein Aspekt, der ins Auge sticht, ist die **sehr grosse Streuung der Einkommen**: sie reicht von Null bis mehrere Millionen CHF. Die grosse Streuung mag bis zu einem gewissen Grad durch die verschiedenen Arbeitspensen erklärbar sein. Vermutlich gibt es weitere Erklärungen wie das regional unterschiedlich ausgestaltete Recht zur Selbstdispensation, das Spiel von Angebot und Nachfrage, Image, Region, Berufsverständnis sowie die unterschiedlichen Taxpunktwerte. Die Gründe für diese Heterogenität wären in einer empirischen Studie zu untersuchen.

10. Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht in Beantwortung der gleich lautenden Postulate 07.3279 und 07.3561 der Kommissionen für Soziale Sicherheit und Gesundheit beider Räte ist in der Folge der am 1. April 2006 von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin eingereichten Petition "Gegen die Schwächung der Hausarztmedizin" in Auftrag gegeben worden.

Die mit dem vorliegenden Bericht zu beantwortenden Fragen lauten wie folgt:

- 1a) Wie kann die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Hausarztmedizin verbessert werden?
- 1b) Wie können die Randregionen für Hausärzte attraktiver gemacht werden?
- 2) Inwiefern sind die mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vereinbarten Massnahmen zur Verbesserung der Grundversorgung wirksam?
- 3) Wie hat sich die Honorierung der Allgemeinpraktiker entwickelt?

Bevor zu diesen Fragen Stellung genommen wird, werden in den Kapiteln 3, 4 und 5 die Grundlagen zum besseren Verständnis des Berichtes gelegt: Kapitel 3 **klärt die die Begriffe Hausarztmedizin, Grundversorgung und Allgemeinpraktiker** und zeigt auf, dass diese Begriffe - obwohl häufig synonym verwendet - je unterschiedliche Facharztgruppen bezeichnen. Weiter wird deutlich, dass mit der Definition der ärztlichen Grundversorger, wie sie im Zusammenhang mit der Übergangslösung Zulassungsstopp vorgenommen worden ist, erhebliche Probleme verbunden sind.

In Kapitel 4 wird versucht, **ärztliche Grundversorgung** nicht über die Facharztgruppen, sondern **über die zu Lasten der OKP erbrachten Leistungen zu definieren**. Auf diesem Weg wird versucht, das Tätigkeitsprofil der Grundversorger zu zeichnen. Dabei wird deutlich, dass Grundversorgertätigkeiten auch von bestimmten Spezialisten übernommen und umgekehrt Spezialistentätigkeiten auch von ärztlichen Grundversorgern übernommen werden (können). Es zeigt sich, dass das tatsächliche Potential an Grundversorgern nicht ausschliesslich aus den Inhaberinnen und Inhaber der vier Facharztstitel der ärztlichen Grundversorgung besteht.

Im anschliessenden Kapitel 5 wird die **Demografie der ärztlichen Grundversorgung** beleuchtet. Daraus wird deutlich, dass sich mit einer Verdoppelung der Facharzttrichtungen seit 1980 auch die Zuordnungen der einzelnen Facharztgebiete zu den beiden Kategorien „Grundversorgung“ und „Spezialversorgung“ verschoben haben. Die Abnahme der ärztlichen Grundversorger im Verhältnis zu den Spezialisten ist das Ergebnis des Zusammenwirkens zahlreicher Faktoren und kann nicht ohne Weiteres mit einem Grundversorgermangel gleichgesetzt werden.

In den nun folgenden Kapiteln 6 bis 9 werden die **Fragen der Postulate** bearbeitet:

Kapitel 6 nimmt zur Frage Stellung, wie **die Aus- und Weiterbildung** (Frage 1a) der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Hausarztmedizin verbessert werden kann. Nach einem kurzen Blick auf die Re-

form der universitären Ausbildung im Rahmen des MedBG werden einzelne Aspekte des heutigen Weiterbildungssystems mit seinen aktuell 44 eidgenössischen Weiterbildungsprogrammen diskutiert. Da die Attraktivität einer Aus- und Weiterbildung auch massgeblich durch ihre "Verwertbarkeit" bestimmt wird (Berechtigung zur Abrechnung von Leistungen gemäss TARMED), werden die heutigen Regelungen im Bereich der Weiterbildung und im Bereich der Abgeltung der ambulanten Leistungen (TARMED) hinterfragt. Es wird aufgezeigt, dass eine ausschliessliche Verbesserung der Weiterbildung nicht ausreichen dürfte, um die Attraktivität des Tätigkeitsfeldes Grundversorgung zu steigern. Aus- und Weiterbildung sind so auszugestalten, dass ärztliche Grundversorger im Rahmen einer integrierten Versorgung eine Schlüsselrolle übernehmen können.

