

**Standortbestimmungen Gesundheitsberufe**

# **„Grundversorgungsmedizin“ in der Schweiz**

**Bericht Nr. 15**

**Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien  
BASS**



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**



## **«Grundversorgungsmedizin» in der Schweiz**

Stand der Diskussionen zur Frage der «Grundversorger/innen / Hausärzt/innen»  
und ihrer zahlenmässigen Entwicklung

Im Auftrag des  
Bundesamt für Gesundheit  
Gesundheitspolitik / Abt. Institutionen und Strukturen

Kilian Künzi

Bern, 14. November 2005

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>I</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>III</b>
<b>1 Ausgangslage und Fragestellung</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage und Fragestellung	1
1.2 Methodisches Vorgehen	2
1.3 Aufbau des Berichts	3
<b>2 Definition «Grundversorger/innen»</b>	<b>4</b>
2.1 Allgemeine Definitionen in der Literatur	4
2.1.1 Primary care	4
2.1.2 Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung, Hausarzt/-ärztin	5
2.1.3 «Grundversorger/in»	6
2.2 Definitionen bei bestehenden statistischen Studien in der Schweiz	7
2.3 Ergebnisse einer E-Mail-Anfrage bei ausgewählten Expert/innen	8
2.4 Einschätzungen der interviewten Experten	8
2.5 Zusammenfassung und Diskussion	14
<b>3 Wichtige Rahmenbedingungen für die Entwicklung in der Grundversorgung</b>	<b>16</b>
3.1 Bereich frei praktizierende Ärzte	16
3.1.1 Einführung TARMED 2004	16
3.1.2 Diskussion zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges	17
3.1.3 Übergangsrechtliche Erteilung eidg. Weiterbildungstitel an praktizierende Ärzt/innen	18
3.2 Bereich Weiterbildung und Ausbildung	19
3.2.1 Zulassungsbeschränkung bei Praxiseröffnungen	19
3.2.2 Gründung des Instituts für Hausarztmedizin an der Universität Basel	21
3.2.3 Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG)	21
3.2.4 Möglichkeit der teilzeitlichen Weiterbildung	22
3.2.5 Einführung des «Numerus clausus»	22
3.3 Politische Vorstösse	23
3.3.1 Interpellation im Nationalrat zur Grundversorgung in dünn besiedelten Regionen	23
3.3.2 Anfrage zur Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte im Kanton Zürich	24
3.4 Einschätzungen der interviewten Experten	25
3.5 Zusammenfassung und Diskussion	28
<b>4 Bestehende Daten zu den Entwicklungen im Grundversorgungsbereich</b>	<b>30</b>
4.1 Daten im Bereich frei praktizierende Ärzt/innen	30
4.1.1 Ärztestatistik der FMH	30
4.1.2 Santésuisse-Datenpool	35
4.1.3 Santésuisse-Tarifpool	39
4.1.4 Trust Center der Ärzt/innen	40
4.1.5 Eidgenössische Betriebszählung	41

4.1.6	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE	45
4.1.7	Eidgenössische Volkszählung VZ	46
4.1.8	Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Ärztezeitung	46
4.1.9	Kantonale Register zu den Berufsausübungsbewilligungen	49
4.1.10	Kanton Genf, Projekt VISAGE, démographie médicale	50
4.2	Daten im Bereich Ausbildung und Weiterbildung	50
4.2.1	Weiterbildungsstatistik FMH	50
4.2.2	Medizinalprüfungsstatistik, Statistik der Studierenden	52
4.2.3	Ergebnisse aus Berufszielstudien	56
4.3	Mögliches Vorgehen bei statistischen Analysen aus Sicht der interviewten Experten	57
4.4	Zusammenfassung und Diskussion	61
<b>5</b>	<b>Einschätzung des Trends in der Grundversorgung durch die interviewten Experten</b>	<b>64</b>
5.1	Persönliche Einschätzung der Problematik und Wahrnehmung des Trends	64
5.2	Ursachen des Trends	67
5.3	Zusammenfassung und Diskussion	70
<b>6</b>	<b>Falls eine breitere Untersuchung durchgeführt würde ...</b>	<b>73</b>
6.1	Einschätzung der Experten	73
6.2	Zusammenfassung und Diskussion	76
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>78</b>
<b>8</b>	<b>Anhang</b>	<b>81</b>
8.1	Definitionsbeispiele Grundversorger/innen	81

## Zusammenfassung

### Ausgangslage und Fragestellung

In der gegenwärtigen Diskussion zur ambulanten Grund- resp. hausärztlichen Versorgung lässt sich ein eigentlicher Paradigmenwechsel feststellen. Führte die Regierung 1998 noch den Numerus clausus für Medizinstudierende an den Universitäten ein und im Juli 2000 eine Beschränkung der Zulassungsbewilligungen von Praxiseröffnungen, so ist heute in der politischen Diskussion eher wieder von einem Ärztemangel die Rede. Praxen auf dem Lande könnten nicht mehr weitergeführt werden, da keine Nachfolger/innen gefunden würden. Ein Problem bilde insbesondere auch die Alterspyramide bei den praktizierenden Grundversorger/innen. Weiter sei der zunehmende Frauenanteil und die damit einhergehende Zunahme der Teilzeitarbeit problematisch. Insgesamt oder zumindest regional drohe für die Zukunft eine Unterversorgung im ambulanten medizinischen Bereich.

Auch die Ärzteausbildung befindet sich in der Schweiz derzeit in einem Wandel. Unlängst hat der Bundesrat das Gesetz verabschiedet, das den rechtlichen Rahmen für die Aus- und Weiterbildung sowie die selbständige Berufsausübung der universitären Medizinalberufe setzt.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitspolitik / Abt. Institutionen und Strukturen, das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) mit der Durchführung einer **Vorstudie** zum Thema «Krise in der Grundversorgung» beauftragt. In der Studie soll einerseits der **Stand der Diskussionen in der Schweiz** aufgearbeitet werden. Dabei sind Fragen in Bezug auf vorhandene Daten und bestehende Literatur zu beantworten. Andererseits sind geeignete Fragestellungen, Arbeitshypothesen und -methoden zur breiteren Abklärung der Situation in der Grundversorgung zu sondieren. Ein wichtiger Punkt betrifft die Einschätzungen der Problematik durch Expert/innen. Generell soll die Vorstudie eine Auslegeordnung bereitstellen. Auf die Konzeptionierung einer Hauptstudie wird explizit verzichtet.

### Methodisches Vorgehen

Methodisch wurde mit **Literatur- und Datenanalysen** gearbeitet. Daneben wurden **leitfadengestützte Interviews** mit 8 Experten (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Die Schweizer Krankenversicherer Santésuisse, College für Management im Gesundheitswesen College-M, Kollegium für Hausarztmedizin KHM, Kantonsarztamt Zürich, Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern) geführt.

## Ergebnisse

### Definition Grundversorger/lin

■ Betrachtet man die verschiedenen Definitionen, so kann festgestellt werden, dass beim Begriff «Grundversorger/innen» hinsichtlich **Inhalte oder Funktionen** weitgehend Einigkeit besteht: Grundversorger/innen behandeln allgemeine Krankheiten, bilden die Eintrittsstelle ins Versorgungssystem, sind für dringliche Fälle zuständig, für alle zugänglich, bieten eine umfassende, kontinuierliche Betreuung, nehmen Triagefunktionen wahr, koordinieren mit Spezialist/innen.

■ Falls die **Aus- bzw. Weiterbildungen** als Kriterien beigezogen werden, sind die so genannten «**Grundversorgertitel**» Diskussionspunkt. In der Regel besteht bei den verschiedenen Ansätzen Einigkeit. Zu den Grundversorger/innen werden Facharzt/innen für Allgemeinmedizin, Facharzt/innen für Allgemeine Innere Medizin, Ärzt/innen ohne Facharzttitel resp. Praktische Ärzt/innen gezählt. Ebenfalls hinzugerechnet werden gemeinhin die Facharzt/innen für allgemeine Pädiatrie, wobei dort eine Eingrenzung auf eine bestimmte Patientengruppe (Kinder/Jugendliche) erfolgt. Die Berücksichtigung der Facharzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie wird meistens abgelehnt, da hier die definitorische Vorgabe der Behandlung allgemeiner Krankheiten und der Dringlichkeit nicht erfüllt ist. Ebenfalls wird in Anbetracht des heutigen Systems in der Schweiz eher davon abgeraten, nicht-ärztliche Berufsgruppen wie z.B. freiberufliche Pflegefachfrauen, zu den Grundversorger/innen zu zählen.

■ Bezogen auf die erbrachten Leistungen ist wichtig zu sehen, dass grundsätzlich jeder Arzt/jede Ärztin **Grundversorgungsleistungen** erbringen und diese entsprechend mit den Krankenkassen abrechnen kann. Ein Definitionsansatz, der sich auf die Grundversorgertitel abstützt, enthält demnach immer Unschärfen auf zwei Seiten hin: (a) Träger/innen eines Grundversorgertitels, die inhaltlich nicht als Grundversorger/innen tätig sind, und (b) Träger/innen eines anderen Facharzttitels, die inhaltlich als Grundversorger/innen tätig sind. Ein pragmatischer Definitionsvorschlag stammt vom Kantonsarzt in Zürich: Ausgangspunkt für eine inhaltliche Definition sind die als «Gatekeeper» tätigen Ärzt/innen der bestehenden HMO-Praxen (was tun diese Ärzt/innen?). Als weiteres Definitionsmerkmal gilt die Bedingung der Teilnahme am Notfalldienst.

■ Nicht zu vergessen sind in der Diskussion die in letzter Zeit vermehrt entstehenden **Ambulatorien** an Spitälern, die als erste Anlaufstelle bei

oft auch leichteren Notfällen die Funktion der Grundversorgung wahrnehmen. Die Experten sind sich einig, dass die allgemeinen Ambulatorien zur Grundversorgung gezählt werden sollten, auch wenn die Tendenz nicht von allen begrüsst wird.

### *Wichtige Rahmenbedingungen für die Entwicklung in der Grundversorgung*

■ Die befragten Experten schreiben verschiedenen der diskutierten Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Entwicklung der Anzahl Grundversorger/innen zu, wobei über die Wirkung z.T. Uneinigkeit herrscht.

■ Als ein mögliches Element wird das neue Tarifsystem **TARMED** genannt, welches ab dem 1. Januar 2004 in Kraft ist. Die Experten der FMH weisen darauf hin, dass die Grundversorger/innen seit längerer Zeit das Gefühl haben, im Vergleich mit den Spezialisten unterbezahlt zu sein. Das TARMED-Ziel einer erhöhten Entschädigung von Grundversorgerleistungen konnte nach Ansicht der Befragten bisher nicht erreicht werden. Allerdings wird das tiefere Einkommen der Grundversorger/innen von den Experten der Santésuisse relativiert. Laut FMH-Lohnstatistik würden die Allgemeinmediziner/innen nicht wesentlich hinter den Spezialist/innen zurück liegen und die Spanne sei in den letzten Jahren kleiner geworden.

■ Weiter wurde die Diskussion zur **Aufhebung des Kontrahierungszwanges** erwähnt. Aus Sicht der Experten der Santésuisse ist jedoch die allfällige Aufhebung des Vertragszwangs noch viel zu weit weg, um eine Wirkung zu entfalten. Des Weiteren wäre aus ihrer Sicht gerade die Vertragsfreiheit ein geeignetes Mittel, die ärztliche Versorgung über Anreize besser steuern zu können. Aus Sicht des KHM oder der Experten der FMH wird demgegenüber von einem Klima der allgemeinen Verunsicherung gesprochen. Angehende Grundversorger/innen würden von einer Praxiseröffnung abgehalten (Investitionen, Verschuldung), da es für sie unsicher werde, ob sie dereinst ihre Leistungen noch über die Kassen würden abrechnen können. Dabei ist anzumerken, dass das Risiko der grossen Investitionen bei der Praxiseröffnung Spezialärzt/innen genauso trifft.

■ Die übergangsrechtliche resp. **erleichterte Erteilung der eidgenössischen Weiterbildungstitel** an praktizierende Ärzt/innen dürfte sich vor allem auf die Statistiken ab 2002 ausgewirkt haben. Auf Grund der Massnahme ist davon auszugehen, dass sämtliche praktizierenden Ärzt/innen in der Schweiz innert weniger Jahre über einen eidgenössischen Weiterbildungstitel verfügen und damit ins Register aller

Inhaber von Weiterbildungstitel aufgenommen werden.

■ Der **Zulassungsstopp** hat in Bezug auf unsere Fragestellung bisher vermutlich keine Wirkung gehabt. Seine Vorankündigung im Juni 2002 veranlasste bekanntlich noch hunderte von Ärzt/innen eine kantonale Praxisbewilligung zu beantragen. Zudem wird der Stopp von den Kantonen – mit Ausnahme etwa von Zürich – kaum angewendet. Sicher ist, dass die Ärzte-seite die Massnahme grundsätzlich für nicht sinnvoll betrachtet. Bei den befragten Experten ist eher von einem «emotionalen Problem» die Rede. Für die Versicherer und die meisten politischen Parteien ist der Zulassungsstopp ein «notwendiges Übel», aber durch die Möglichkeit der Ausnahmewilligungen auch ein mögliches Steuerungsinstrument für die Kantone.

■ Relativ stark thematisiert wurde von den Experten die Wirkung der **Aus- und insbesondere Weiterbildung**. Das Problem der geringen Anzahl Ärzt/innen, welche sich für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin interessierten, bestehe schon seit den 1970er Jahren. Dieser Trend hänge nicht zuletzt auch mit dem in der Weiterbildung vermittelten unvorteilhaften Bild des Grundversorgers/der Grundversorgerin zusammen. Eine gewisse Änderung wird von den fakultären Instanzen für Hausarztmedizin an den Universitäten von Bern, Genf, Lausanne und Zürich und vor allem vom ersten Institut für Hausarztmedizin erwartet, das im März 2005 in Basel gegründet wurde. Inwiefern eine verstärkte akademische Ausrichtung das Image der Grundversorger/innen aufwerten und die Zahl der praktizierenden Grundversorger/innen beeinflussen kann, ist derzeit noch offen. In Bezug auf die Fragestellung unserer Vorstudie hat das **neue Medizinalberufegesetz** derzeit noch keinen unmittelbaren Einfluss. Für die Zukunft könnte sich dies ändern. Hier dürfte auch das neu entstehende Register für die Frage des Monitorings und die medizinische Demografie von erheblicher Bedeutung sein. Insbesondere der Kantonsarzt von Zürich erwartet in den nächsten Jahren breite Veränderungen bei der Neugestaltung der Studiengänge und der Berufsbildung. Seiner Ansicht nach wird vermutlich auch in der Medizin eine Diskussion aufbrechen, ob alle Ärzt/innen über die Universität ausgebildet werden müssen oder ob nicht eine Differenzierung, z.B. nach dem Bachelor-Abschluss eine Trennung Richtung Hausarzt- oder Richtung hochspezialisierte Medizin, Sinn machen würde.

■ Ob der seit 1998 eingeführte **Numerus clausus** an den Universitäten die Zahl der Grundversorger/innen beeinflusst, ist schwierig abzuschätzen. Er hat mit Sicherheit die Zahl der Diplome etwas reduziert. Da davon auszugehen ist,



**Zusammenfassung**

dass der NC seine Wirkung auf die Ärztezahlen in der Praxis erst in rund 12 Jahren entwickelt (6 Jahre Studium, 6 Jahre Weiterbildung), ist es für eine Beurteilung noch früh. Eine wichtige Rolle dürfte in diesem Zusammenhang der Übergang zwischen dem Medizinstudium und der Weiterbildung spielen bzw. die Zahl der diplomierten Mediziner/innen, die im Anschluss an ihre Ausbildung nicht in die Weiterbildung und Praxis wechseln, sondern in andere Berufsfelder (Versicherungen, Forschung etc.).

■ Entgegen dem Trend, der durch die Einführung des Numerus clausus und des Zulassungsstopps charakterisiert ist, finden sich ab ca. 2004 in den **Printmedien und Verbandsmitteilung** vermehrt Berichte über einen drohenden Ärztemangel, insbesondere im Bereich Hausärzt/innen. Das Thema wurde auch von verschiedenen politischen Akteur/innen aufgenommen, welche auf Bundes- und Kantonebene entsprechende **Vorstösse** einreichten. Es ist davon auszugehen, dass die zunehmende Thematisierung in den Medien und der Politik die Öffentlichkeit sensibilisiert, wodurch ein gewisser Druck auf die oben genannten Rahmenbedingungen (TARMED, Zulassungsstopp, Weiterbildung, Numerus clausus etc.) entsteht.

**Bestehende Daten zu den Entwicklungen im Grundversorgungsbereich**

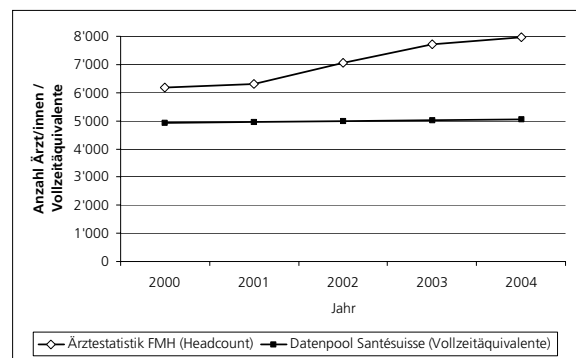
■ Mit Blick auf unsere Fragestellung zum Stand und der Entwicklung im Bereich Grundversorger/innen wurden im Rahmen der vorliegenden Vorstudie verschiedene bestehende Datenquellen analysiert. Die verschiedenen Quellen führen zu z.T. divergierenden Aussagen. Bei allen bestehenden Datengrundlagen lassen sich gewisse Vorbehalte anbringen.

■ Die verbreitetste Datenquelle ist die **Ärzttestatistik der FMH**. Auf der Grundlage der verfügbaren Daten der FMH-Ärzttestatistik resp. den Fachtiteln der frei praktizierenden Ärzt/innen lässt sich zwischen 2000 und 2004 kein Rückgang der hausärztlichen Versorgung (Titel Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Praktische/r Ärztin/Arzt) feststellen, vielmehr findet eine stetige Zunahme statt. Überproportional nehmen dabei die Ärztinnen zu, was zukünftig zu einem höheren Anteil an Teilzeit arbeitenden Ärzt/innen führen wird. Die FMH-Statistik weist verschiedene Mängel auf (z.B. fehlende Berücksichtigung des Arbeitspensums), die je nach Blickwinkel mehr oder weniger ins Gewicht fallen (eine geplante Revision der FMH-Ärzttestatistik sollte in verschiedenen Punkten eine Verbesserung bringen).

■ Eine jüngere Datenquelle bildet der **Datenpool der Santésuisse**. Durch die Arbeitsgruppe

«Ärzttestatistik» wurde der Pool 2005 erstmals mit einer neu entwickelten Methode ausgewertet. Das ärztliche Angebot resp. die ärztliche Versorgung wird nicht in Arbeitsstunden, sondern in Leistungen ausgedrückt. Unter Leistungen versteht man die Anzahl der Konsultationen und Hausbesuche, sowie die Anzahl behandelter Patient/innen. Die seit November 2005 vorliegenden Resultate weisen für 2000 bis 2004 sowohl bei den Grundversorger/innen wie auch bei den Spezialisten auf eine Zunahme der Versorgungseinheiten (näherungsweise Vollzeitäquivalente) hin. Allerdings ist der Zuwachs bei den Grundversorgertiteln nur gering (2.1%) und wesentlich kleiner als er aus der FMH-Statistik hervorgeht. Ein viel bedeutenderes Wachstum lässt sich demgegenüber bei den Spezialist/innen feststellen (11.5%).

Grundversorger/innen (Titel) mit Praxistätigkeit 2000-2004



Quelle: FMH-Ärzttestatistik, Santésuisse-Datenpool, Bertschi (2005)

■ Der **Santésuisse-Tarifpool** böte die Möglichkeit, die Grundversorger/innen anhand der gesammelten TARMED-Positionen zu definieren. Es könnte z.B. ein Schwellenwert festgelegt werden, ab welchem Prozentanteil Grundversorgungsleistungen eine Ärztin/ein Arzt als Grundversorger/in bezeichnet werden soll. Als nicht geeignet erscheint der TARMED derzeit noch für die Frage der absoluten Ärztezahlen resp. Versorgungseinheiten, da die Abdeckung mit rund 40 Prozent der Versicherer (Stand 15. Juni 2005) zu gering ist. Gleichzeitig fehlen wie im Datenpool auch im Tarifpool verschiedene Abrechnungen der Leistungserbringer/innen (Selbstzahler/innen, Abrechnungen mit anderen Sozialversicherern und Privatversicherern). Dennoch könnten aus einer Auswertung nach Grundversorgerleistungen und Titelträger/innen bereits Erkenntnisse gewonnen werden.