In Kapitel 7 wird auf die Frage eingegangen, wie die ärztliche **Grundversorgung in den Randregionen** (Frage 1b) verbessert werden kann. Ausgehend vom Befund des obsan, wonach sich der Problemdruck in Randregionen aufgrund verschiedener Faktoren (wie z.B. Altersstruktur der Grundversorger, zunehmende Feminisierung und Teilzeitarbeit) verstärken wird, ist anzunehmen, dass sich diese Probleme nicht allein mit einer besseren Abgeltung der Leistungen lösen lassen. Vielmehr muss der Problemdruck in Randregionen mit zusätzlichen Massnahmen abgebaut werden, namentlich mit der Verringerung des wirtschaftlichen Risikos für den Einzelnen, mit der Verhinderung seiner Isolation sowie mit der Verbesserung der Vernetzung mit andern Gesundheitsfachpersonen vor Ort.

Die Frage nach den von Bund und Kantonen **eingeleiteten Massnahmen zur Verbesserung der Grundversorgung und deren Wirksamkeit** (Frage 2) wird in Kapitel 8 bearbeitet. Die Massnahmen des Bundes und der Kantone werden detailliert aufgelistet und deren Wirksamkeit - soweit dies heute bereits möglich ist - beurteilt. Die Massnahmen im Bereich der Weiterbildung haben in den meisten Kantonen zur Einführung des Modells "Praxisassistenz" geführt. Dieses neue Modell der praxisnahen Weiterbildung angehender ärztlicher Grundversorger wird allseits sehr positiv bewertet, seine langfristige Finanzierung und damit die Nachhaltigkeit sind jedoch nicht gesichert. Auch in der Reorganisation der Notfallversorgung wurden mit der Verstärkung der Zusammenarbeit mit den stationären Einrichtungen (spitalassoziierte Notfallpraxen) wirksame Massnahmen ergriffen. Als Paradebeispiel einer organisatorischen und strukturellen Verbesserung gilt das sog. "Badener Modell", welches inzwischen in vielen Variationen realisiert wird.

In Kapitel 9 schliesslich wird auf die Frage nach der **Entwicklung der Honorierung der Allgemeinpraktiker** (Frage 3) eingegangen. Die Einkommensentwicklung der Allgemeinmedizin wird vor dem Hintergrund sämtlicher Facharztgruppen dargestellt. Dabei zeigt sich, dass das durchschnittliche AHV-pflichtige Einkommen der Allgemeinmedizin mit 195'004 Franken im Jahr 2004 gegenüber 196'869 Franken im Jahr 2005 um 1 Prozent zugenommen hat. Das durchschnittliche Einkommen der Spezialisten hat im selben Zeitraum um 4,7 % abgenommen und ist von 230'169 Franken auf 219'347 Franken gesunken. Wird die Teuerung mit berücksichtigt, hat das Einkommen aller Ärztinnen und Ärzte insgesamt abgenommen. Diese Einkommensentwicklung der Ärzteschaft im Allgemeinen und der Allgemeinmedizin im Speziellen lässt sich nicht abschliessend bewerten, da sie das Ergebnis zahlreicher nicht primär tarifbedingter Faktoren ist. Zu diesen Faktoren gehören z.B. die allgemeine Tendenz zur Reduktion des Beschäftigungsgrades oder die Modalitäten der Berechnung der Durchschnittseinkommen (z.B. Einbezug der privatärztlichen Einkommen von angestellten Spitalärzten). Letztlich könnte nur der Vergleich von Einkommen aus Vollzeitäquivalenten, die unter gleichen Rahmenbedingungen (Selbstdispensation, Aktivitätsspektrum usw.) erwirtschaftet werden definitiv Aufschluss geben über die tatsächliche Einkommensentwicklung.

Der vorliegende Bericht beantwortet die Fragen der Postulate und enthält auch einige Lösungsansätze. Welche konkreten Massnahmen und Empfehlungen allenfalls zur Verbesserung der Situation der ärztlichen Grundversorgung notwendig sind, wird im Rahmen der Umsetzung der Motion Fehr (08.3608), welche die Entwicklung einer Strategie gegen den Ärztemangel und die Förderung der Hausarztmedizin verlangt, geklärt werden.