■ Ebenfalls als neuere Datenquellen können die **Trust Center der Ärzteschaft** bezeichnet werden, die in den letzten Jahren u.a. als Gegengewicht zum Daten- oder Tarifpool der Santésuisse entstanden sind. Gegenüber den Krankenkassendaten sollten die Trust Center den Vorteil

haben, dass bei ihnen sämtliche Abrechnungen enthalten sind. Allerdings besteht keine Kontrolle, ob dies der Fall ist, und die Abdeckung durch die Trust Center ist derzeit noch unsicher. Ebenfalls unsicher ist der Zugang für unabhängige Forschung.

■ Als relativ verlässliche Quelle kann die **Eidge-nössische Betriebszählung** gelten. Die letzte Betriebszählung fand allerdings bereits 2001 statt. Neuere Daten (Betriebszählung 2005) liegen frühestens im Herbst 2006 vor. Zwischen den beiden derzeit verfügbaren Datenpunkten der Betriebszählung 1998 und 2001 fand erstaunlicherweise eine Verringerung der Praxen für Allgemeinmedizin statt (minus 528 Praxen). Ebenfalls eine leichte Verringerung zeigte sich beim gesamten Personalbestand für diese Praxen (minus 1.7%). Ein Mangel der Betriebszählung liegt allerdings darin, dass die gerade in jüngerer Zeit zunehmend entstehenden Gemeinschaftspraxen nicht von Einzelpraxen unterschieden werden können, was zu einer Verzerrung bei der absoluten Praxenanzahl führt.

■ Die **Schweizerische Arbeitskräfteerhebung** wie auch die **Volkszählung** scheinen für unsere Fragestellung zur ambulanten Grundversorgung nicht geeignet zu sein, dies insbesondere auf Grund der ungenügenden Differenzierung der Berufsgruppen (lediglich Erfassung als «Ärztin/Arzt»). Allenfalls könnten aus der Volkszählung einige interessante soziodemografische Kriterien der Ärzteschaft (Erwerbsstatus, berufliche Stellung) entnommen werden. Für Entwicklungsfragen ist jedoch die Periodizität von 10 Jahren etwas grob.

■ Als eine eher spezielle Datenquelle können die **Praxiseröffnungsinserate** in der Schweizerischen Ärztezeitung betrachtet werden. Diese Quelle zeigt einen klaren Rückgang der Eröffnungen bei den Grundversorgerpraxen in den letzten Jahren, insbesondere 2004. Den Daten dürfte allerdings nur ergänzender Charakter zukommen, da eine Veröffentlichung von Praxiseröffnungen oder -übernahmen nicht obligatorisch ist und Schwankungen immer auftreten können. Vielversprechender wäre evtl. ein Vorgehen über **telefonische Register** (directories) resp. telefonische Adressen von Arztpraxen aus verschiedenen Jahren.

■ Keine verlässliche Angaben liefern die **kantonalen Bewilligungsregister** (BAB). Die Register sind uneinheitlich und beruhen auf unterschiedlichen Grundgesamtheiten. Ob, wann und in welcher Form von einer Bewilligung Gebrauch gemacht wird, kann in der Regel nicht festgestellt werden.

■ Die **FMH-Weiterbildungsstatistik** der Jahre 2000 bis 2004 ist durch die verschiedenen Än-

derungen bei der Erfassung sehr schwierig zu interpretieren. Tendenziell lässt sich ab 2003 ein Rückgang der ausgestellten FMH-Titel für Allgemeinmedizin feststellen. Allerdings liegen die Zahlen über denjenigen von 2000 und 2001.

■ Aus der **Studierendenstatistik** geht hervor, dass die Zahl der Studierenden der Humanmedizin bis zum Studienjahr 1997/98 stetig zugenommen und mit 7'858 Personen einen Höchststand erreicht hat. Nach Einführung des Numerus clausus ab 1998 ging die Zahl zurück. Ab 2000/01 hat sie sich bei rund 7'000 bis 7'100 eingependelt. Im Zeitverlauf lässt sich eine klare Verschiebung zwischen den Geschlechtern erkennen. Waren im Studienjahr 1995/96 mit 54 Prozent noch die Mehrheit der Studierenden Männer, so macht ihr Anteil 2004/05 nur noch 44 Prozent aus. Die Einführung des Numerus clausus hat auf die Abschlüsse einen um rund 6 Jahre verzögerten Einfluss. Der NC dürfte sich also ab dem Jahr 2003 auf die Diplome auswirken. Ab ca. 2001 ist diese Zahl klar sinkend. In Bezug auf das Geschlechterverhältnis zeichnet sich bei den Abschlüssen zwar eine ähnliche Tendenz ab wie bei den Studierendenzahlen und den Studienbeginnenden. Jedoch ist der Trend durch die Zeitverzögerung noch weniger ausgeprägt.

■ Bei der Beurteilung der Entwicklung und des zukünftigen Bedarfs an Grundversorger/innen muss die Altersverteilung bei den heute aktiven Grundversorger/innen beachtet werden (derzeit befinden sich viele Hausärzt/innen in Pensionsaltersnähe). Dies versucht unter anderem das **Projekt «Visage» des Kantons Genf** zu tun. Allerdings stützt sich das Projekt auf die bestehende FMH-Statistik ab.

■ Ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung der Entwicklung bilden auch die Berufsmotivationen und Abgänge in andere Berufsfelder während und am Ende der Aus- oder Weiterbildung der angehenden Ärzt/innen. Es existieren punktuelle **Berufszielstudien**, jedoch gibt es keine die gesamte Schweiz umfassende Untersuchung. Insbesondere fehlen auch Erkenntnisse darüber, welcher Teil der in den Umfragen erfassten Berufsziele sich später realisiert hat. Sicher ist, dass der Trend in Richtung «mehr Frauen» und «mehr Gruppenpraxen» in der Grundversorgung weist.

#### *Einschätzung des Trends in der*

#### *Grundversorgung durch die Experten*

■ Bei den Einschätzungen des Trends sind sich sämtliche Befragten einig, dass derzeit nicht von einem allgemeinen Ärztemangel gesprochen werden kann. Auch die Anzahl **Grundversorger/innen** sei **nicht rückläufig**. Was jedoch



rückläufig sei, sei das Arbeitsvolumen bzw. es gebe eine Zunahme der Teilzeitarbeit. In diesem Zusammenhang wird zumeist der wachsende Frauenanteil angeführt, der den Trend zu vermehrter Teilzeitarbeit und damit die Problematik des geringeren Arbeitsvolumens verstärke.

■ Gleichzeitig wird von allen Experten betont, dass es sich um ein **regional sehr unterschiedliches Problem** der Verteilung handelt. Engpässe würden vor allem in gewissen Randregionen auftreten. Hier würde es schon vorkommen, dass für bestimmte Praxen keine Nachfolger/innen gefunden würden. Die Problemlage werde nicht zuletzt auch durch die Alterspyramide bei den Grundversorger/innen auf dem Land verschärft. Der Vertreter der KHM weist darauf hin, dass der «Output» der Weiterbildung in den nächsten Jahren nicht reichen wird, um die Grundversorger/innen im Pensionsalter zu ersetzen. Im Hintergrund des Verteilungsproblems stehe der Trend, dass immer weniger junge Ärzt/innen in die Randregionen gehen, um dort eine Praxistätigkeit aufzunehmen. Auch die Experten der Santésuisse merken an, dass es in der Zukunft Leute geben könnte, die einen zu langen Weg zum nächsten Arzt/zur nächsten Ärztin haben. Derzeit sei dies aber noch offen.

■ Der Trend wird denn auch von den Experten der FMH nicht als medizinisches, sondern **gesellschaftspolitisches Problem** wahrgenommen. Mehrere Befragte, ebenfalls der Vertreter der KHM, sprechen von einer **Strukturanpassung**, wie diese etwa auch bei der Post oder im Bankenbereich erfolgt sei. Die Verkehrsströme hätten sich geändert. Neue Zentren würden entstehen. Die Leute seien mobiler als früher. Grundsätzlich werde sich die Praxislandschaft in den nächsten Jahren ändern. Die Einzelpraxis werde zunehmend verschwinden und Gruppenpraxen Platz machen.

■ Die Entwicklungen werden **sehr unterschiedlich bewertet**. Die Experten der Santésuisse sehen keine Anzeichen für eine Notlage, dies würden die Zahlen deutlich zeigen. Wenn keine Nachfolger/innen für Landpraxen gefunden werden, könnte dies auch auf ein Überangebot an Praxen und nicht auf einen Ärztemangel zurückgeführt werden. Es handle sich, wenn überhaupt, um keinen dramatischen Trend, sondern allenfalls um Verschiebungen im Komfortbereich. Auch die beiden Experten aus den Kantonen haben keine Hinweise auf einen Notstand. Pessimistischer sieht es der Experte der KHM, der auf Grund von Praxisschliessungen um die medizinische Versorgung, ihre Qualität und den Wirtschaftsstandort der Randgebiete fürchtet. Die Kantonsvertreter stellen fest, dass der politische Druck in letzter Zeit ansteigt. Sie sehen die Aufgabe des Staates vor allem darin, die

hausärztliche Versorgung im Sinne von Hausbesuchen und Notfalldiensten zu gewährleisten.

■ In Bezug auf die Ursachen für den Trend werden von allen Experten **ähnliche Gründe** genannt, wobei die Experten der Santésuisse betonen, dass es für sie noch keine Auswirkungen gebe, weshalb man auch nicht nach Ursachen suchen sollte.

■ Neben der bereits bei der Wahrnehmung des Trends erwähnten zunehmenden **Teilzeitarbeit** kamen weitere gesellschaftliche Veränderungen zur Sprache wie die grössere **Mobilität** der Bevölkerung. Die Leute würden vermehrt in der Nähe ihres Arbeitsplatzes, also in der Stadt zum Arzt/zur Ärztin gehen und nicht mehr auf dem Dorf, wo sie wohnen. Immer mehr Leute hätten keine feste Hausarztbeziehung mehr, sondern würden beim Bedarfsfall in ein **Ambulatorium** oder eine Notfallstation in einem Spital gehen. Teilweise seien daran aber auch die kurzen Öffnungszeiten der Grundversorgerpraxen Schuld. Teilweise würde der Gang zum Hausarzt/zur Hausärztin auch durch die heutige **Telemedizin** ersetzt.

■ Durchgehend von allen Experten wurde eine Veränderung in den **Wertvorstellungen** der heutigen jüngeren Bevölkerung resp. der angehenden Ärzt/innen als Ursache genannt. Jüngere Menschen seien heute weit weniger als frühere Generationen bereit, ihren Beruf zu ihrem Leben zu machen. Vor dem Hintergrund heutiger Wertvorstellungen seien das Leben und die Arbeitsbedingungen in einer Grundversorgerpraxis auf dem Lande schlicht unattraktiv, meint der Experte von College-M. Von allen Befragten werden in diesem Zusammenhang der **hohe Arbeitsanfall** und die hohen Präsenzzeiten der Grundversorger/innen auf dem Land ins Feld geführt. Dies hänge vor allem mit dem **Notfalldienst** zusammen. Als einer der wichtigsten Punkte für diesbezügliche Verbesserungen wird denn auch von den meisten Experten eine Reorganisation der Notfalldienste gefordert. Insbesondere der Vertreter der KHM betont, dass wirtschaftlich gesehen eine Praxis auf dem Land immer noch sehr attraktiv sein könne. Es sei **nicht das Geld**, das den Riegel schiebe.

■ Ebenfalls erwähnt wird ein gewisses **Status- oder Imageproblem**, das den Grundversorger/innen anhaftet. Das negative Bild werde in der Aus- und Weiterbildung gezeichnet. Nach Meinung der Experten hat dies vor allem damit zu tun, dass die Hausarztmedizin bisher zu wenig gefördert wurde. Von zwei Experten wird auch die mangelnde Wertschätzung der Ärzteschaft durch die Bevölkerung und deren Konsumhaltung als Problempunkt angesprochen.

### *Falls eine breitere Untersuchung durchgeführt würde ...*

■ Falls eine breitere Untersuchung durchgeführt würde, betonen mehrere Experten die Notwendigkeit einer **genauen Definition** des Untersuchungsgegenstandes bzw. der Grundversorger/innen. Der Experte der KHM weist dabei darauf hin, dass die Begriffsbestimmung inhaltlich bereits weitgehend klar sei.

■ Aus der Sicht der Experten der FMH wäre es sehr wichtig, die **Zeit** im System resp. der Ärzt/innen zu messen, **die den Patient/innen zur Verfügung steht**. Diese Grösse müsste in der Entwicklung über die Jahre betrachtet werden. An die Patientenzeit würde man in der heutigen Situation am ehesten über die **Trust Center** oder die **TARMED-Positionen** herankommen. Ein Problem bilde allerdings die Flächenabdeckung der genannten Datenquellen. Auch der KHM-Experte sieht den grössten Antwortbedarf aktuell bei der Frage der Arbeits- resp. Leistungspensen der Ärzt/innen. Generell würden hier zuwenig Daten vorliegen. Methodisch würde ebenfalls der Zürcher Kantonsarzt primär versuchen, über den TARMED vorzugehen. Ihm wäre es ein grosses Anliegen, auf der Grundlage mehrjähriger Erfahrungen eine «Baseline» der Versorgung schaffen zu können. Für den Experten aus der Berner Gesundheitsdirektion wäre es wichtig, mit einer kleineren Studie herauszufinden, ob die generelle Tätigkeit der Ärzt/innen in der Praxis dem entspricht, was durch ihre fachliche Qualifikation bzw. dem FMH-Titel vorgegeben ist. Auch er sieht ein mögliches Vorgehen über die TARMED-Daten. Ebenfalls für den Experten von College-M wäre es wichtig, genauer zu wissen, welche Sorte niedergelassener Ärzt/innen in welcher Region wie viel Grundversorgung macht. Dies könnte auch an einer Stichprobe ermittelt werden. Neben einem Vorgehen mittels der TARMED-Daten könnten sich auch mehrere Experten vorstellen, die notwendigen Angaben über eine **Befragung der Ärzteschaft** (Tätigkeitsanalyse, Selbsteinstufung, Öffnungszeiten der Praxen) einzuholen. Weiter wurde angeregt, ein Monitoring zu den Arztpraxen z.B. über das Betriebs- und Unternehmensregister aufzubauen.

■ Wichtig wäre für die Experten der FMH die Durchführung einer Studie, die das Alter der Grundversorger/innen berücksichtigt. Hier könnten bereits anhand vorliegender Daten relativ einfach **regionale Auswertungen der Altersprofile** der Grundversorger/innen ausgeführt und Problemzonen sichtbar gemacht werden.

■ Von mehreren Experten wird betont, dass bei allen Fragen vor allem auch die **Aspekte der Patient/innen resp. Nachfrager/innen** be-

rücksichtigt werden sollten. Insbesondere die Experten der FMH und des KHM wünschten eine systematische Untersuchung zur **Bedeutung der freien Arztwahl** für die Bevölkerung und die Patient/innen. Evtl. könnte man methodisch mittels **Zahlungsbereitschaftsstudien** vorgehen – bei welchen Kosten sind die Leute bereit, auf die freie Arztwahl zu verzichten? Die Experten der Santésuisse plädieren weiter dafür, dass mit Hilfe ihrer Daten **Versorgungsregionen** gebildet werden sollten. In diesem Zusammenhang müsste die Erreichbarkeit der Ärzt/innen durch die (potentiellen) Patient/innen ermittelt werden bzw. die Zeitdauer, die jede Person bis zum nächsten Leistungserbringer/innen bräuchte. Daneben wäre es aus der Sicht mehrerer Experten interessant zu erfahren, wie die Leistungserbringer/innen oder auch die Leistungsnachfrager/innen in Regionen reagieren, die auf Grund anderer Analysen als unterversorgt bezeichnet werden müssten. Der Experte von College-M regt die Durchführung von Befragungen in verschiedenen Pilotregionen an zu **Wahrnehmungen der** aktuellen Versorgung durch die **Bevölkerung** und zu deren Vorstellungen über eine adäquate Versorgung. Der Thematik hätten sich bisher vor allem Politiker/innen, Versicherer und Ärzt/innen angenommen, die Bevölkerung werde kaum gefragt. Er warnt gleichzeitig davor, das komplexe schweizerische Versorgungssystem mit groben Instrumenten steuern zu wollen. Funktionieren würde höchstens eine Feinsteuerung über Anreize.

### *Diskussion und Ausblick*

■ Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass **Handlungsbedarf** im Bereich der Datenlage besteht. Dies wird auch von sämtlichen befragten Experten betont.

■ In Bezug auf die **Definitionsfrage** erscheint als problematisch, dass im Rahmen des KVG keine präzise Begriffsbestimmung zu den Grundversorger/innen vorliegt. Es ist unklar, wie breit oder wie eng man den Begriff fassen soll. Ein möglicher Ansatz wäre die Schaffung eines Titels «Facharzt/-ärztin für Grundversorgung» in Abgrenzung zu allen übrigen Facharzttiteln. Aus Gründen der Begriffseingrenzung könnte es evtl. auch Sinn machen, den Term «Grundversorgung» bzw. «Grundversorger/in» vermehrt durch den in Deutschland gebräuchlicheren Begriff «hausärztliche Versorgung» zu ersetzen oder durch «Allgemeinpraktiker/in». Damit würden Missverständnisse mit Begriffen wie «Grundversorgungsspitäler», «psychiatrische Grundversorgung», «Grundleistungen» o.ä. vermieden

■ Wie könnten die **Grundversorger/innenzahlen** (in Vollzeitäquivalenten) und die Versor-

gungssituation fundiert abgebildet werden? In erster Linie wäre ein **kontrolliert nachgeführtes Register** notwendig, welches den neuen Arbeitsmodellen mit Teilzeitengagements etc. Rechnung trägt und auch eine genauere Grundversorgerdefinition als über die Facharzttitle ermöglichen sollte, da die Definition über Inhalte, Funktionen und Tätigkeiten mit den Ausbildungen resp. Facharzttiteln der real praktizierenden Ärzt/innen nicht absolut übereinstimmen muss. Auch Spezialist/innen leisten Grundversorgung. Es müsste auch eine Möglichkeit geben, die Ambulatorien in die Grundversorgerfrage miteinzubeziehen. Das Erstellen einer Datenübersicht wird von allen befragten Experten als sehr problembeladen beurteilt. Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass eine entsprechende unkoordinierte und z.T. konkurrenzorientierte Datensammlung von mehreren Stellen (FMH, Santésuisse, Trust Center), wie sie heute anzutreffen ist, verwirrt und nicht effizient ist. Eine gewisse Verbesserung der Datenlage dürfte das im neuen Medizinalberufegesetz vorgesehene Register bringen.

■ Falls verlässliche Daten vorliegen, könnte durchaus aus den verschiedenen Datenquellen ein **Simulationsmodell** zur Entwicklung der Grundversorgerzahlen aufgebaut werden, welches Faktoren berücksichtigt wie Altersverteilung bei den aktiven Grundversorger/innen, Frauenanteil resp. Trend zur teilzeitlichen Berufsausübung, Studieneintritte in Humanmedizin, Berufszieltrends bei Studierenden, Studienabbrüche, Studienabschlüsse, Abgänge in andere Berufsfelder (Verwaltung, Privatwirtschaft) nach Studium, Eintritte in Weiterbildung, Berufszieltrends bei Ärzt/innen in Weiterbildung, Weiterbildungsabschlüsse, Abgänge in andere Berufsfelder nach Weiterbildung, Verteilung frei praktizierende Ärzt/innen und Spitalärztinnen etc. Ein solches Modell müsste zeigen, inwiefern derzeit in der Grundversorgung eine «Zangenbewegung» - «Überalterung» gepaart mit «Nachwuchsproblem» – im Gange ist, ob eine Kompensation durch Spezialist/innen oder Ambulatorien erfolgt etc.

■ Bei der **Erbringung der Daten** könnte sowohl mit den bestehenden Datenquellen (u.a. Versuche mit TARMED- oder Trust Center-Daten) als auch mit (Stichproben-)Befragungen bei Ärzt/innen gearbeitet werden. Für Fragen zur Versorgungssicherheit und -qualität müsste auch die Bevölkerung miteinbezogen werden.

## 1 Ausgangslage und Fragestellung

In diesem Kapitel werden die Ausgangslage und die Fragestellung der Vorstudie beschrieben. Weiter wird auf das methodische Vorgehen eingegangen und der Aufbau des Berichts vorgestellt.

### 1.1 Ausgangslage und Fragestellung

Wie die Ärztausbildung allgemein befindet sich auch die Grundversorgungsmedizin in der Schweiz derzeit in einem Wandel. Unlängst hat der Bundesrat das Gesetz verabschiedet, das den rechtlichen Rahmen für die Aus- und Weiterbildung sowie die selbständige Berufsausübung der universitären Medizinalberufe setzt. Die zwei- bis sechsjährige Weiterbildung ist für selbständige chiropraktische und ärztliche (humanmedizinische) Tätigkeit obligatorisch. Die Durchführung und die Erteilung der Diplome obliegt den Fachgesellschaften. Für die Akkreditierung der Programme (auf dieser Stufe ist das System bereits eingeführt) ist das Eidgenössische Departement des Innern resp. das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zuständig. Für die selbständige Berufsausübung bedarf es weiterhin einer Bewilligung des Kantons. Neu wird ein eidgenössisches Register der Berufsleute mit Bewilligung vorgesehen (NZZ 4./5.12.04).

Gerade im Bereich der Grundversorgungsmedizin wurden in letzter Zeit vermehrt von Engpässen berichtet (vgl. Studer/Reck 2004, Monnier 2004, Bally 2004, Glauser 2004 sowie die nationalrätliche Interpellation von Lustenberger 2004). Praxen auf dem Lande könnten nicht mehr weitergeführt werden, da keine Nachfolger resp. Übernahmeinteressentinnen gefunden würden. Bei den Psychiatrieärzt/innen herrschten ernsthafte Nachwuchsprobleme. Insgesamt oder zumindest regional drohe eine Unterversorgung im ambulanten medizinischen Bereich. Unter anderem um das akademische Image der Hausarztmedizin aufzuwerten, wurde im März 2005 an der medizinischen Fakultät der Universität Basel das erste Institut für Hausarztmedizin der Schweiz gegründet (NZZ, 22.03.05).

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) versteht sich als verantwortliche Stelle für die «Grundversorgungsmedizin», also auch für die berichtete Unterversorgung. Vor diesem Hintergrund möchte das BAG sich einen Überblick über bestimmte Fragen verschaffen:

- Ist ein rückläufiger Trend bei den Grundversorger/innen zu beobachten?
- Führt ein allfälliger rückläufiger Trend zu Problemen (Versorgung, Qualität, Effizienz)?
- Welches sind die Gründe für einen allfälligen Trend?

Das BAG möchte letztlich über Daten («hard facts») verfügen, welche es erlauben, die aktuelle Situation jenseits von Gerüchten und Vermutungen zu kennen, und über eine Grundlage, die es ermöglicht, Lösungen zum aktuellen Problem auszuarbeiten.

In einem ersten Schritt sollen im Rahmen einer **Vorstudie** der Stand der Diskussionen dargestellt werden. Mitte November 2004 kontaktierte das BAG das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), um eine entsprechende Vorstudie ausarbeiten zu lassen.

Die Vorstudie verfolgt folgende Ziele:

- Es ist einerseits der Stand der Diskussionen in der Schweiz aufzuarbeiten. Dazu müssen verschiedene Fragen in Bezug auf vorhandene Daten, bestehende Literatur etc. beantwortet werden. Allerdings kann es im Rahmen der Vorstudie nicht darum gehen, die Fragen abschliessend zu beantworten.
- Andererseits sind geeignete Fragestellungen, Arbeitshypothesen und -methoden zur breiteren Abklärung der Situation in der Grundversorgung zu sondieren. Ein wichtiger Punkt betrifft die Einschätzungen der Problematik durch Expert/innen. Hier kommt der Vorstudie u.a. auch die Funktion zu, im Rahmen eines partizipativen Prozesses wichtige Akteur/innen einzubeziehen.

Generell dient die Vorstudie dazu, eine Auslegeordnung bereitzustellen. Auf eine Konzeptionierung einer Hauptstudie soll explizit verzichtet werden.

### 1.2 Methodisches Vorgehen

Methodisch wurde in der Vorstudie grundsätzlich mit Literatur- und Datenanalysen gearbeitet. Daneben wurden leitfadengestützte Expertengespräche durchgeführt.

#### **Literatur, Studien, laufende Diskussionen zum Themenbereich in der Schweiz**

Es wurde die bestehende Literatur (auch graue) gesichtet. Hierzu wurden folgende Schritte vorgenommen:

- Literaturrecherche durch Anschreiben von Expert/innen im Themenfeld;
- Literatursuche in der Schweizerischen Ärztezeitung und in Primary Care (Fachzeitschriften) und z.T. weitere Literatur.

Aus Budgetgründen musste die Auftraggeberin auf internationale Vergleiche wie z.B. eine Aufarbeitung der Situation in Deutschland verzichten.<sup>1</sup>

#### **Definition «Grundversorger/innen»**

Ein wichtiger Punkt betrifft die Definition der Grundversorger/innen. Auf der Grundlage der konsultierten Literatur und der Expertengespräche werden verschiedene Konzepte und ihre Konsequenzen betrachtet. Dabei wird auch der Trend bei stationären und ambulanten Anbietern resp. Ambulatorien an den Spitälern berücksichtigt.

#### **Charakterisierung wichtiger Rahmenbedingungen und ihrer Entwicklung**

Im Rahmen der Vorstudie soll unter anderem auch eine kurze Übersicht über die für die Grundversorgung wichtigen Rahmenbedingungen gegeben werden: Entwicklung in der Aus- und Weiterbildung, Veränderungen durch das KVG 1996, Veränderungen im KVG seither, etc.

#### **Daten zu den Entwicklungen im Grundversorgungsbereich**

Es werden verschiedene Datenquellen<sup>2</sup> zur Frage der Entwicklung der Anzahl Grundversorger/innen - auch im Vergleich zu Spezialist/innen - sowie Studien zu Motivationen etc. betrachtet. Im Rahmen der Vorstudie können die einzelnen Datenquellen nur grob ausgewertet werden. Vertiefende Auswertungen wären Bestandteil einer allfälligen Hauptstudie. Zu erwähnen ist, dass im Datenbereich derzeit ebenfalls ein Projekt von Santésuisse läuft (Arbeitsgruppe «Ärzttestatistik»).

#### **Einschätzungen von Expert/innen**

In leitfadengestützten Interviews wurde die Einschätzung von ausgewählten Expert/innen zu Definitionen, Daten, Rahmenbedingungen und zur Entwicklung der Problematik und deren Ursachen eingeholt. Teilweise handelt es sich um dieselben Personen, welche bereits im Rahmen der Literaturrecherche kontak-

---

<sup>1</sup> Aus verschiedenen Quellen ist bekannt, dass auch in Deutschland, insbes. in den Neuen Bundesländern eine Unterversorgung im Grundversorgungsbereich thematisiert wird (vgl. Bundesärztekammer 2004, Höpner/Maarse 2003, Klose/Uhlemann 2003, Koppetsch 2001).

<sup>2</sup> Hier kann auf Arbeiten abgestützt werden, die das Büro BASS für das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ausgeführt hat (Strub/Spycher 2004).

## 1 Ausgangslage und Fragestellung

tiert wurden. Aus Budgetgründen war eine Beschränkung auf sechs Interviews notwendig. In Absprache mit dem BAG konnten Interviews mit folgenden Personen durchgeführt werden:

■ FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte:

- Herr Georg von Below, Dr. med., Leiter Abt. Daten, Demographie und Qualität,
- Herr Jürg Jau, Verantwortlicher für die Ärztestatistik FMH;

■ Santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer:

- Herr Toni Haniotis, Dr., Mitglied der Direktion,
- Herr Michael Bertschi, Experte Datenpool;

■ College für Management im Gesundheitswesen (College-M):

- Herr Peter Berchtold, PD Dr. med., Leiter College-M;

■ Kollegium für Hausarztmedizin KHM: Herr Marc Müller, Dr. med., Präsident KHM;

■ Kantonale Behörde:

- Herr Ulrich Gabathuler, Dr. med., Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Kantonsarzt,
- Herr Thomas Spuhler, Dr. med., M. Sc., Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

Bei den Gesprächen mit der FMH und mit Santésuisse handelt es sich um Gruppeninterviews, wobei sich die Datenverantwortlichen vornehmlich zu technischen Fragen äusserten. Generell legen die interviewten Personen (in der Regel) Wert darauf, primär als Experte/Person Aussagen zu machen und nicht als offizielle Vertretung der entsprechenden Institution.

Die im Interview gestellten Fragen sind jeweils zu Beginn der entsprechenden Abschnitte dargestellt. Im Sinne einer Auslegeordnung werden die Aussagen der Experten relativ vollständig wiedergegeben.

### 1.3 Aufbau des Berichts

In Kapitel 2 wird als erstes versucht, den Begriff «Grundversorger/in» definitorisch zu fassen. In Kapitel 3 werden einige Rahmenbedingungen und ihre Entwicklung dargestellt, die im Umfeld der Fragestellung zu den Grundversorger/innen von Bedeutung sind. Kapitel 4 ist das Kernkapitel der Vorstudie. Hier werden die bestehenden Daten, die zur Frage der Entwicklung in der ambulanten Grundversorgung beigezogen werden können, diskutiert und teilweise analysiert. Ebenfalls wird ein Ausblick auf ein mögliches Vorgehen bei statistischen Erhebungen gegeben. In Kapitel 5 wird die Einschätzung des Entwicklungstrends durch die interviewten Experten (Bewertung, Ursachen) dargestellt. Im letzten Kapitel antworten die Experten schliesslich auf die Frage, welche Untersuchungen im Themenfeld allenfalls gemacht werden sollten. Die verschiedenen Kapitel werden jeweils mit einer Zusammenfassung abgeschlossen.



## 2 Definition «Grundversorger/innen»

Vorneweg ist festzuhalten, dass der Begriff «Grundversorgung» sehr weit gefasst werden kann. Gewisse Definitionen von «primary (health) care» enthalten sowohl die ambulante wie auch die stationäre Grundversorgung. Bei sehr breiten Definitionen fallen auch öffentliche Gesundheitsprogramme oder die Sicherstellung von sauberem Trinkwasser unter die Grundversorgung (z.B. WHO 1978). Im Bereich der Statistiken der stationären Gesundheitsbetriebe des Bundesamtes für Statistik wird z.B. innerhalb der Krankenhaus typologie der Spitäler nach Grundversorgung und Zentrumsversorgung unterschieden.

Für die vorliegende Studie steht die **ambulante Grundversorgung im Zentrum**. Wir fragen nach den Grundversorger/innen: Wie sind die Grundversorgungsmedizin resp. die Grundversorger/innen inhaltlich und statistisch abzugrenzen? Wie kann die Zahl der Grundversorger/innen am besten definiert werden? Wie sind die Ambulatorien an den Spitälern zu behandeln? In erster Linie suchen wir also weniger nach den Inhalten der Grundversorgungsmedizin oder den Tätigkeiten der Grundversorgung, sondern nach Möglichkeiten der **Abgrenzung im Sinne einer «Ärzt/innendemografie»**. Im Rahmen der Vorstudie ist allerdings keine detaillierte systematische Abhandlung möglich.

Zuerst werden einige Definitionen der Begriffe «primary care» und «Allgemeinmedizin/Hausärzte» dargestellt. In einem zweiten Schritt wird untersucht, welche Definitionen aktuellere statistische Studien verwendet haben. In einem dritten Schritt werden die Resultate einer kurzen Befragung dargelegt, in welcher ausgewählte Expert/innen im Gesundheitsbereich für Hinweise zu Literatur etc. angefragt wurden. In einem vierten Schritt werden die Einschätzungen der in den mündlichen Interviews befragten Experten dargestellt. Am Schluss wird eine Einschätzung zu den verschiedenen Definitionen abgegeben.

### 2.1 Allgemeine Definitionen in der Literatur

#### 2.1.1 Primary care

Bei der Diskussion des Begriffs «primary care» resp. medizinische Grundversorgung stützen wir uns vor allem auf Donaldson et al. (1996, Institute of Medicine). Eingeführt wurde der Begriff «primary care» 1961. Seither ist er in verschiedener Weise definiert worden. In **Tabelle 1** werden die Kategorien dargestellt, welche einzeln oder zumeist in Verbindung miteinander für die Beschreibung, was «primary care» bedeutet oder wer sie bereit stellt, Verwendung finden.

Ein Problem bei der Definition liegt u.a. im Term «primary». Wird dieser nur im zeitlichen Sinne oder im Sinne einer Reihenfolge als «erstes/zuerst» aufgefasst, dann bedeutet «primary» nicht viel mehr als «Erstkontakt, Eintrittspunkt» oder, bildlich, «Erdgeschoss» der Gesundheitsversorgung bzw. Versorgungspyramide. Verknüpft mit diesem Verständnis ist die «Triage-» oder «Gatekeeper-Funktion», welche die Grundversorgung wahrnimmt: Nach dem Eintritt wird der Patienten/die Patientin auf ein «höheres Level» der Gesundheitsversorgung gewiesen. Auf der anderen Seite des Verständnisses von «primary» liegt dasjenige, das den Term als «hauptsächlich, wichtigste» interpretiert. Diese Idee führt zu einer multidimensionalen Sicht des Begriffs «primary care», wie sie etwa in den beiden letzten der in Tabelle 1 aufgeführten Ansätzen zum Ausdruck kommt. Konkrete Beispiele von verschiedenen Definitionen des Begriffs «primary care» finden sich in Anhang, Tabelle 15.

Tabelle 1: Übliche Definitionskategorien des Begriffs «primary care» bzw. Grundversorgung

Prinzipien	Vorgehen
<b>Angebot bestimmter Personen / Ärzt/innen (Weiterbildungstitel)</b>	Aufzählung von Fachgebieten/Spezialisierungen z.B.: -Allgemeinmedizin -allgemeine Innere Medizin -allgemeine Pädiatrie -Geburtshilfe/Gynäkologie Einige Definitionen integrieren auch Gesundheitsschwestern etc.
<b>Set von Aktivitäten oder Funktionen</b>	Ein Set von Aktivitäten und Funktionen soll die Grenzen der Grundversorgung abstecken: z.B. die Behandlung oder Linderung allgemeiner Krankheiten oder Behinderungen im Gegensatz zu Spezialerkrankungen
<b>Verortung des Angebots/der Behandlung im Gesundheitssystem</b>	«Primary care» wird hier als «Eintrittspunkt» ins Versorgungssystem betrachtet, das neben der Grundversorgung auch eine spezialisierte und eine hochspezialisierte Versorgung («secondary» bzw. «tertiary care») bereit stellt. In diesem Zusammenhang werden häufig auch die Begriffe ambulante Versorgung (Grundversorgung), stationäre Versorgung im Allgemeinspital oder in medizinischen Zentren und Spezialkliniken erwähnt. In dieser Art Verortung finden sich häufig die Bezeichnungen «Erstkontakt, Triagist» oder «Gatekeeper»
<b>Set von Eigenschaften und Merkmalen</b>	Zur Beschreibung werden hier häufig Adjektive verwendet: Eine Versorgung, die -für alle zugänglich (unselektiert) und erreichbar, -umfassend resp. übergreifend, -koordiniert, abgestimmt, -kontinuierlich, langfristig, -partnerschaftlich, familienbezogen und verantwortlich etc. ist.
<b>Strategie für die Organisation des Gesundheitswesens als ganzes</b>	Im Zentrum steht hier ein Gegensatz zwischen gemeinde-orientierter oder -basierter Grundversorgung und spital-orientierter, technologieintensiver Medizin.

Quelle: Donaldson et al. (1996), eigene Ergänzungen

### 2.1.2 Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung, Hausarzt/-ärztin

Für die Terme «primary care» oder «primary care physician» werden im deutschen Sprachgebrauch in der Regel die Begriffe «Grundversorgung, Allgemeinmedizin» resp. «hausärztliche Versorgung, Hausarzt/-ärztin, Allgemeinpraktiker/in» verwendet.

In Europa ist vor allem die **Definition der Europäischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin Wonca Europe** ([www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org)) verbreitet, auf welche sich auch die entsprechenden Schweizer Verbände stützen. Die Definition gliedert sich in zwei Teilbereiche: «Wesensmerkmal der Allgemeinmedizin als Disziplin» und «Die Allgemeinmedizin als Spezialgebiet». (vgl. Anhang, Tabelle 16 und Abbildung 20).

Eine Definition der «**hausärztlichen Versorgung**» findet sich im deutschen **Sozialgesetzbuch** (SGB 2005, vgl. Tabelle 17 im Anhang). Die Begriffe «Grundversorgung» resp. «Grundversorger/in» werden hingegen in Deutschland kaum verwendet.<sup>3</sup> Die entsprechende Zuteilung der Ärzt/innen zur «hausärztlichen» oder «fachärztlichen» Versorgung regelt ein Zulassungsausschuss (vgl. Höppner/Maarse 2003). Der Begriff «Hausarzt» scheint in der Schweiz wie auch in Deutschland weiter gefasst zu sein als z.B. in den Niederlanden. In Deutschland und der Schweiz dürfen zusätzlich zu den Fachärzten für Allgemeinmedizin auch andere Arztgruppen (Internisten und Kinderärzte) an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

Schliesslich sei noch auf einen kurzen Artikel des Mediums **InFormation/med** der **medizinischen Fakultät der Universität Genf** hingewiesen, in welchem der Begriff «Grundversorger/in» bzw. «médecin de premier recours» wie folgt erläutert wird (Layat 2002, leicht ergänzt durch K. Künzi): Beim Term «médecin de premier recours» handelt es sich um eine Adaption des englischen Begriffs «primary care physician». In Kanada ist dafür eher der Begriff «médecin de famille» verbreitet: In Frankreich und England wird häufiger vom «médecin généraliste» bzw. vom «general practitioner» oder «general doctor» gesprochen. Nach Layat sind es die drei «Spezialitäten» Allgemeinmedizin (médecin générale), Innere Medizin (médecin inter-

<sup>3</sup> Den Hinweis verdanke ich Frau Dr. Claudia Pütz, Techniker Krankenkasse (vgl. Abschnitt 2.3).

**2 Definition «Grundversorger/innen»**

ne) und Pädiatrie (pédiatrie), die zusammen die Grundversorgungsmedizin bilden. Die beste Definition des Grundversorgers sei ein Arzt bzw. eine Ärztin, welche eine Antwort geben könnten für 90 Prozent der Patient/innen, in 90 Prozent der Situationen und in 90 Prozent der Zeit. Für den Rest greife er/sie auf die spezialisierten Kolleg/innen und andere Fachleute im Gesundheitsbereich zurück.

**2.1.3 «Grundversorger/in»**

Zur Definition des Begriffs «Grundversorger/in» findet sich ein Beitrag in der Schweizerischen Ärztezeitung aus dem Jahre 1999 von Christoph Hänggeli, Leiter der Abt. Weiter- und Fortbildung der FMH, (Hänggeli 1999). Hänggeli hat seinem Beitrag den Titel «Was heisst ‚Grundversorger‘? Der Versuch einer Definition, die entscheidend werden könnte» gegeben: Im Vorfeld der Arbeiten zur Einführung eines gesamtschweizerischen Einzelleistungstarifs für ärztliche Leistungen (GRAT, später realisiert als TARMED) wie auch in Zusammenhang mit den verschiedenen Hausarztmodellen von Krankenversicherungen wurden Ärzt/innen vermehrt nach so genannten «Grundversorgerqualitäten» beurteilt. Dies weckte Befürchtungen bei den Ärzt/innen, dass sie in Zukunft ihre Leistungen gegenüber den Krankenkassen nur noch dann abrechnen könnten, wenn sie über einen entsprechenden Facharztstitel verfügten. Vor diesem Hintergrund verabschiedete die Ärztekammer am 24. September 1998 eine Definition für die «Grundversorgerqualifikation». Nach Hänggeli waren die Bestimmungen noch nicht bekannt, ab welchem Zeitpunkt sich Ärzt/innen über eine «Grundversorgerqualifikation» ausweisen müssten. Klar sei lediglich, dass mit den FMH-Facharztstiteln «Allgemeinmedizin», «Inneren Medizin» und «Kinder- und Jugendmedizin» diese Qualifikation ohne weiteres erbracht sei. Andere Ärzt/innen, welche die Grundleistungspakete in Rechnung stellen wollen, hätten kumulativ folgende Bedingungen zu erfüllen: (a) beliebiger Facharztstitel bzw. Äquivalenz; (b) «tronc commun» (Basisweiterbildung): 2 Jahre Innere Medizin bzw. Kinder- und Jugendmedizin; (c) spezifische Weiterbildung in Hausarztmedizin; (d) Absolvierung des Fortbildungsprogramms SGAM (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin), SGIM (Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin) oder SGP (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie).

Tabelle 2: Definition «Grundversorger/innen» der Ärztekammer vom 24. September 1999

1.	Grundversorger sind Ärztinnen und Ärzte, die unselektionierte, ambulante Patientinnen und Patienten in akuten Situationen, d.h. notfallmässig, aber auch kontinuierlich und ganzheitlich medizinisch betreuen können.
2.	Folgende Fachärztinnen und Fachärzte FMH gelten eo ipso als Grundversorger: - Allgemeinmedizin; - Innere Medizin; - Kinder- und Jugendmedizin.
3.1	Als Grundversorger können ebenfalls die Ärztinnen und Ärzte angesehen werden, die - einen anderen Facharztstitel FMH und - sich den «tronc commun» sowie eine «spezifische Weiterbildung in Hausarztmedizin» erworben haben.
3.2.1	Der «tronc commun» besteht aus einer zweijährigen, stationären, intermedizinischen bzw. pädiatrischen Weiterbildung unter Berücksichtigung grundsätzlicher Aspekte der Probleme der ambulanten Patientenbetreuung.
3.2.2	Die «spezifische Weiterbildung in Hausarztmedizin» beinhaltet eine anderthalbjährige Weiterbildung in ambulanter Medizin unter Einbezug der praxisrelevanten chirurgischen Fertigkeiten der Notfallmedizin (z.B. Notfallmedizinkurs gemäss Richtlinien der Plattform für Rettungswesen), bestehend aus - allgemeiner und innerer Medizin in Einzelpraxen, Gruppenpraxen oder in einer medizinischen Poliklinik (mindestens 1 Jahr); - einem anderen klinischen Fach (mindestens 3 Monate) wie Chirurgie, Disziplinen der Inneren Medizin, Gynäkologie, Kinder- und Jugendmedizin oder Psychiatrie. Eine Tätigkeit als Truppenarzt kann ebenfalls angerechnet werden.
4.	Bei Erfüllung dieser Kriterien ist ein «Zulassungsausweis Grundversorgung» auszustellen, der vom Kollegium für Hausarztmedizin erteilt wird.
5.	In jedem Fall muss jährlich das Fortbildungsprogramm der SGAM, SGIM oder SGP absolviert werden.
6.	Nach Ablauf einer Übergangsfrist bis zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung des Gesetzes über die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinalpersonen erfolgt die «Zulassung als Grundversorger» gemäss dieser Definition

Quelle: Hänggeli (1999)

## 2 Definition «Grundversorger/innen»

Die genannten Gesellschaften werden dabei als «Grundversorgergesellschaften» bezeichnet.<sup>4</sup> Die im erwähnten Artikel aufgeführte Definition ist in **Tabelle 2** dargestellt.

Nach telefonischer Auskunft von Herrn Hänggeli können heute vor allem die beiden ersten Punkte als Definition für «Grundversorger» betrachtet werden. Die weiteren Punkte insbes. der «Zulassungsausweis Grundversorgung» wurden bisher in der beschriebenen Art nicht realisiert resp. weiterverfolgt.

### 2.2 Definitionen bei bestehenden statistischen Studien in der Schweiz

Nachdem bisher die Definition der Begriffe «Grundversorger/in», «Allgemeinmedizin» oder «Hausarzt» vor allem aus einem theoretischen oder inhaltlichen Blickwinkel heraus betrachtet wurden, stellt sich nun die Frage, wie bestehende statistische Studien im Sinne einer «Ärzt/innendemografie» mit der Problematik umgehen. In **Tabelle 3** sind einige jüngere Studien aufgeführt.

Tabelle 3: Definitionen/Abgrenzungen bei einigen aktuellen statistischen Studien in der Schweiz

---

#### **Obsan (2004): Gesundheitsmonitoring des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium<sup>5</sup>**

Im Rahmen des neu aufgebauten Gesundheitsmonitorings des Obsan sind unter den Einzelindikatoren u.a. auch Angaben zu den Hausarztbesuchen der Bevölkerung ausgewiesen (Obsan 2004, Konsultationsrate Hausärzte). Als Quelle wird die **Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002** verwendet. Dort wird allerdings nur zwischen «Hausarzt» und «Spezialisten» unterschieden (BFS 2003). Die befragten Personen treffen die Unterscheidung selbst. Die Frage lautet: «Haben Sie einen persönlichen Hausarzt, eine persönliche Hausärztin? Also einen **Arzt, wo Sie mit den meisten Gesundheitsproblemen hingehen können?**». Im Auswertungsbericht zu den Konsultationsraten unterstellt Obsan folgende Definition: «Hausärzte und Hausärztinnen arbeiten **in freier Praxis mit oder ohne Facharztstitel für Allgemeinmedizin** oder mit einer Spezialisierung in **Innere Medizin**. Sie gelten als erstes Glied in der Kette allfälliger komplexer Behandlungsabläufe, koordinieren Abklärungen und Behandlungen in medizinischen Fachgebieten. Mit dem Begriff des Hausarztes wird eine langjährige Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und KlientIn bzw. Familien assoziiert. Das Anforderungsprofil umfasst: Empathie und Einfühlungsvermögen; Kommunikationsbegabung; klinische Expertise; Fähigkeiten zur Problemlösung; Belastbarkeit; Teamfähigkeit; Bewusstsein für ethische, rechtliche und politische Fragen; Flexibilität und Selbstmotivation.»<sup>6</sup> Gleichzeitig ist sich Obsan der Schwierigkeit der Unterscheidung «Hausarzt» / «Spezialist» bewusst (Obsan 2004, Konsultationsrate Fachärzte): «Allerdings ist die Abgrenzung zu Hausärzten nicht scharf zu ziehen, gleichgültig, ob man Hausärzte ‚Fachärzten‘ oder ‚Spezialisten‘ gegenüberstellt. Als Facharzt gilt ein ‚approbierter Arzt‘, der in einem bestimmten Fachgebiet die dafür vorgeschriebene Weiterbildung (nach Weiterbildungsordnung) absolviert hat und zur Führung einer Gebietsbezeichnung [...] berechtigt ist‘ (Roche Lexikon Medizin 2003). Für den Konsumenten und die Konsumentin ärztlicher Leistung kann die Differenzierung schwierig sein, wenn Spezialärzte für Innere Medizin in freier Praxis als Hausärzte walten und auch der Allgemeinpraktiker ein Facharzt für Allgemeinmedizin ist.» Im Bericht zu den «Allgemeinpraktikern in privater Praxis» stützt sich Obsan auf die Mitgliederstatistik der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH. Dabei stellt Obsan fest (Obsan 2004, Allgemeinpraktiker in privater Praxis): «**Nach FMH** gelten alle Ärzte und Ärztinnen mit **Praxistätigkeit** und **Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin‘, ‚Praktischer Arzt‘** oder **‚Allgemeine Innere Medizin‘** sowie **solche ohne Facharztstitel** als Grundversorger. Diese **Abgrenzung ist allerdings ungenau**, gibt es doch **auch auf Chirurgie und Kardiologie spezialisierte Ärzte**, die sich **als Grundversorger betätigen.**»

---

#### **Bovier et al. (2005): Epidemiologische Studie über den Gesundheitszustand der Hausärzte**

Im Frühjahr 2002 wurde auf Initiative des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) und mit Unterstützung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Genf von einer Gruppe frei praktizierender Hausärzte eine Studie über den Gesundheitszustand der Hausärzt/innen in der Schweiz durchgeführt. Verschiedet wurde ein Fragebogen an eine Zufallsstichprobe von 3'000 in der Grundversorgung tätigen Ärzt/innen, die der Adressdatei der FMH entnommen wurden. Als in der Grundversorgung tätige Ärzt/innen wurden für die Studie definiert: **Allgemeinmedizin, Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie** und **Praktizierende Ärzte ohne Spezialarztstitel**. Von den 3'000 Ärzt/innen wurden 244 (8.1%) aus verschiedenen Gründen ausgeschlossen: 218 (7.3%) weil sie sich nicht als Hausarzt/-ärztin betrachteten, 15 weil sie nicht mehr ärztlich tätig waren, 3 waren verstorben und bei 8 lag eine falsche Adresse vor. Der Rücklauf der Studie betrug 65 Prozent. Werden die Angaben aus der Studie verallgemeinert, ist davon auszugehen, dass ein Vorgehen über die erwähnten Fachtitel mit einem Fehler von **7 bis 8 Prozent «falscher Hausärzt/innen»** behaftet ist.

---

#### **Monnier (2004): Studie zur Frage Überangebot / Mangel an Grundversorger/innen**

In einer Studie im Jahr 2004 zur Frage, ob es eher ein Überangebot oder ein Mangel an Grundversorger/innen habe, hat Michel Monnier für «médecin de premier recours» folgende Definition gewählt: **Allgemeinärzt/innen (généralistes), Allgemeine Internist/innen (internistes généraux), Pädiatrie ohne Unterspezialisierung (pédiatres sans sous-spécialité)**. Vor diesem Hintergrund hat Monnier nach eigenen Angaben rund 30 Prozent der Grundversorger/innen in der Romandie (ca. 570 Ärzte) angeschrieben. Diese wurden zufällig ausgewählt aus dem «répertoire médical». Der Rücklauf betrug 57.6 Prozent. (Monnier, 2004, Médecins de premier recours: pénurie ou pléthore?).

---

<sup>4</sup> In einem jüngeren Artikel zu den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz bezeichnen Hänggeli et al. (2004) die «Allgemeinmedizin», «Innere Medizin», und «Pädiatrie» als «Grundversorgertitel».

<sup>5</sup> Das Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik.

<sup>6</sup> Die Definition stützt sich auf F. Patterson, E. Ferguson, P. Lane et al. (2000): A competency model for general practice: implications for selection, training and development, British Journal of General Practice, 50, 188-193 sowie das Roche Lexikon Medizin (2003).

---

**Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) (2005): Umfrage über die Situation der Hausarztmedizin im Kanton Zürich**  
Am 24. Januar 2005 haben zwei Kantonsräte des Kantons Zürich eine parlamentarische Anfrage betreffend die Situation der Hausarztmedizin im Kanton Zürich eingereicht (vgl. Abschnitt 3.3.2). In der Folge gelangte die Gesundheitsdirektion an die AGZ und ersuchte um Unterstützung in der Beantwortung der Fragen. Die AGZ hat daraufhin eine Umfrage bei den frei praktizierenden Grundversorger/innen im Kanton Zürich durchgeführt. Angeschrieben wurde 1'485 Ärzt/innen (Mitglieder der AGZ). Es wurde folgende Definition gewählt: Fachärzt/innen für **Allgemeinmedizin**, für **Innere Medizin** (eine Differenzierung in allgemeine Innere Medizin und Spezialisierungen war anhand des Mitgliederregisters nicht möglich), für **Kinder- und Jugendmedizin** sowie **Praktischer Arzt**. Der Rücklauf der Befragung betrug 37.4 Prozent.

---

**FMH (2005): Ärzttestatistik 2004 der Schweizerischen Ärzteverbindung FMH**

Wie bereits im Abschnitt zum Gesundheitsmonitoring des Obsan erwähnt, gelten nach FMH gemeinhin folgende Gruppen, die eine Praxistätigkeit und einen Weiterbildungstitel aufweisen, zu den Grundversorger/innen: **Allgemeinmedizin**, **Allgemeine Innere Medizin**, **Pädiatrie** und (mit gewissen Einschränkungen) **Praktischer Arzt**. Die «Grundversorgerdefinition» von 1999 der Abt. Weiter- und Fortbildung der FMH wurde weiter oben in Abschnitt 2.1.3 dargestellt.

---

**Marty (2005): Auswertung von Praxiseröffnungsinseraten in der Schweizerischen Ärztezeitung**

Marty wertete die Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Ärztezeitung von Mitte 1997 bis Ende 2004 aus. Die Aufnahme einer freiberuflichen Praxistätigkeit wird, für FMH-Mitglieder, von der FMH gemeinhin in der Ärztezeitung publiziert. Als Hausärzte definierte Marty Fachärzte für **Allgemeinmedizin**, für **Allgemeine Innere Medizin** und **Ärzte ohne Facharztangabe** (Dr. med., med. pract, praktischer Arzt).

---

Quelle: Obsan (2004), Bovier et al. (2005), Monnier (2004), AGZ (2005), FMH (2005), Marty (2005)

### 2.3 Ergebnisse einer E-Mail-Anfrage bei ausgewählten Expert/innen

Auf der Suche nach Hinweisen zu Literatur etc. haben wir insgesamt 17 ausgewählte Expertinnen und Experten im Bereich Gesundheitswesen angeschrieben, 12 Expert/innen aus der Schweiz und 5 aus Deutschland. Es wurde sinngemäss folgende Frage gestellt:

Im Rahmen einer Vorstudie zum Thema «Grundversorgungsmedizin in der Schweiz» geht es in einem ersten Schritt darum, den aktuellen Diskussionsstand und aktuelle Daten darzustellen. Hier besteht insbesondere die Schwierigkeit, die Grundversorgungsmedizin bzw. die Grundversorger/innen statistisch abzugrenzen: Wer ist Grundversorger/in, wer nicht? Wie kann die Gruppe und die Zahl der Grundversorger/innen am besten definiert werden? Wie sind die Ambulatorien an den Spitälern zu behandeln? Wie kann die Frage der Unter- oder Überversorgung angegangen werden? In diesem Zusammenhang erlauben wir uns, Sie als Expertin/Experte im Gesundheitsbereich um entsprechende Literaturhinweise anzufragen.

11 Personen haben sich mit mehr oder weniger umfangreichen Angaben zurückgemeldet. Die deutschen Expert/innen hielten sich teilweise für zu wenig kompetent zur Beantwortung der Definitionsfragen. Dies unter anderem deshalb, weil der Begriff «Grundversorger/in» in Deutschland nicht existiert. Ein Schweizer Experte musste aus Kapazitätsgründen absagen.

Die eingegangenen Hinweise sind im Anhang in Tabelle 19 zusammengefasst. Generell wurde die Fragestellung als sehr schwierig bezeichnet. Die gelieferten Begriffs-Definitionen entsprachen weitgehend denjenigen, die wir in Abschnitten weiter oben dargestellt haben.

Von grösserer Bedeutung war vor allem der Hinweis der Vertretung von Santésuisse resp. der Arbeitsgruppe «Ärzttestatistik», die sich mit der Frage der Entwicklung der Ärztezahlen befasst. Das dabei angewendete methodische Vorgehen wird in Kapitel 4 dargestellt.

### 2.4 Einschätzungen der interviewten Experten

Die Frage der Definition wurde ebenfalls im Rahmen der sechs Experteninterviews erörtert:

■ Wer gehört Ihrer Meinung nach zu den «Grundversorger/innen» und wer nicht? Auf welche Sachverhalte stützen Sie Ihre Definition ab? Welche Konsequenzen haben verschiedene Definitionskonzepte?

■ Wie würden Sie die Ambulatorien an den Spitälern behandeln? Wie beurteilen Sie die ambulante psychiatrische Grundversorgung?

Generell zeigte sich, dass die Definitionsfrage eine der schwierigsten Fragen ist. Entsprechend ausführlich waren die Antworten der Befragten. Nachfolgend werden die Antworten in etwas geraffter Form wiedergegeben.



### FMH - Herr Georg von Below, Herr Jürg Jau

■ In den verschiedenen durch die FMH realisierten wissenschaftlichen Projekten wurden als Grundversorger jeweils bestimmte Facharzttitelträger/innen definiert: «Allgemeinmedizin», «Allgemeininternisten», «Ärzt/innen ohne Facharzttitel» und je nachdem für Vergleiche auch «Kinderärzt/innen». Neu hinzu kommen die «Praktischen Ärzte». Dabei handelt es sich nicht um einen Facharzttitel, sondern einen zweijährigen eidg. Weiterbildungstitel (Formalisierung im Rahmen der internationalen Verträge, die im Grunde den Ärzt/innen ohne Facharzttitel entspricht). In der Statistik werden jeweils die «Ärzte mit Praxistätigkeit» betrachtet. Es handelt sich um «medizinisch selbständig tätige Ärzte». Dies können auch Chefärzte aus Spitälern mit einer Praxis sein. Gerade in der Peripherie findet man häufig den internen medizinischen Chefarzt, der Chefarzt im Spital ist, daneben aber – oft gerade im Spital selber - noch eine private Praxis betreibt, wo er mehr oder weniger als Grundversorger die Primärversorgung für die lokale Bevölkerung sicherstellt. In Bezug auf die Psychiatrie macht es aus unserer Sicht keinen Sinn, die Träger der entsprechenden Facharzttitel als Grundversorger zu betrachten. Nur weil Patient/innen direkt hingehen und die entsprechenden Erkrankungen häufiger auftreten, ist es noch keine Grundversorgung. Sonst müsste man auch Kardiologen als Grundversorger betrachten, weil kardiovaskuläre Erkrankungen zunehmen und Patienten direkt zum Kardiologen gehen oder gehen können. Was schwieriger abzugrenzen ist, ist die ambulante psychiatrische Versorgung, z.B. als psychiatrische Poliklinik. Aber aus pragmatischen Gründen würden wir die Psychiatrie aus der Diskussion ausschliessen. Etwas anders ist natürlich, dass gewisse Teile der Psychiatrie bzw. Psychosomatik zum Tätigkeitsgebiet eines Grundversorgers gehören.

■ Eine bekannte Frage ist, ob die Facharzttitel als Kriterium für einen Grundversorger ausreichen oder ob es noch weitere Kriterien braucht. Hier ist es schwierig zu definieren, welches die zusätzlichen Kriterien wären. Beim Internisten ist der Fall klar, aber es gibt z.T. in Randregionen auch Chirurgen, welche zwar in erster Linie im Spital operieren, aber sonst auch noch ärztliche Betreuungsaufgaben für die Population übernehmen (z.B. Quick [Blutgerinnung] einstellen, Blutdruck kontrollieren usw.). Man müsste eigentlich ein genaues «Aktivitätsmuster» für den Grundversorger definieren. Die FMH arbeitet an diesem Thema, aber heute kann man ein solches Aktivitätsmuster noch nicht aus dem Sack ziehen. Für eine Umfrage wurde schon einmal eine grobe Definition gemacht. Man hat gesagt, Grundversorger, das sind «Ärzte, welche unselektiert ambulante Patienten behandeln, in akuten Situationen oder notfallmässig und kontinuierlich, also ganzheitlich». Es wurde eine Selbstdeklaration abgefragt. Bei der Umfrage haben rund 10'000 Ärzte angekreuzt, sie machten dies. Das wären ziemlich viel mehr als aus der FMH-Ärztestatistik hervorgehen.

■ Hinsichtlich der Facharzttitel würden wir die Pädiatrie nicht ausschliessen, nur weil die Einschränkung auf Kinder gilt. Die Gynäkologie ist in der Literatur umstritten. Es kommt auf das Gesundheitssystem an. Je nachdem ob Frauen einen direkten Zugang zum Gynäkologen haben oder ob sie zuerst zum «Gatekeeper» müssen. Besteht der direkte Zugang, dann hat der Frauenarzt eigentlich die Rolle eines Grundversorgers. In Deutschland sehen wir aber auch die Entwicklung, dass zunehmend andere Grundversorger, also Nicht-Gynäkologen, Vorsorgeuntersuchungen anbieten, die vorher exklusiv Gynäkologen angeboten haben. Auch in der Schweiz gibt es ähnliche Entwicklungen. Es hat Allgemeinmediziner, die z.B. ein Mammographie-Screening anbieten oder Abstriche machen, also Dinge, die vorher der Frauenarzt angeboten hat. Auf der anderen Seite beginnen Frauenärzte z.B. Ernährungsberatung anzubieten. Es findet eine gegenseitige Durchmischung der Aktivitätsmuster statt. Diese Dynamik macht es schwierig, bei Forschungsfragen aktuell zu sein. Eine Definition von heute ist in 5 Jahren möglicherweise nicht mehr sinnvoll.

■ Die WONCA-Definition ist grundsätzlich eine Definition der Allgemeinmedizin, nicht der Hausärzt/innen. Sie wird von der SGAM vertreten. Ausser allenfalls noch den Internisten fallen alle Ärzt/innen, die ein anderes Spezialgebiet oder auch keinen Facharzttitel haben, nicht unter die Definition. Die SGAM und auch das neue Institut in Basel versuchen natürlich, die klassischen hausärztlichen Aspekte, also die ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung der Patienten, hervorzuheben. Man will nicht mehr einfach Lückenbüsser sein, wenn gerade kein Spezialist Zeit hat. Die Patienten müssen geführt werden im Care-Management-System. Dies ist auch in Anbetracht der demografischen Veränderung des Patientengutes notwendig. Heute haben ältere Patienten x verschiedene Krankheiten und nehmen 15 verschiedenen Medikamente. Wenn das nicht «gemanaged» wird, kommt es nicht gut.

■ Die Praktischen Ärzte scheint man nicht besonders zu lieben. Es geht hier nicht um eine fachliche Qualifikation, sondern um die Berechtigung, zulasten der Krankenversicherung abrechnen zu können. Man musste die Praktischen Ärzte übernehmen aus Gründen der Personenfreizügigkeit resp. der EU-Konformität; durch die notwendige Rücksichtnahme im Medizinalberufegesetz gibt es nun die so genannten «Euro-Docs». Die FMH und auch die SGAM und die SGIM hätten natürlich lieber vorgeschrieben, dass man einen Facharzttitel braucht. Es wäre allerdings noch zu analysieren, ob es heute überhaupt Leute gibt, die mit dem Praktischen Arzt eine Praxis eröffnen. Die allermeisten machen wohl einen Facharzttitel, denn der Praktische Arzt ist ein «Doktor zweiter Klasse». Da weiss man nicht, ob er bei einer Revision des KVG plötzlich wegfällt, die Hürden erhöht werden für die Abrechnung oder nur noch ein billigerer Tarif möglich ist.

■ Vom Angebot her können alle Ärzte die Leistungen, die am häufigsten angeboten werden (Konsultation, Diagnosestellung usw.), anbieten und abrechnen, diese sind nicht gebunden an ein Fachgebiet. Im TARMED gibt es Grundleistungen, wobei die Positionen momentan noch etwas umstritten sind. Man hat quasi zu jeder Leistung eine Liste von Facharzttiteln, welche die Leistung erbringen dürfen. Früher konnte im Prinzip jeder alles machen. Mit dem TARMED gibt es Einschränkungen auf Grund der qualitativen Dignität (formalen Kriterien). In der Übergangsphase hat man die so genannte Selbstdeklaration, bei welcher eine Ärztin/ein Arzt angeben kann, was sie/er bisher gemacht hat. Wenn diese Angaben nicht in irgendeiner Form beanstandet werden, sind sie akzeptiert. Aber die Ärzt/innen haben natürlich dadurch Fortbildungspflicht. Sie müssen nachweisen, dass sie die notwendigen Fortbildungen haben. Grundsätzlich kann aber immer noch jede Ärztin/jeder Arzt alles machen, es besteht kein Berufsverbot; aber sie/er kann nicht mehr alles mit der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen.

■ Die Ambulatorien der Spitäler sind sicher Grundversorger und müssten berücksichtigt werden. Man müsste sich aber Kriterien überlegen, wie man die Polikliniken der Universitätsspitäler von «normalen» Ambulatorien in kleineren



## 2 Definition «Grundversorger/innen»

Spitälern abgrenzen kann. In Peripheriespitälern hat es viele Leute, die keinen Hausarzt haben und sich im Spital melden, wenn sie etwas haben. Es gibt dort auch Notfallsituationen mit konsekutiver Weiterbehandlung, z.B. kleine Rissquetschwunden, die man nähen lässt, 2 Tage nach der Behandlung wieder zeigen kommt und dann nach einer Woche die Fäden ziehen lässt. Etwas anderes sind die Polikliniken an den Universitätsspitalen, weil sie zumeist fachlich ausgerichtet sind. Das Berner Inselspital hat z.B. eine Poliklinik für Augenheilkunde oder Endokrinologie. Was auch überlegt werden müsste, ist die Abgrenzung von Notfallzentren, also klassischen «Walk-In-Kliniken». Ein Ambulatorium ist eigentlich etwas, wo man einen Termin hat wie eine Sprechstunde im Spital. Bei der Poliklinik hat man normalerweise auch einen Termin. Demnach müsste man Spitäler, die nur ein Ambulatorium haben, als Grundversorger betrachten. Hingegen wäre ein Inselspital, das verschiedene fachliche Polikliniken aufweist, allenfalls auszuschliessen. Dies sind allerdings Grauzonen. Aus Genf ist z.B. bekannt, dass Hausärzte randständige Leute z.T. nicht mehr behandeln. Diese gehen dann ins Spitalambulatorium oder in die Notfallstation. Das ist dann auch Grundversorgung. Allerdings kommt man statistisch an diese Grundversorger/innen nicht heran, da es in der Regel nicht Ärzt/innen mit Praxistätigkeit sind, sondern angestellte Oberärzt/innen.

### Santésuisse – Herr Toni Haniotis, Herr Michael Bertschi

■ Santésuisse kennt keine genaue Definition des Begriffs Grundversorger, man findet sie weder in Gesetzen noch Verordnungen. Es scheint sich vor allem um einen politischen Begriff zu handeln. Verankert ist er etwa in der Literatur z.B. in den HMO, im «Gatekeeper-Modell», wo er eine bestimmte Rolle spielt. Generell meint man dann jeweils jemanden, der nicht spezialisiert ist und zu dem eine Person gehen kann, wenn sie irgendetwas Dringendes hat (erste medizinische Anlaufstelle in dringenden Fällen). Wenn es dann sehr dringend ist, gibt es auch die Notfallstationen in den Spitälern. Den Begriff Versorgung an sich findet man im KVG vor allem in Zusammenhang mit der Sicherstellung der Versorgung und dem Zulassungsstopp. Kantone können zur Sicherstellung der Versorgung Ausnahmen des Zulassungsstopps zulassen.

■ Als wichtige Kriterien erscheinen: Dringlichkeit bzw. Erreichbarkeit des Leistungserbringers durch den Patienten. Aus einem medizinischen Erfordernis muss innerhalb einer bestimmten Zeit ein Arzt zugänglich sein. Dies hat mit Distanz zu tun und auch mit den Fähigkeiten des Arztes. Dieser muss Allgemeinfähigkeiten haben resp. darf nicht nur auf gewisse Krankheiten etc. spezialisiert sein. So kann er mit jedem Problem als erster Anlaufpartner umgehen. Wenn man den Sachverhalt von den Ausbildungen her betrachtet, gehören dazu: «Allgemeinmediziner», «Allgemeine Innere Medizin», «Praktische Ärzte ohne Facharztstitel». Dann wird eine Eingrenzung schwieriger. Sicher gehören dazu auch die Ambulatorien der Spitäler und die HMO-Praxen. Dann müsste man diskutieren, ob die Pädiatrie resp. ein allgemein tätiger Kinderarzt auch dazu gehört oder wie man mit Gruppenpraxen umgehen will. Daneben besteht vermutlich noch eine separate Grundversorgung in der Geburtshilfe/Gynäkologie. Natürlich gibt es aber auch Chirurgen, die als Grundversorger tätig sind. Dies könnte allenfalls aus den Tarifpositionen eruiert werden. Für eine Definition sind also einerseits die Faktoren Erreichbarkeit und medizinische Dringlichkeit wichtig und andererseits ein Arzt, der alle medizinischen Fachgebiete abdeckt. Nicht-spezialisierte Ambulatorien der Spitäler decken die Kriterien klar ab. Bei der Psychiatrie scheint die Voraussetzung der Dringlichkeit nicht in vergleichbarer Masse gegeben zu sein. Die erwähnten Kriterien schliessen die Psychiatrie aus und noch vieles, das wünschenswert wäre, wenn man es in der Nähe und flächendeckend hätte. Hier muss sich jeweils Angebot und Nachfrage finden. Es ist letztlich eine Komfortfrage und nicht eine medizinische Notwendigkeit, ob man in nächster Nähe, z.B. innerhalb von 30 Minuten, eine Physiotherapeutin oder einen Psychiater hat oder ob man etwas weiter reisen muss. Es ist nicht sinnvoll, den Begriff Grundversorger sehr expansiv zu interpretieren.

■ Im System des KVG wäre es schwierig, andere Berufsgruppen wie Pflegefachleute etc. als Grundversorger/innen anzuerkennen. Laut KVG müssen diese Berufsgruppen auf ärztliche Anweisung hin arbeiten. Umgekehrt, dass eine Ärztin/ein Arzt auf ihre Anweisungen hin aktiv wird, ist nicht vorgesehen. Allenfalls könnte man die Hebammen in die Geburtshilfe aufnehmen, aber auch die Geburtshäuser sind ja spezialisiert. Pflegeleistungen sind grundsätzlich anders geartet als ärztliche Leistungen. Die Leistungserbringer, die direkt abrechnen können, sind im KVG aufgelistet.

### College-M – Herr Peter Berchtold

■ Von der traditionellen Definition über die Fachbereiche her sind die Allgemeinpraktiker, Allgemeininternisten, Gynäkologen/Geburtshelfer und Pädiater Grundversorger/innen. Als abstrakte Definition wären es (1) die Leute, die eine erste Anlaufstelle für Personen mit Beschwerden sind und (2) – wenn es sich als schwererer Fall herausstellt – die Leute durch den Dschungel des Systems leiten und auch wieder zurücknehmen. Letzteres ist eine der zentralen Funktionen der Grundversorger/innen. Im Prinzip sollten nur diejenigen Grundversorger/innen sein können, die die Fähigkeit zur sauberen Triagierung besitzen und diese Funktion auch richtig wahrnehmen können. Ein Psychiater kann vermutlich ausserhalb der psychiatrischen Themen kaum richtig triagieren. Er müsste auch bereit sein, Notfalldienst zu leisten (notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung). Es macht daher keinen Sinn, die Psychiatrie als Facharztstitel in die Grundversorgerdefinition aufzunehmen. Hingegen sollte unbedingt die ambulante psychiatrische Grundversorgung bei den Allgemeinpraktikern belassen werden. Viele Grundversorger/innen sind psychiatrisch geschult und von der Stigmatisierung her ist die Schwelle zum Hausarzt zu gehen, viel kleiner als der Gang in die psychiatrische Klinik. Die Gynäkologie als «Frauenheilkunde» ist in der Grundversorgung dabei, aber auch wieder ein Stück weit separat. Allenfalls wäre der Einbezug nicht-ärztlicher Personen in der ambulanten Grundversorgung - z.B. Pflegenden, die autonom als Grundversorger/innen oder Triagierende arbeiten, wie man dies etwa aus den skandinavischen Ländern, Grossbritannien oder auch den USA kennt - zu prüfen. In der Schweiz könnte ein solches System z.B. als Alternative für die Landgegenden aber erst diskutiert werden, wenn es zu wenig Ärzt/innen hätte.

## 2 Definition «Grundversorger/innen»

■ Aber man muss sehen: Es gibt eine sehr grosse Anzahl von Definitionen. Es kommt drauf an, wen man fragt: Der Versicherer wird eine Definition nennen, die für ihn Sinn macht; vom Patienten wird man wieder etwas anderes hören. Dies ist ein klassischer Aspekt im Gesundheitswesen: Zu allem und immer gibt es je nach Perspektive verschiedene Definitionen. Vermutlich gibt es keine allgemeinverbindliche Definition für den Grundversorger/die Grundversorgerin. Es gibt nur Definitionen, die vor dem Hintergrund einer bestimmten Fragestellung Sinn machen. Grundversorgung ist da genau so schwierig zu definieren wie Primär-, Sekundär- und Tertiärmedizin. Man spricht immer davon, und alle meinen irgendwas, aber es gibt keine scharfen Grenzen zwischen den Begriffen. Aber wichtig ist, dass, wenn eine Untersuchung gemacht wird, es bezogen auf diese klar ist, von was man spricht. Dann braucht es aber ein anderes Vorgehen als über die Facharzttitle, denn klar ist die Lage eigentlich nur beim Allgemeinpraktiker.

■ Wenn man die Ärzt/innen selber fragt, dann macht wohl jede/r einen Teil Grundversorgung. Der Kardiologe macht z.B. Grundversorgung, weil er nicht will, dass der Herzpatient zuerst zum Internisten geht. Bei gewissen Herzleiden (Herzinfarkt) mag dies sinnvoll sein. Wenn aber ein Problem besteht, dass «evtl. in der Herzgegend» ist, macht es keinen Sinn, direkt zum Kardiologen zu gehen. Der Kardiologe sieht dies anders, weil er am Markt interessiert ist, der heisst: Beschwerden in der Herzgegend. Und auch die Pädiater oder die Psychiater wollen ein Stück des «Grundversorgungskuchens». Die Versicherer sehen dies natürlich nicht gerne. In der Stadt gibt es den Grundversorger eigentlich ohnehin nicht mehr. Auf dem Land hat er ein ganz anderes Profil, eine andere Sorte Patienten, andere Tätigkeiten und macht viel mehr mit seinen Patient/innen als der Hausarzt in der Stadt. In der Stadt haben wir z.B. einen Internisten im Quartier, der sich selber als Grundversorger bezeichnet. Er ist aber gleichzeitig noch Belegarzt in einem Spital, hat dort Betten, behandelt dort seine Patienten weiter. Und falls es im Spital einen Spezialisten braucht, steht dieser sofort zur Verfügung etc. Dies ist eine ganz andere Art der Grundversorgung als auf dem Land.

■ Die Ambulatorien und Polikliniken an den Spitälern - Polikliniken spielen allerdings heute nur noch eine marginale Rolle - gehören ebenfalls zur Grundversorgung, wenn man den Aspekt der ersten Anlaufstelle betrachtet. Es ist bekannt, dass ein grosser Teil der Leute nicht zum Hausarzt geht, sondern direkt ins Spital. Für viele – auch junge Leute, die eigentlich nicht krank sind - ist eine Notfallstation eine Grundversorgereinrichtung mit 24 Std.-Dienst; man muss nicht anrufen, kann einfach hingehen. Eine Tendenz, die offenbar einem Kundenbedürfnis entspricht. Man weiss aber auch, dass die neuen Ambulatorien die Notfallstationen nicht entlastet haben, sondern als zusätzliches Angebot additiv genutzt werden. Im Übrigen ist es einer der wichtigsten Punkte, den Notfalldienst neu zu organisieren. Unter anderem sind Bestrebungen im Gang, diesen zwischen den niedergelassenen Ärzt/innen und den stationären Einrichtungen zu verknüpfen. Notfall versteht sich dann nicht als Behandlung schwerwiegender Unfälle etc., sondern als erste Anlaufstelle, sprich Grundversorgung. Es gibt eben viele Leute, die gerne in eine solch anonyme Notfallbehandlung gehen, was natürlich auch wiederum ein städtisches Phänomen ist. Auf dem Land wird es die klassische Trennung: dies ist der Grundversorger, dies der Spitalarzt, dies das Spital, noch lange geben. In der Stadt ist diese Trennung schon längst aufgehoben und funktioniert so nicht mehr.

### Kollegium für Hausarztmedizin – Herr Marc Müller

■ Das Problem fängt bei den Begriffen an. Ist «Grundversorger» überhaupt der richtige Begriff, ist Grundversorger das gleiche wie Hausarzt? Dies ist eine Diskussion, die man vor allem im Jahr 2000 und 2001 im Vorfeld der TARMED-Einführung geführt hat, als der Begriff auf der politischen Bühne aufgetaucht ist. Noch schlimmer war es, als die Politiker/innen immer von «Gatekeeper» gesprochen haben. Hier hat das KHM gesagt, dass es diesen Begriff auf keinen Fall wolle. Der am positivsten besetzte Begriff ist «Hausarzt».

■ Grundversorgung kann natürlich weit über den Kreis von Allgemeinmedizinern, Innerer Medizin und Kinderarzt hinaus gehen, aber die anderen Grundversorger/innen machen dann nur noch ein Segment der Grundversorgung aus. Es gibt eine gynäkologische Grundversorgung, es gibt eine psychiatrische Grundversorgung, es gibt vielleicht sogar eine chirurgische Grundversorgung, welche einfach das häufige, aber nicht ganz Spezifische eines Fachgebietes abdecken. Aber unter Grundversorger verstehen wir insgesamt jemand, der unselektioniert jede akute Situation angehen und grösstenteils auch beherrschen kann und gleichzeitig auf der longitudinalen Ebene ein Betreuungsaufgabe übernimmt. Kinderärzt/innen hat man dazu genommen, weil das Alter wirklich nur die einzige Selektion ist. Die Unselektioniertheit wird vor allem in Bezug auf das medizinische Problem betrachtet. Das KHM hat damals auch gesagt, welches die minimalen Voraussetzungen an die Weiterbildung sind: Mind. 3 ½ Jahre Weiterbildung, damit jemand die Funktion übernehmen kann. Dieser Konsens wurde dann auch in der Ärztekammer der FMH akzeptiert, also auch von den Spezialist/innen, die gerne ein Stück vom Kuchen der Grundversorger/innen haben möchten. So ist also heute klar, dass ein Gynäkologe, der die Frauen, die er behandelt, auch noch hausärztlich betreuen will, zusätzlich noch internistische Fundamente braucht, damit er dies seriös tun kann. Gleiches gilt für eine Allgemeinpraktikerin, welche ihre Frauen auch noch gynäkologisch betreuen will. Auch hier muss die entsprechende Weiterbildung gewährleistet sein. Ein Orthopäde, der sich im Bergdorf niederlässt, kann vielleicht als Grundversorger tätig sein, er kann sich aber grundsätzlich nicht als Grundversorger bezeichnen, sofern er nicht über die notwendige Weiterbildungsvoraussetzungen verfügt, hier z.B. 2 Jahre Innere Medizin. Genau hier stellt das KHM eine Minimalanforderung an die Weiterbildung. Im Vorfeld der TARMED-Einführung ging es ja darum, wer welche Positionen abrechnen darf, wobei es nur sehr wenige grundversorger-spezifische Spezialpositionen gibt. Die Weiterbildung sollte darauf ausgerichtet sein, dass der Grundversorger oder Hausarzt 90 Prozent der medizinischen Probleme erkennen und auch behandeln können sollte. Nur etwa 10 Prozent benötigen einen Spezialisten. Und nur etwa 1 Prozent benötigen ein Spital (und davon nur etwa 1 Zehntel eine Uniklinik). Das KHM möchte auf den Weiterbildungsanforderungen beharren. Es versteht die Definition in erster Linie als minimales Qualitätsmerkmal. Dies entstand aus der Diskrepanz, die auf Grund der bilateralen Verträge entstanden ist, zwischen den Allgemeinmedizinern europäischen Zuschnitts (damals 2 Jahre Weiterbildung) und dem Anspruch des KHM auf einen Facharzttitle in Allgemeinmedizin (5 Jahre). Unterdessen gelten in Euro-

## 2 Definition «Grundversorger/innen»

pa 3 Jahre. Das KHM strebt im Grunde an, keine Hausärzte in der Schweiz zu haben ohne Facharztstitel. Wobei sicher in der Schweiz durch eine bessere Strukturierung die 5-jährige Weiterbildung (lernen auch in Hausarztpraxis als Praxisassistent etc.) in der Hausarztmedizin um 1 bis 1 1/2 Jahre gekürzt werden könnte.

■ Von der Abrechnung her ist es natürlich jeder Ärztin/jedem Arzt möglich, als Grundversorger/in tätig zu sein. Der TARMED ist ein reiner Zeittarif. Man kann immer alles über den Zeittarif abrechnen. In der vielleicht vierten oder fünften Abrechnungsstelle gibt es einen Unterschied. Hier kommt es darauf an, ob man die Zeit mit einer Spezialposition abrechnet oder nicht, je nachdem gibt es für die letzten 2 1/2 Minuten nur einen reduzierten Tarif. Aber der Unterschied ist minimal. Man hat einfach als Spezialist/in den Zugang zu gewissen Spezialpositionen nicht, aber das sind nur sehr wenige bei den Allgemeinmediziner/innen, bei den Internist/innen sind es schon ein paar mehr.

■ In Bezug auf die Ambulatorien vertritt das KHM die Meinung, dass diese im Bereich der Grundversorgung nicht den idealen Ansatz darstellen, weil hier der Spital- und nicht der praxismedizinische «Approach» zum Patienten gepflegt wird. Dies sieht man eindeutig daran, dass wenn jemand mit einer Grippe im Spitalambulatorium erscheint, dann erhält er ganz automatisch eine Blutentnahme, ein Röntgenbild etc. was er sicher nicht hat, wenn er sich in einer vergleichbaren Situation in einer Hausarztpraxis meldet. Dies ist ein Resultat des Sicherheitsdenkens des Spitals, wo es darum geht, ja keine Gefährdung zu verpassen. Hierzu gibt es eine Studie aus der Poliklinik Basel, die Behandlungskosten einer Grippe in der Praxis und im Ambulatorium vergleicht. Die Grippebehandlung in der Praxis kostet zwischen 75 und 100 Franken, diejenige im Ambulatorium zwischen 300 und 500 Franken. Dies hängt auch damit zusammen, dass die Ambulatorien in der Regel von Spitaldoktoren, Assistenten und Kaderärzten, betreut werden. In jüngster Zeit gibt es Ansätze, auch im Spitalambulatorium Allgemeinpraktiker/innen einzusetzen, z.B. am Insepspital in Bern, welche dieses Manko etwas ausgleichen sollen.

### GEF Kanton Bern, Spitalamt – Herr Thomas Spuhler

■ Ein Grundversorger im Bereich Gesundheitsleistungen und Gesundheitsprobleme ist jemand, der den ersten Kontakt und erste Interventionen vermitteln kann. Er muss nicht alles selber machen können, aber muss Bescheid wissen, eine erste Beurteilung machen und erste Massnahmen einleiten können.

■ Die Grundversorgung hat eigentlich drei Bereiche. (1) Im ambulanten Bereich gibt es zwei Berufskategorien, die Grundversorgung machen: einerseits Ärzte, andererseits Krankenschwestern und Hebammen. Bei den Zahnärzten kann man sich fragen, ob diese auch eine Grundversorgung bereitstellen oder ob es Spezialisten sind wie z.B. die Psychiater. (2) Gleiches hat man auch im stationären Sektor, wenn man an der alten WHO-Systematik: Grundversorgung, spezialisierte Versorgung und hochspezialisierte Versorgung festhalten will. Hier hat man dann in der Grundversorgung Spitäler, welche die einfache Basisversorgung (Interventionen und Behandlungen) leisten können. (3) Daneben hat man auch noch den Bereich der Heilmittelversorgung, also Handel verknüpft mit Gesundheitsgütern, d.h. Apotheken und Drogerien.

■ Nimmt man die Facharztstitel des schweizerischen Systems zum Ausgangspunkt, dann gibt es eigentlich nur den Facharzt für Allgemeinmedizin, der für die Grundversorgung prädestiniert ist, und damit hat es sich. Natürlich können andere Spezialisten diese Funktion auch ausüben. Am liebsten machen es die Internisten, aber es gibt auch Chirurgen, die dies tun. Die Psychiatrie gehört nicht in die Grundversorgerdefinition, sie ist eine Spezialversorgung. Die Ärzt/innen ohne Facharztstitel nehmen natürlich auch häufig die Rolle als Grundversorger/innen wahr. Hier ist es aber ähnlich wie bei den Internisten. Solange das System die freie Arztwahl kennt, muss man sich fragen: Welches sind die Qualitätskriterien, wie hoch will man die Hürde ansetzen? Diese Fragen erübrigen sich erst dann, wenn man ein System wie z.B. das britische Gesundheitssystem hat. Dort ist der Allgemeinpraktiker bzw. der «General Practitioner» klar definiert, auch wenn er z.T. eine recht unterschiedliche Ausbildung hat. Als Primärversorger ist er «Gatekeeper». Was oder in wie weit er als Grundversorger behandelt, ist variabel. Der eine macht möglichst alles, der andere verzichtet von sich aus auf bestimmte Interventionen wie z.B. die Radiologie. Die Definition muss grundsätzlich von der Funktion in Bezug auf die Patient/innen ausgehen.

■ Die Ambulatorien an den Spitälern gehören heutzutage zur Grundversorgung; die kann man nicht mehr ausschliessen. Sie spielen vor allem in zwei Situationen eine Rolle. Die eine betrifft die Migrant/innen in der Schweiz. Diese sind teilweise in einem System aufgewachsen, in welchem galt: «Wenn man etwas hat, dann geht man ins Spital.» Die zweite Situation betrifft den Bereich ausserhalb der Geschäftszeiten: Was passiert ausserhalb von morgens um 8.00 Uhr und Abends um 17.00 Uhr? Ärzte sind oft nicht mehr zugänglich in diesen Zeiten. Das Berner Insepspital z.B. hat zu diesem Zweck Allgemeinmediziner am Ambulatorium angestellt und eröffnet zusammen mit dem Sonnenhofspital eine Klinik im Bahnhof. Die Hirslandengruppe hat im Salemspital bei der Notfallstation gerade ein neues Ambulatorium eröffnet. Im Prinzip handelt es sich um «Walk-In-Kliniken». Natürlich werden dabei gewisse Definitionskriterien der klassischen Grundversorgung verletzt, gerade wenn man etwa an den Begriff des «Familiendoktors» denkt: Kontinuität, Langzeitversorgung, Kenntnisse der sozialen Umstände der Patient/innen. Bei den Ambulatorien sollten die Patient/innen ja im Prinzip nur einmal kommen, daher werden sie sehr früh gefragt, wohin sie nach der Behandlung im Ambulatorium gehen. Aber natürlich sagen die Ambulatorien nicht nein, wenn ein Patient/eine Patientin für die Nachkontrolle auch wieder in die Klinik kommen will. Bei der Kostenfrage ist die Lage nicht so klar, wie sie von Gegner/innen der Ambulatorien ins Feld geführt werden. Sicher sind die Möglichkeiten der Interventionen und Behandlungen in den Ambulatorien grösser als in einer «normalen» Grundversorgerpraxis. Dass die Möglichkeiten da sind, heisst aber noch nicht, dass sie auch ausgenutzt werden. Es stimmt, dass im Vergleich zur Arztpraxis die laufenden Kosten relativ hoch sind durch die grössere Infrastruktur und die Personalanzahl. Es ist aber kaum anzunehmen, dass die Spitäler die Ambulatorien nutzen, um Einnahmen zu generieren. Was aber schon stimmt: Seit der TARMED-Einführung sind die Erträge bei der ambulanten Behandlung relativ gut im Vergleich zur stationären Behandlung.

### **Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Kantonsarzt – Herr Ulrich Gabathuler**

■ Der Kanton Zürich hat in Zusammenhang mit der Frage zur Grundversorgung kürzlich eine parlamentarische Anfrage «Grundversorgung durch Hausärzte und Hausärztinnen im Kanton Zürich» beantwortet [vgl. Abschnitt 3.3.2]. Da die eigenen Daten nicht aussagekräftig sind, hat man die Ärztegesellschaft des Kantons beigezogen. Man einigte sich, folgende Ärzt/innen zu berücksichtigen: «Praktischer Arzt», «Facharzt Allgemeinmedizin», «Facharzt für allgemeine Innere Medizin» und «Facharzt Kinder- und Jugendmedizin». Auf dieser Basis hat man die verschiedenen Praxen im Kanton identifiziert. Allerdings bestehen immer wieder Diskussionen. Beispielsweise gibt es Stimmen, die sagen, dass auch die Gynäkologie in Teilbereichen Grundversorger ist, da Personen mit gynäkologischen Problemen direkt zum Gynäkologen gehen, auch wenn sie daneben noch einen Hausarzt haben. Man hat also ein Patientenverhalten, bei welchem direkt die Spezialisten angesteuert werden, weil man es nicht über den Hausarzt machen möchte. Man kennt dies auch von den Chiropraktoren, wo es kaum Überweisungen vom Hausarzt gibt, vielmehr gehen die Leute direkt hin. Gleiches gilt z.T. für den Psychiater. Ob die Psychiatrie zu den Grundversorgern gezählt werden soll, wird im Zuge der Diskussion um die Anerkennung der nicht-ärztlichen Psychotherapie und Psychologen als eigenständige Berufskategorie sicher noch an Bedeutung gewinnen. Die Psychiatrie grenzt sich jedoch ab von einer alles umfassenden ärztlichen Betreuung. In Bezug auf den Einbezug nicht-ärztlichen Personals, wie dies z.B. aus den USA bekannt ist, muss man die Dimensionen im Auge behalten. Eine Projektion auf die Schweiz ist kaum möglich.

■ Der Hausarzt als Facharzt für Allgemeinmedizin - vielleicht etwas weniger der Facharzt für allgemeine Innere Medizin - war selber definitorisch lange Zeit unklar. Früher hat er einfach alles gemacht. Im Zeitverlauf sind aus seinem Aufgabengebiet immer mehr Teile als Spezialgebiete heraus gebrochen worden. So musste man sich langsam fragen: «Was macht denn eigentlich noch der Allgemeinmediziner?» Gerade in jüngster Zeit entwickelt sich die Geriatrie als Spezialgebiet und wird aus dem hausärztlichen Bereich ausgegliedert. Letztlich ist also alles sehr kontextabhängig. In einem «Gatekeeper-Modell» ist es klar, da ist der Hausarzt ein Allgemeinpraktiker. Wenn man in der Schweiz pragmatisch vorgehen möchte, dann müsste man eigentlich schauen, wie in den bestehenden HMO-Praxen der «Gatekeeper» definiert ist. Dies scheint ein Spektrum zu sein, das sich in der praktischen Umsetzung einigermaßen bewährt hat und man könnte es als hausärztliches Spektrum definieren. Es dürfte dann aber nicht ein reine «Weichensteller-Praxis» sein, wie man Beispiele in Italien kennt. Wichtig ist eine positive Definition der Allgemeinmedizin: Es braucht die Kompetenz in Langzeitverlauf, Stabilität der Betreuung. Ein wesentliches Kriterium bei der allgemeinmedizinischen Versorgung ist zudem die Frage des allgemeinärztlichen Notfalldienstes. Als Definitionsmerkmal kann daher auch gut gelten: «Wer nimmt am allgemeinärztlichen Notfalldienst teil?» Wichtig zu sehen ist auch das Stadt/Agglomeration-Land-Gefälle. Ein Grundversorger in der Stadt ist ein völlig anderer als auf dem Land. Auf dem Land ist er viel umfassender und wird in seinem Status viel umfassender wahrgenommen als in der Stadt, wo der Gang zum Spezialisten viel näher liegt. Ein Grundversorger auf dem Land hat noch viele Kinder als Patienten, der impft noch etc - in der Stadt gehen die Leute in solchen Fällen in der Regel zum Kinderarzt.

■ Was es natürlich schon auch gibt, ist z.B. ein Neurochirurg, der eine allgemeinmedizinische Praxis betreuen kann. Dies haben wir auch im Kanton Zürich. Aber es ist ein sehr kleiner Anteil. Wir gehen davon aus, dass sich diese Ausnahmen aufheben mit den Fachärzten für Allgemeinmedizin, die faktisch eine spezialärztliche Praxis betreiben, z.B. im komplementärmedizinischen Bereich (Akupunktur etc.) und gar nicht mehr allgemeinärztlich tätig sind. Die Randbereiche dürften sich also «grosso modo» gegenseitig ausgleichen.

■ Ein grosses Problem in der Bedarfsabschätzung ist natürlich der teilzeitliche Bereich. Es kann gut sein, dass ein Spezialarzt in seinem Gebiet nicht vollständig ausgelastet ist und daneben vor allem Allgemeinmedizin betreibt. Ein Spezialist für Tropenmedizin in der Agglomeration von Zürich wird vermutlich zu einem grossen Teil eine allgemeinmedizinische Praxis betreiben. Dies kann von einem Spezialisten auch ganz bewusst gewünscht werden, dass er noch einen Anteil Allgemeinmedizin hat. Im spezialärztlichen Bereich werden sich also die Tätigkeiten mischen, dies gilt wohl vor allem für die internistischen Fächer, die naturgemäss eine gewisse Nähe zur Allgemeinmedizin haben.

■ Die Frage der Ambulatorien muss man auch aus der Geschichte heraus betrachten. Die Polikliniken hat man Anfang des 19. Jahrhunderts an den Universitätsspitalern im Sinne von ambulanten Sprechstunden eingerichtet, nicht von Notfallsprechstunden, sondern Behandlungssprechstunden für Leute, die sich sonst keine medizinische Behandlung leisten konnten, also für Arme. Es ging um die Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung. Heutzutage haben sich die ambulanten Sprechstunden zunehmend in Spezialsprechstunden verwandelt. Wir sind der Ansicht, dass diese nicht die niedergelassene Versorgung konkurrenzieren, sondern ergänzend für Überweisungen bei besonderen Fragestellungen zum Einsatz gelangen sollten. Die Notfallstationen existieren natürlich, und es ein Faktum, dass die Leute dort direkt hingehen. Unserer Meinung ist aber grundsätzlich, dass die Notfallversorgung primär durch die niedergelassene Ärzteschaft gewährleistet werden sollte. Es ist auch das finanziell günstigere System. Die Spitäler resp. die Spitalärzte sind gewohnt, gedanklich in spezialisiertere Bereiche vorzustossen und auf besondere Situationen ausgerichtet. Bei «normalen» Notfällen führt dies häufig zu einer medizinischen und personellen Überdotierung. Auch der leichte Notfall kommt dann in die Maschinerie der schweren Notfälle mit Blutentnahme etc. Bei der niedergelassenen Ärzteschaft ist dies viel weniger der Fall. Wir sind einerseits nicht sehr glücklich über die starke Nutzung der Notfallstationen für leicht Notfälle. Andererseits spielt hier auch die Migration eine Rolle, da in anderen Ländern häufig diese Notfallportale die entscheidenden Punkte sind, wo die Leute mit Gesundheitsproblemen hingehen. Es gibt Ideen, dass die niedergelassenen Ärzte diese Notfallstationen betreiben. Generell denken wir, dass der Staat subsidiär intervenieren und nicht federführend sein soll. Traditionellerweise ist der Staat in der Psychiatrie dominanter als in den anderen medizinischen Bereichen, u.a. auch deshalb, weil gewisse Angebote (z.B. «Drop-In»-Drogenanlaufstellen) von Privaten nicht bereitgestellt werden.

## 2.5 Zusammenfassung und Diskussion

Betrachtet man die verschiedenen Definitionen so kann festgestellt werden, dass beim Begriff «Grundversorger/innen» **von den Inhalten oder auch von der Funktion her relative Einigkeit** besteht: Grundversorger/innen behandeln allgemeine Krankheiten, sie bilden meistens die Eintrittsstelle ins Versorgungssystem, sie sind für dringliche Fälle zuständig, für alle zugänglich (unselektioniert), bieten eine umfassende, kontinuierliche Betreuung, nehmen Triagefunktionen wahr, koordinieren mit Spezialist/innen etc. Im Bereich der Arzt-Patientenbeziehung haben in der Grundversorgung Individualmedizin, Langzeitbetreuung und Ganzheitlichkeit grosses Gewicht, während in der zumeist technisierteren Spezial- oder Spitalmedizin die Krankheitszentriertheit und Kurzzeitbetreuung im Vordergrund steht. Dabei betonen die befragten Expert/innen, dass ein/e Grundversorger/in in der Stadt etwas völlig anderes sei als auf dem Land. Auf dem Land sei sie/er viel umfassender (Tätigkeiten, Patient/innengut) und werde im Status viel umfassender wahrgenommen als in der Stadt, wo der Gang zur Spezialistin/zum Spezialisten den Leuten näher liege.

**Unterschiede** ergeben sich einerseits beim Punkt Zugänglichkeit. Hier postulieren einige Exponenten, dass zu den Grundversorger/innen auch Ärzt/innen gezählt werden können, die eine Einschränkung auf gewisse Gruppen (Alter, Geschlecht) vornehmen, sofern sie die anderen Kriterien der Definition erfüllen. Andererseits ergeben sich Differenzen in der Frage der Anerkennung von Ausbildungen. So können nach der offenen Definition der IOM auch nicht-ärztliche Gruppen zu den Grundversorger/innen gerechnet werden, während die anderen Definition ausschliesslich von lizenzierten Ärzt/innen ausgehen. Zu beachten ist auch, dass die starke Gewichtung des «Erstkontakts» die Verortung von Notfallstellen erschwert, welche zwar Erstversorger sind, aber oft eine reine Nothilfe- oder Triagefunktion wahrnehmen und keine längerfristigen patientenzentrierten Behandlungen anbieten.

Falls die Aus- bzw. Weiterbildungen als Kriterien beigezogen werden, sind die so genannten «**Grundversorgertitel**» Diskussionspunkt bzw. die ärztlichen «**Fachbereichsgruppen**», die der Grundversorgung zugeordnet werden sollen. Im Kern besteht bei den verschiedenen Ansätzen zumeist Einigkeit:

- Fachärzt/innen für Allgemeinmedizin,
- Fachärzt/innen für allgemeine Innere Medizin (ohne Subspezialisierung),
- Ärzt/innen ohne Facharztstitel resp. Praktische Ärzt/innen.

Daneben kommen andere Bereiche wie

- Fachärzt/innen für allgemeine Pädiatrie,
- allenfalls auch für Gynäkologie/Geburtshilfe<sup>7</sup> oder Subspezialisierungen der Inneren Medizin

zur Sprache, bei welchen eine Eingrenzung auf bestimmte Patientengruppen (Kinder/Jugendliche, Frauen) stattfindet, wobei der Einbezug der allgemeinen Pädiatrie wesentlich unbestrittener ist als derjenige der Gynäkologie/Geburtshilfe. Anzumerken ist auch, dass einer der interviewten Experten bei einer rigorosen Definition nur die Fachärzte für Allgemeinmedizin als Grundversorger/innen betrachten würde.

Die Berücksichtigung der praktizierenden Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie als Grundversorger/innen wird meistens abgelehnt, da hier die definitorische Vorgabe der Behandlung allgemeiner Krankheiten und der Dringlichkeit nicht erfüllt ist. Ebenfalls wird in Anbetracht des heutigen Systems in der Schweiz eher davon abgeraten, nicht-ärztliche Berufsgruppen wie z.B. freiberufliche Pflegefachfrauen, zu den Grundversorger/innen zu zählen.

Bezogen auf die **erbrachten Leistungen** ist wichtig zu sehen, dass grundsätzlich jeder (Fach-)Arzt, jede (Fach-)Ärztin Grundversorgungsleistungen erbringen und diese entsprechend mit den Krankenkassen

---

<sup>7</sup> Beispielsweise wird diskutiert, ob sich die Frauenärztin/der Frauenarzt als «Hausarzt der Frau» entwickeln könne (Kreienberg 2004).



abrechnen kann bzw. könnte. So finden sich auch Neurochirurgen, die - bei entsprechender Weiterbildung - eine allgemeinmedizinische Praxis betreiben. Im Gegenzug gibt es jedoch auch Ärzt/innen mit Facharzttitel Allgemeinmedizin, die sich auf spezielle Behandlungsmethoden ausgerichtet haben (z.B. Homöopathie, Akupunktur) und faktisch keine allgemeinmedizinische Praxis mehr führen. Im Sinne eines pragmatischen Ansatzes, wie ihn etwa der Kantonsarzt des Kantons Zürich vertritt, kann man davon ausgehen, dass sich die Randgruppen (Spezialist/in als Allgemeinpraktiker/in, Allgemeinpraktiker/in als Spezialist/in) gegenseitig zahlenmässig aufheben. Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass ein Definitionsansatz, der sich auf die Grundversorgertitel abstützt, immer **Unschärfen** auf zwei Seiten hin enthält: (a) Träger/innen eines Grundversorgertitels, die inhaltlich nicht als Grundversorger/innen tätig sind, und (b) Träger/innen eines anderen Facharzttitels, die inhaltlich als Grundversorger/innen tätig sind. Man müsste, wie dies die Experten der FMH ansprechen, für die Zuordnung über ein genaues «Aktivitätsmuster» verfügen. Ein pragmatischer Definitionsvorschlag stammt vom Kantonsarzt in Zürich: Ausgangspunkt für eine inhaltliche Definition bilden die als «Gatekeeper» tätigen Ärzt/innen der bestehenden HMO-Praxen. Als weiteres Definitionsmerkmal gilt die Bedingung der Teilnahme am Notfalldienst.

Nicht zu vergessen sind in der Diskussion die in letzter Zeit vermehrt entstehenden **Ambulatorien** an Spitälern, die als erste Anlaufstelle bei oft auch leichteren Notfällen die Funktion der Grundversorgung wahrnehmen. Erfahrungsgemäss meldet sich, insbesondere an Wochenenden, ein grosser Teil der Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Gründen selber in den Ambulatorien oder Notfallzentren. Teilweise hängt dies mit ihrem Migrationshintergrund zusammen. Viele Fälle könnten problemlos durch eine/n Hausärzt/in behandelt werden. Die Experten sind sich einig, dass die allgemeinen Ambulatorien zur Grundversorgung gezählt werden sollten, auch wenn die Tendenz nicht von allen begrüsst wird. Das KHM oder auch der Zürcher Kantonsarzt vertreten die Meinung, dass der Notfalldienst möglichst von den niedergelassenen Ärzt/innen abgedeckt werden sollte. Anstelle einer verstärkten «Öffnung» der Ambulatorien wäre es sinnvoller, die Steuerung dahingehend vorzunehmen, dass die Ambulatorien vor allem schweren Notfällen vorbehalten bleiben und die leichten Fälle über die hausärztliche Versorgung – sofern ein entsprechendes regionales Angebot besteht - abgewickelt werden können.

Eventuell könnte es aus definitorischen Gründen bzw. Gründen der Begriffseingrenzung auch Sinn machen, den Term «Grundversorgung» resp. «Grundversorger/in» vermehrt durch die in Deutschland gebräuchlichen Begriffe «**hausärztliche Versorgung**» zu ersetzen oder durch den Begriff «**Allgemeinpraktiker/in**». Damit würden Überschneidungen und Missverständnisse mit Begriffen wie «stationäre Grundversorgung», «Grundversorgungsspitäler», «psychiatrische Grundversorgung», aber auch «Grundversicherung», «Grundleistungen» oder «Grundpflege» weitgehend ausgeschlossen. Als Gegenbegriff zur «hausärztlichen Versorgung» würde der Begriff «spezialärztliche Versorgung» resp. «Spezialarzt/-ärztin» stehen. Ein anderer Ansatz wiederum würde – in Abgrenzung zu den übrigen Facharzttiteln - die Schaffung eines klaren Titels «**Facharzt/-ärztin für Grundversorgung**» bedeuten, wie er bereits heute bei zwei Leistungspositionen des TARMED (00.0410, 00.0420) erwähnt ist. Als problematisch erscheint vor allem, dass keine gesetzlich verbindliche Definition im KVG existiert.



### **3 Wichtige Rahmenbedingungen für die Entwicklung in der Grundversorgung**

In diesem Abschnitt sollen einige Rahmenbedingungen und ihre Entwicklung dargestellt werden, die im Umfeld der Fragestellung zu den Grundversorger/innen von Bedeutung sind. Es handelt sich primär um zwei Bereiche:

- Entwicklungen im medizinischen Aus- und Weiterbildungsbereich;
- Entwicklungen im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes (KVG).

Betroffen sind sowohl die bereits tätigen frei praktizierenden Ärzt/innen, die Ärzt/innen, die sich in der Weiterbildungsphase befinden, wie auch die (potentiellen) Medizinstudierenden.

Nach FMH werden im Bereich der medizinischen Bildung gemeinhin drei Stufen resp. Begriffe unterschieden:

- Ausbildung: Diese umfasst das Medizinstudium, das mit dem eidg. Arztdiplom abgeschlossen wird.
- Weiterbildung: Nach Erwerb des Arztdiploms beginnt die Weiterbildungsphase, welche mit einem eidg. Weiterbildungstitel (Facharzttitel) abgeschlossen wird.
- Fortbildung: Die lebenslange Fortbildung beginnt nach Erwerb eines Weiterbildungstitels und dauert bis zur Erwerbsaufgabe.

#### **3.1 Bereich frei praktizierende Ärzte**

##### **3.1.1 Einführung TARMED 2004**

Die Einführung und die Umsetzung des neuen Arzttarifs TARMED (ab 1. Januar 2004 in Kraft) stellt sicher eine der grossen Änderungen der letzten Jahre für die ambulanten Leistungserbringer/innen dar. Der TARMED ersetzte die bisherigen kantonalen Tarife und den Spitalleistungskatalog durch eine gesamtschweizerisch geltende Taxordnung und gilt für die ambulante Behandlung in den freien Arztpraxen und den Spitälern, nicht aber für die stationäre Spitalbehandlung und die Zusatzversicherungen. Die Anzahl Taxpunkte pro Leistungen (Positionen) des neuen Einzelleistungstarifs sind in jedem Kanton identisch, was einen Vergleich der ärztlichen Leistungen und der Kosten in der Schweiz ermöglichen sollte. Die einheitliche Taxpunktzahl bedeutend jedoch nicht, dass mit dem TARMED die gleichen Arztbehandlungen in der ganzen Schweiz gleich viel kosten, denn der mit dem Taxpunkt verknüpfte Wert (Taxpunktwert, Frankenbetrag für einen Taxpunkt) unterscheidet sich nach Kantonen und auch nach Ärzt/innen und Spitälern.

Der TARMED ist ein Zeittarif (Minutage), d.h. jeder ärztliche Leistung (Position) ist ein durchschnittlicher Zeitbedarf zugeordnet. Für jede Leistung wird eine bestimmte Anzahl Taxpunkte berechnet. Diese setzt sich zusammen aus der Arztleistung (AL) sowie der technischen Leistung (TL). Mit der Arztleistung wird grundsätzlich der Arztlohn (unter Berücksichtigung der für die Leistung erforderlichen Weiterbildung und Erfahrung) pro Zeiteinheit abgegolten. Mit der Technischen Leistung werden die Kosten für die benötigte Infrastruktur (Praxis, Personal, Apparate, Verbrauchsmaterial, usw.) pro Zeiteinheit vergütet. In der Folge ist nach TARMED die Entschädigung für bestimmte Leistungen höher, für andere tiefer. Mit der Einführung des neuen Tarifs war u.a. auch die Idee verbunden, Leistungen, die tendenziell eher von Grundversorger/innen erbracht werden (Betreuungsgespräche etc.) gegenüber der eher technischen Medizin (Apparateinsatz von Spezialist/innen) etwas stärker zu gewichten. Gleichzeitig wurde von den politischen Behörden aber auch eine kostenneutrale Einführung des TARMED angestrebt.

Vergleichsweise wichtige Begriffe in Zusammenhang mit der TARMED-Einführung sind die quantitative und die qualitative Dignität. Die quantitative Dignität stellt einen Bemessungsparameter zur Berechnung

der in TARMED enthaltenen Einzelleistungen dar. Innerhalb eines Facharztstitels können mehrere Dignitätsstufen vorkommen. Die minimale Weiterbildungsdauer in Jahren ist Ausgangspunkt für die entsprechende Dignitätsklasse. Die qualitative Dignität hingegen gibt an, welche Weiterbildungstitel – Facharztstitel, Schwerpunkt, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweis gemäss Weiterbildungsordnung FMH - berechtigen, eine Leistung zulasten der Sozialversicherung zu verrechnen. Die qualitativen Dignitäten sind bei jeder Leistung vermerkt. Es gibt eine Vielzahl von Leistungen, die allen Leistungserbringer/innen offen stehen. Der ganze TARMED umfasst über 4'500 Leistungen (Positionen), sowie sehr viele Interpretationen und Regelungen. An dieser Stelle soll nicht näher auf das Tarifwerk eingegangen werden.<sup>8</sup>

In der Einführungszeit ergaben sich bei den Grundversorger/innen insbesondere Fragen im Umfeld der so genannten Besitzstandwahrung im Rahmen der qualitativen Dignität. Praktische Ärzt/innen ohne Facharztstitel resp. mit Ausweis «Zweijährige ärztliche Weiterbildung nach KVG» können nach der TARMED-Einführung grundsätzlich nur noch die Basisgrundleistungen verrechnen. Die nachfolgenden Leseranfragen stammen aus der Schweizerischen Ärztezeitung (2000, 498f.) und zeigen auch die bereits in Kapitel 2 erwähnte Problematik der «Teil-Grundversorger/innen»:

«Als praktisch Arzt ohne FMH-Titel bin ich vorwiegend psychiatrisch-psychotherapeutisch in eigener Praxis tätig. Daneben noch, als Überbleibsel meiner früheren hausärztlichen Tätigkeit, in kleinem Umfang als Grundversorger (etwa 5-10%).»

Die Fortbildungspflicht möchte der Arzt im psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich absolvieren. Unter TARMED ist dieser Arzt ohne zusätzliche Fortbildung als Grundversorger nicht mehr berechtigt, in diesem geringen Umfang Grundversorger-Leistungen zu erbringen.

«Als Fachärztin für Allgemeinmedizin arbeite ich seit vier Jahren teilzeitlich fast ausschliesslich gynäkologisch; den Notfalldienst leiste ich zusammen mit den GrundversorgerInnen, erfülle das Fortbildungsprotokoll der SGAM; meine Fortbildung berücksichtigt allgemeinmedizinische und gynäkologische Themen.»

Obwohl im TARMED die Positionen «gynäkologische Beratung (Pille, Hormone usw.) und Schwangerschaftskontrolle» gemäss qualitativer Dignität den Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe zugerechnet werden, kann die Ärztin diese Positionen im Zuge der Besitzstandwahrung («regelmässig erbrachte, bisher unbeanstandete Leistungen») weiterhin abrechnen.

Ob das TARMED-Teilziel der erhöhten Entschädigung von Grundversorgerleistungen erreicht wurde, müsste anhand der Einkommensentwicklung bei Grundversorger/innen im Vergleich zu derjenigen bei Spezialist/innen überprüft werden.

#### 3.1.2 Diskussion zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges

Die heutigen KVG-Bestimmungen im obligatorischen Bereich (Art. 35 ff.) verpflichten die Krankenversicherer, mit allen zugelassenen Leistungserbringern (Ärzt/innen, Spitäler, Apotheker usw.) einen Vertrag für die Leistungsabrechnung abzuschliessen. Für die Zulassung relevant sind ausschliesslich formale Kriterien wie berufliche Qualifikationsnachweise. Ein Ausschluss eines Leistungserbringers von einem Tarifvertrag ist nur in Ausnahmefällen möglich.

Seit längerem stellen die Versicherer die Forderung nach einer Aufhebung dieses Vertragszwangs. In jüngster Zeit ist auch der entsprechende politische Druck angewachsen: Mit der Aufhebung des Vertragszwangs bzw. der Vertragsfreiheit würden die Gesundheitskosten stabilisiert, indem die Versicherer über die Steuerung und Reduktion der Ärztezahlen auf die Menge der Leistungen Einfluss nehmen könnten.

---

<sup>8</sup> Als Quelle für diesen Abschnitt wurden verschiedene Websites benutzt: [www.tarmed.ch](http://www.tarmed.ch), [www.tarmed.org](http://www.tarmed.org), [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch).

**3 Wichtige Rahmenbedingungen für die Entwicklung in der Grundversorgung**

Von Ärzteseite wird dagegen die Machtverschiebung hin zu den Versicherern und der Wegfall der freien Arztwahl für die Patient/innen ins Feld geführt. Die Selektionskriterien für die Wahl der Leistungserbringer/innen würden die Behandlungseffizienz, die Qualität der Leistung und Besonderheiten der Patienten ausser Acht lassen.

Es ist schwierig zu sagen, inwiefern die Diskussion über die Aufhebung des Kontrahierungszwanges unsere Fragestellung berührt. Stellt die Diskussion eine Verunsicherung für potentielle neue Grundversorger/innen dar, dereinst nicht mehr mit den Krankenkassen abrechnen zu können oder würde die Aufhebung des Vertragszwang gerade die Möglichkeit bieten, den Grundversorgerbereich stärker zu fördern?

**3.1.3 Übergangsrechtliche Erteilung eidg. Weiterbildungstitel an praktizierende Ärzt/innen**

Mit der Inkraftsetzung der bilateralen Verträge zwischen der Schweiz und der Europäischen Union auf den 1. Juni 2002 traten gleichzeitig das revidierte Freizügigkeitsgesetz (FMPG) und die dazugehörige Verordnung (VO FMPG) in Kraft.<sup>9</sup> Sie stellen die Zulassung zur selbständigen ärztlichen Tätigkeit auf eine neue Grundlage. Über 120 Jahre lang genügte das eidgenössische Arztdiplom für die Eröffnung einer Arztpraxis. Neu wird für eine selbständige ärztliche Tätigkeit ein eidgenössischer oder ein anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel vorausgesetzt. Für die Rechtsänderung vollzog der Gesetzgeber einen Übergang mit entsprechenden Übergangsbestimmungen (Art. 24 FMPG).

An die Stelle der privatrechtlichen Facharzttitel FMH traten ab 1. Juni 2002 44 eidgenössische Weiterbildungstitel (vgl. **Tabelle 4**). Die Voraussetzungen für deren Erwerb blieben unverändert, mit zwei Ausnahmen: Neu brauchen angehende Fachärzt/innen keine Dissertation mehr zu verfassen, und die Mitgliedschaft bei der FMH ist freiwillig. Wer bereits im Besitz einer FMH-Facharzttitels ist, bleibt auf Lebenszeit den künftigen Inhabern eidgenössischer Weiterbildungstitel gleichgestellt.

Tabelle 4: Die 44 eidgenössischen Weiterbildungstitel und reguläre Dauer (Jahre) der Weiterbildung

Weiterbildungstitel	Dauer	Weiterbildungstitel	Dauer
Allergologie und klinische Immunologie	6	Medizinische Onkologie	6
Allgemeinmedizin	5	Nephrologie	6
Anästhesiologie	6	Neurochirurgie	6
Angiologie	6	Neurologie	6
Arbeitsmedizin	5	Nuklearmedizin	5
Chirurgie	6	Ophthalmologie	5
Dermatologie und Venereologie	5	Orthopädische Chirurgie	6
Endokrinologie-Diabetologie	6	Oto-Rhino-Laryngologie	5
Gastroenterologie	6	Pathologie	6
Gynäkologie und Geburtshilfe	6	Pharmazeutische Medizin	5
Hämatologie	6	Physikalische Medizin und Rehabilitation	5
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	6	Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische Chirurgie	6
Infektiologie	6	Pneumologie	6
Innere Medizin	5	Praktische Ärztin / Praktischer Arzt	2
Intensivmedizin	6	Prävention und Gesundheitswesen	5
Kardiologie	6	Psychiatrie und Psychotherapie	6
Kiefer- und Gesichtschirurgie	6	Radiologie	6
Kinder- und Jugendmedizin	5	Radio-Onkologie/Strahlentherapie	6
Kinder- und Jugendpsychiatrie/ –psychotherapie	6	Rechtsmedizin	5
Kinderchirurgie	6	Rheumatologie	6
Klinische Pharmakologie und Toxikologie	6	Tropen- und Reisemedizin	5
Medizinische Genetik	5	Urologie	6

Quelle: Hänggeli (2002), 1301; «Grundversorgertitel» sind grau unterlegt

<sup>9</sup> Die Ausführungen in diesem Abschnitt stützen sich auf Hänggeli (2002).

Aus einer Untersuchung aus dem Jahr 1998 (Wyler-Brem 1998) ging hervor, dass in der Schweiz rund 2'000 Ärztinnen und Ärzte aus den unterschiedlichsten Gründen eine Praxis führen, ohne je einen Facharztstitel erworben zu haben. Art. 24 FMPG garantierte diesen Ärzt/innen, auch weiterhin ohne Facharztstitel praktizieren zu dürfen. Überdies können sie einen eidgenössischen Weiterbildungstitel erwerben, der «ihrer praktischen und theoretischen Weiterbildung entspricht». In Art. 11 der Verordnung zum FMPG (vgl. **Tabelle 5**) hat der Bundesrat die Bestimmungen erlassen, wer zu welchen Bedingungen in den Genuss der übergangsrechtlichen Titelerteilung kommen kann. Durch diese Lösung ist davon auszugehen, dass sämtliche praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz innert weniger Jahre über einen eidgenössischen Weiterbildungstitel verfügen werden und damit ins Register aller Inhaber von Weiterbildungstitel aufgenommen werden können.

Tabelle 5: Bestimmungen für den erleichterten Erhalt eines eidgenössischen Weiterbildungstitels

1	Wer vor dem 1. Juni 2002 den Arztberuf in der Schweiz selbständig ausgeübt hat, kann, sofern er bis zu diesem Zeitpunkt keinen Weiterbildungstitel nach Artikel 9 erworben hat, die Erteilung eines eidgenössischen Titels beantragen.
2	Allen antragsberechtigten Personen wird, sofern sie nicht einen Titel nach den Absätzen 4 bis 6 erhalten, der Titel «praktische Ärztin» oder «praktischer Arzt» erteilt.
3	Anrechenbar an die geforderte Weiterbildung für einen Titel nach Artikel 1 Buchstabe a sind: a. selbständige Praxistätigkeit bis zu einem Jahr; b. selbständig durchgeführte Operationen, Untersuchungen usw. bis zu einem Drittel. Für die Titelerteilung müssen die übrigen im anwendbaren Programm geforderten Weiterbildungsbedingungen erfüllt sein.
4	Wer mindestens zwei Jahre an den Facharztstitel Allgemeinmedizin anrechenbare Weiterbildung absolviert und pro fehlendes Weiterbildungsjahr während zweier Jahre selbständig schwergewichtig in der Grundversorgung praktiziert hat, erhält den Facharztstitel «Allgemeinmedizin» ohne weitere Voraussetzungen.
5	Wer mindestens drei Jahre an den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie anrechenbare Weiterbildung absolviert und pro fehlendes Weiterbildungsjahr während zweier Jahre selbständig schwergewichtig im betreffenden Bereich praktiziert hat, erhält, wenn er zusätzlich 150 Stunden Supervision und eine psychotherapeutische Selbsterfahrung nachweisen kann, den entsprechenden Facharztstitel ohne weitere Voraussetzung.
6	Wer die Voraussetzungen nach den Absätzen 3 bis 5 nicht erfüllt, aber mindestens fünf Jahre selbständig, schwergewichtig im betreffenden Gebiet praktiziert hat, kann einen eidgenössischen Facharztstitel mit Bestehen der entsprechenden Facharztprüfung erwerben.
7	Die Voraussetzungen für die Erteilung eines Weiterbildungstitels nach den Absätzen 2 bis 6 müssen bis spätestens 31.12.2007 erfüllt sein. Ab 2001 müssen überdies pro Jahr 80 Stunden Fortbildung nach den Vorgaben des Weiterbildungsträgers nachgewiesen werden.

Quelle: Verordnung über die Weiterbildung und die Anerkennung der Diplome und Weiterbildungstitel der medizinischen Berufe, Verordnung zu FMPG, Art. 11, Übergangsrechtliche Erteilung von eidgenössischen Weiterbildungstiteln, hier zitiert nach Hänggeli (2002, 1299)

Die Übergangsbestimmungen gelten bis spätestens am 31. Dezember 2007. Sind die Voraussetzungen bis dahin nicht erfüllt, kommt nur noch eine Titelerteilung aufgrund der ordentlichen Bestimmungen in Frage.

Die Erteilung der eidgenössischen Weiterbildungstitel an praktizierende Ärztinnen und Ärzte dürfte sich vor allem auf die Statistiken ab 2002 ausgewirkt haben.

## 3.2 Bereich Weiterbildung und Ausbildung

### 3.2.1 Zulassungsbeschränkung bei Praxiseröffnungen

Voraussetzung für die Eröffnung einer Arztpraxis ist eine kantonale Praxisbewilligung. Im Rahmen der 1. Teilrevision des KVG beschloss das Parlament im März 2000 eine ausserordentliche, zeitlich befristete Kostensteuerungsmassnahme, die sich nach Bedarfskriterien richtet. Der Bundesrat machte von seiner Kompetenz im neuen Artikel 55a Gebrauch und verabschiedete die Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, den so genannten «Zulassungsstopp». Die Übernahmen bestehender Praxen sind von der Verordnung nicht betroffen. Die Verordnung trat am 4. Juli 2002 für drei Jahre in Kraft. Im Oktober 2004 hat das Parlament mit einer Zwischenrevision des KVG dem Bundesrat die Möglichkeit gegeben, den Zulas-

sungsstopp um drei Jahre zu verlängern. Und es hat vorgesehen, dass nicht benützte Zulassungen nach einer vom Bundesrat festzusetzenden Frist dahinfallen sollen. Im Mai 2005 hat daraufhin der Bundesrat die Verlängerung des Zulassungsstopps um drei Jahre beschlossen. Die revidierte Verordnung trat am 4. Juli 2005 in Kraft und gilt bis längstens 3. Juli 2008. Die Frist für den Verfall bereits erteilter Zulassungsbewilligungen hat er auf sechs Monate ab Inkrafttreten der Revision festgesetzt. Die Frist läuft also am 3. Januar 2006 ab. Der Bundesrat hat gleichzeitig festgelegt, dass die Kantone diese Frist auf zwölf Monate erstrecken und im Einzelfall auch darüber hinaus verlängern können.

Vor der Einführung des Zulassungsstopps auf den 4. Juli 2002 haben noch rund 2'000 Ärzt/innen eine kantonale Berufsausübungsbewilligung nach altem Recht beantragt und erhalten. Laut Santésuisse gingen im Jahr 2002 mehr als 2'100 Gesuche für eine Zahlstellennummer ein, was dem vierfachen Volumen der Vorjahre entsprach. Damit wurde das Ziel des Bundesrates, die Zahl niedergelassener Ärzt/innen möglichst auf dem Stand von Mitte 2002 zu halten, nicht erreicht. Er hat nun klargemacht, dass Ärzt/innen bei Nichtbenützung das Dahinfallen der Bewilligung riskieren. Ob die Forderung tatsächlich durchgesetzt werden kann, ist derzeit unklar (Kuhn 2005). Klar ist aber, dass der Handlungsspielraum generell bei den Kantonen liegt. So haben z.B. die Kantone der Romandie bereits in einer Vorvernehmlassung die Absicht bekundet, vor dem 4. Juli 2002 beantragte Bewilligungen nicht dahinfallen zu lassen.

Nicht geändert hat der Bundesrat Art. 2 der Verordnung. Damit sind die Kantone nach wie vor frei, ob und wie sie den Zulassungsstopp anwenden: Sie können für die ganze Medizin oder für einzelne Spezialitäten auf das Instrument des Zulassungsstopps verzichten und nach Art. 3 Ausnahmezulassungen für Leistungserbringer/innen aussprechen, sofern in einer Kategorie eine Unterversorgung besteht.<sup>10</sup> «Mit diesem Kriterium ist es den Kantonen jederzeit möglich, z.B. bei regionaler Unterversorgung oder für ländliche Gebiete, in denen allenfalls ein Mangel an Leistungserbringern besteht, trotz Zulassungsstopp Zulassungsbewilligungen zu erteilen» (Erläuterungen zum VO-Entwurf, März 2005, S.2, zitiert nach Kuhn, 2005 1390).

Daneben hatte das Parlament verlangt, dass der Bundesrat die Übernahme einer Einzelpraxis gemeinsam durch mehr als einen Arzt/eine Ärztin ermöglichen solle, weil bekanntlich die Arbeitszeit- und Familienmodelle ändern. Der Bundesrat hat bisher auf eine entsprechende Regelung verzichtet. Bereits bei der Festlegung, wie eine Vollzeitbeschäftigung überhaupt zu definieren sei, z.B. über die zeitliche Beschäftigung (Sollstunden) oder den Abrechnungsbetrag zu Lasten des KVG, seien zuerst grundsätzliche Fragen zu beantworten. Weder über Sollstunden noch über die Abrechnungshöhe lasse sich ein Kriterium finden, das im Rahmen der Verordnung praktikabel und kurzfristig umsetzbar wäre. «Demgegenüber ist es den Kantonen freigestellt und sie sind auch aufgefordert, der teilzeitlichen Ausübung einer Tätigkeit im Rahmen ihrer Bewilligungen Rechnung zu tragen (Erläuterungen zum VO-Entwurf, März 2005, S. 6, zitiert nach Kuhn, 2005 1391).»

Wie erwähnt veranlasste die Vorankündigung des Zulassungsstopps im Juni 2002 hunderte von Ärzt/innen, noch vor Inkrafttreten der Verordnung eine kantonale Praxisbewilligung zu beantragen. Einige gingen evtl. frühzeitig in die Praxistätigkeit, was sich auf die entsprechende Statistik auswirken könnte.<sup>11</sup> Die Wirkung des Zulassungsstopps auf unsere Fragestellung hinsichtlich Grundversorger/innen ist unsicher. Insbesondere die Ärzteseite findet die Massnahme nicht sinnvoll. Sie treffe einseitig junge und sehr gut weitergebildete Ärzt/innen. Aus Sicht der FMH könne der Zulassungsstopp zu einem Ärztemangel für

<sup>10</sup> Eine Forschungsarbeit von Rüefli (2004) gibt Aufschluss darüber, wie die Kantone die Massnahme bisher konkret umsetzen und welche Auswirkungen feststellbar sind.

<sup>11</sup> Aufgrund von Untersuchungen der Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Ärztezeitung scheint sich die Zunahme der Bewilligungsgesuche bisher kaum auf die Anzahl Praxiseröffnungen ausgewirkt zu haben (Marty et al. 2004, vgl. Abschnitt 4.1.8).

bestimmte Regionen und medizinische Fachbereiche führen. Für die Versicherer und die meisten politischen Parteien ist der Zulassungsstopp ein «notwendiges Übel», aber auch ein mögliches Steuerungsinstrument für die Kantone.

#### **3.2.2 Gründung des Instituts für Hausarztmedizin an der Universität Basel**

Zahlreiche Exponenten sind sich einig, dass die Attraktivität der Grundversorgertätigkeit und die Sicherstellung der Primärversorgung vor allem auch durch eine verbesserte und zielgerichtetere Aus- und Weiterbildung der angehenden Grundversorger/innen gefördert werden müsse.

Laut Anderegg (2005) reichen die Anstrengungen weit zurück. So empfahl die WHO bereits 1964, jede medizinische Fakultät solle einen Allgemeinpraktiker als Dozenten einsetzen. Den Facharztstitel «Allgemeinmedizin FMH» gibt es in der Schweiz seit 1965. 1976 forderte z.B. ein Postulat im Zürcher Kantonsrat einen Lehrstuhl für Hausarztmedizin an der Universität Zürich, 1982 folgte eine Interpellation, 2003 eine Leistungsmotion. Mitte der 1980er Jahre waren an den Universitäten Bern, Basel und Zürich so genannte fakultäre Instanzen für Hausarztmedizin (FIHAM) entstanden – Gruppen, die allgemeinmedizinische Lehrveranstaltungen organisieren.

Am 14. März 2005 wurde an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel das erste Institut für Hausarztmedizin (IHAMB) der Schweiz gegründet. Aus der dortigen FIHAM wurde ein IHAM. Am IHAMB wird die Hausarztmedizin als eine akademische und wissenschaftliche Disziplin mit eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung, eigener Nachweisbasis und einer eigenen klinischen Tätigkeit aufgefasst. Die verstärkte akademische Ausrichtung soll das Image der Grundversorger/innen aufwerten. Neben dem wissenschaftlichen Studium sollen die Studierenden im Rahmen der Ausbildung insbesondere auch das Berufsbild des Hausarztes (spezifische Belastungssituation, gesundheitspolitischer Hintergrund, etc.) kennen lernen. Geleitet wird das Institut von zwei praktizierenden Ärzten.

Neben dem neuen IHAM in Basel existieren bisher vier andere FIHAM: an den Universitäten von Bern, Genf, Lausanne und Zürich. Die FIAM sehen sich unter anderem auch als Bindeglied zwischen den jeweiligen Medizinischen Fakultäten und den Hausarzt/innen in den jeweiligen Einzugsgebieten. Auf Seiten der Hausarztverbände hofft man, dass die Gründung des Basler Instituts der erste Schritt zur Schaffung von Instituten für Hausarztmedizin an allen fünf schweizerischen Universitäten darstellt.<sup>12</sup>

#### **3.2.3 Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG)<sup>13</sup>**

Das neue Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe soll das bisherige Bundesgesetz vom 19. Dezember 1877 betreffend der Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft ersetzen. Dem Medizinalberufegesetz (MedBG) unterstellt sind Ärzt/innen der Humanmedizin, der Zahnmedizin, der Pharmazie, der Tiermedizin und neu auch der Chiropraktik.

Das MedBG orientiert sich an den für die Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen. Neben berufsspezifischen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sollen in der Ausbildung auch vermehrt soziale und

---

<sup>12</sup> Zürich eröffnete am 1. September 2005 eine Einheit für Hausarztmedizin. Als Quelle für diesen Abschnitt dienten Tschudi et al. (2005, Lehre in Hausarztmedizin), Anderegg (2005), NZZ (2005) und die Websites der verschiedenen FIHAM (<http://pages.unibas.ch/fiham/>, [www.fiham.unibe.ch](http://www.fiham.unibe.ch) etc.).

<sup>13</sup> Die Ausführungen stützen sich auf die Botschaft vom 3. Dezember 2004 zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG, BBl 2005 173) und die Medienmitteilungen der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 07.02.2005 und 29.04.2005.



kommunikative Fähigkeiten sowie ethische Haltungen vermittelt werden. Ebenfalls der wirtschaftliche Einsatz medizinischer Leistungen soll Eingang in die neuen Curricula finden.

Weil der Fokus auf der Sicherung der öffentlichen Gesundheit liegt, regelt das MedBG die Voraussetzungen für die selbständige Berufsausübung abschliessend. Es werden Berufspflichten, z.B. die Fortbildungspflicht, ins Gesetz integriert. Für die Bewilligungserteilung zur selbständigen Berufsausübung werden weiterhin die Kantone zuständig sein, die für die Sicherung einer zuverlässigen medizinischen Versorgung auch kantonsspezifische Einschränkungen und Auflagen vorsehen können. Ein neu zu schaffendes **gesamtschweizerisches Register** aller Träger/innen eidgenössischer und anerkannter ausländischer Diplome und Weiterbildungstitel soll den Kantonen die Bewilligungserteilung und die Überwachung der Berufsausübung erleichtern. Das Register soll ebenfalls für die Erstellung der medizinischen Demografie genutzt werden können und diejenigen Informationen enthalten, welche die Kantone für den Vollzug des KVG benötigen.

Eine eidgenössische Medizinalberufekommission wird zukünftig nach Massgabe der gesundheitspolitischen Ziele für die Strategieentwicklung in der Aus- und Weiterbildung verantwortlich sein und deren Umsetzung sichern. Sie führt auch das erwähnte Register und beaufsichtigt die eidgenössische Prüfung. Im Weiteren entscheidet sie über die Anerkennung ausländischer Diplome und Weiterbildungstitel.

In Bezug auf die Fragestellung unserer Vorstudie hat das neue MedBG derzeit noch keinen unmittelbaren Einfluss. Dies dürfte sich für die Zukunft ändern. Auch dürfte das neu entstehende Register für die Frage des Monitorings und die medizinische Demografie von erheblicher Bedeutung sein. Da die Bewilligungserteilung zur selbständigen Berufsausübung weiterhin bei den Kantonen bleibt, können diese eine entsprechende Steuerung vornehmen.

#### 3.2.4 Möglichkeit der teilzeitlichen Weiterbildung

In der Schweiz kann gemäss Weiterbildungsverordnung der FMH seit 1992 (Revision 1998), die ärztliche Weiterbildung in Teilzeit bei einer Mindestanstellung von 50 Prozent absolviert werden. Allerdings liegt es in der Entscheidungsbefugnis der jeweiligen Fachgesellschaften, ob die ganze Weiterbildungszeit (wie z.B. für die Facharztqualifikation in Psychiatrie oder Sozial- und Präventivmedizin) oder nur ein gewisser Anteil davon in Teilzeit abgeleistet werden kann.

Im Zuge des allgemeinen gesellschaftlichen Wandels zu mehr Teilzeitarbeit hat(te) diese Flexibilisierung der Weiterbildung Auswirkungen auf die Berufstätigkeit von Ärzt/innen und deren Weiterbildungsqualifikationen. Allgemein lässt sich anhand der Zahlen bei den Weiterbildungs- und den Studienabschlüssen feststellen (vgl. Kapitel 4), dass der Frauenanteil in der Ärzteschaft laufend zunimmt - etwa auch als «Feminisierung des Arztberufes» bezeichnet. Dies gilt insbesondere für die Grundversorgertitel. Demgegenüber sind Ärztinnen in leitenden ärztlichen Positionen aus verschiedenen Gründen nach wie vor stark untervertreten (vgl. Buddenberg-Fischer 2001).

#### 3.2.5 Einführung des «Numerus clausus»

Für die Zulassung zum Medizinstudium wird seit 1998 an den Universitäten Basel, Bern, Freiburg und Zürich ein Numerus clausus angewendet. Als Zulassungskriterium dient ein Eignungstest. Die Einführung der Zulassungsbeschränkung wurde als bildungs- und vor allem finanzpolitische Massnahme für notwendig erachtet. Die Ausbildungskapazitäten der Universitäten und die Betreuungsmöglichkeiten wurden seit Jahren überschritten und die Qualität der Ausbildung schien gefährdet zu sein. Eine Erweiterung der Ausbildungsgänge war auf Grund der angespannten Finanzlage nicht machbar und wurde angesichts der

hohen Ärzt/innendichte in der Schweiz auch als nicht sinnvoll betrachtet. Gleichzeitig nahm das Interesse an einer medizinischen Hochschulbildung weiter zu. Laut Hänsgen/Spicher (2000, 2002) erfasst der eingeführte Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz (EMS) nachweislich die Studieneignung der angehenden Medizinstudent/innen. Auch die Bedingung der Chancengleichheit sei erfüllt. Was sich nicht ändere (2002), sei die Zahl der Geeigneten, die sich für ein Medizinstudium anmeldeten. Der Numerus clausus sei mit rund 20 Prozent abgewiesenen Bewerbungen sehr mild. Und von den 80 Prozent Zugelassenen trete ein Teil das Studium nicht an, womit weitere Personen nachrücken könnten.

Inwiefern der Numerus clausus an den Universitäten die Zahl der Grundversorger/innen beeinflusst, ist schwierig abzuschätzen. Ein evtl. wichtigeres Element ist der Verlauf des Studiums (Studienplatzwechsel, Studienabbrüche) der Übergang zwischen dem Medizinstudium und der Weiterbildung bzw. die Zahl der ausgebildeten Mediziner/innen, welche nach ihrer Ausbildung nicht in die Weiterbildung und Praxis wechseln, sondern in andere Berufsfelder (Versicherungen, Forschung etc.).

### 3.3 Politische Vorstösse

In der gegenwärtigen Diskussion zur ambulanten Grundversorgung resp. Hausarztmedizin lässt sich ein eigentlicher Paradigmenwechsel feststellen. Ab 1998 gilt an den Universitäten für das Medizinstudium der Numerus clausus. Mitte 2000 führte der Bundesrat mit dem Zulassungsstopp eine Beschränkung von Praxiseröffnungen ein. Entgegen diesem in Richtung Reduktion der Ärztezahlen weisenden Trends thematisieren ab ca. 2004 Printmedien und Verbandsmitteilung vermehrt und regelmässig einen drohenden Ärztemangel, insbesondere im Bereich Hausärzt/innen (z.B. Studer/Reck 2004, Glauser 2004). In jüngster Zeit nahmen sich auch verschiedene politische Akteur/innen der Problematik an und machten Vorstösse auf Bundes- und Kantonsebene. Stellvertretend sei hier auf je einen Vorstoss im Nationalrat und im Kanton Zürich verwiesen.

#### 3.3.1 Interpellation im Nationalrat zur Grundversorgung in dünn besiedelten Regionen

Am 17. Dezember 2004 reichte CVP-Nationalrat Ruedi Lustenberger eine Interpellation zur medizinischen Grundversorgung in dünn besiedelten Regionen ein (Lustenberger 2004). Die medizinische Grundversorgung werde in dünnbesiedelten Gebieten mittelfristig zu einem Problem des «Service public», da sich schon heute kaum mehr junge Ärzte fänden, die bereit seien, sich als Allgemeinpraktiker/innen in ländlichen Gebieten zu betätigen. Zudem würden die grossen Unterschiede in der Taxpunktwertung die Allgemeinpraktiker/innen in den Randregionen benachteiligen. Lustenberger fragte den Bundesrat, ob mit Blick auf den Zulassungsstopp oder eine Lockerung des Kontrahierungszwanges Massnahmen vorgesehen seien, um die Grundversorgung in allen Gebieten der Schweiz zu gewährleisten, ob ein Assistenzstellenkonzept bestehe, welches die Ausbildung von Allgemeinpraktiker/innen, die anschliessend als Landärzt/innen praktizieren würden, bestehe, ob eine Taxpunktwertanpassung zugunsten der Grundversorger/innen in den Randregionen mithilfe, das angesprochene Problem zu lösen und wie hoch der Stellenwert der medizinischen Grundversorgung in der Neuen Regionalpolitik des Bundes sei.

Der Bundesrat antwortete am 23. März 2005 und bestätigte, dass der zunehmende Mangel an Ärzt/innen, welche in den Randregionen praktizieren wollen, auch aus seiner Sicht ein Problem darstelle. Die Gründe für die Entwicklung seien vielfältig. Dabei gehe es auch um die Frage der Einkommensverhältnisse. Wichtige nicht geldwerte Faktoren seien aber auch die hohe zeitliche Belastung (inklusive häufiger Notfalldienste) sowie gewisse Einschränkungen in den sozialen Kontakten gegenüber einer urbanen Lebenswelt. Er halte die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und eine differenzierte Handhabung des

Zulassungsstopps für geeignete Massnahmen, um Anreize für Ärzt/innen zu schaffen, damit sie sich auch abseits der Zentren niederliessen. Auch das neue Medizinalberufegesetz sei darauf ausgerichtet, Hausarztmedizin gegenüber den anderen Fachrichtungen zu fördern. In der Aus- und Weiterbildung seien in den letzten Jahren durch die fakultären Instanzen zur Hausarztmedizin und das Kollegium für Hausarztmedizin Strukturen zur systematischen Förderung der Grundversorgung aufgebaut worden. Die Erfahrungen mit dem Kontrahierungszwang würden zeigen, dass eine Erhöhung des Taxpunktwertes allein und ganz generell die Garantie, einen Kundenstamm rasch aufzubauen und dadurch ein gesichertes Einkommen zu erzielen, keinen genügenden Anreiz zur Niederlassung von Grundversorger/innen in Randgebieten darstellen würden. Die Sicherstellung einer das ganze Gebiet abdeckenden medizinischen Versorgung sei letztlich eine Kantonsaufgabe. Hier würden die Kantone vermehrt Anstrengungen unternehmen, Ärzt/innen zur Niederlassung in Randregionen zu motivieren, z. B. durch Hilfestellung bei der von vielen in der Grundversorgung tätigen Ärzt/innen als übermässig belastend empfundenen Notfalldienstpflicht.

#### **3.3.2 Anfrage zur Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte im Kanton Zürich**

Mit einer ähnlich gelagerten Anfrage gelangten am 24. Januar 2005 die Zürcher Kantonsräte Erika Ziltener und Peter Schulthess an den Regierungsrat des Kantons Zürich (Regierungsrat des Kantons Zürich 2005). Immer mehr Regionen in der Schweiz müssten ohne Hausärzt/innen auskommen. Dies gelte teilweise auch für Regionen des Kantons Zürich, und künftig müsse mit einer weiteren Verknappung gerechnet werden. Die Regierung wurde gebeten folgende Fragen zu beantworten:

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

Der Regierungsrat antwortete auf die Anfrage wie folgt:

Im Gegensatz zur stationären Krankenversorgung sei der ambulante Bereich und insbes. die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung nur gesundheitspolizeilich geregelt. Auf eine kantonale oder regionale Bedarfsplanung mit Angaben über die Anzahl notwendiger Praxen wurde bisher bewusst verzichtet. Eine solche Planung sei im Gegensatz zu derjenigen im stationären Bereich wesentlich komplexer und anspruchsvoller und nach wie vor herrsche unter den Experten Uneinigkeit über die Zweckmässigkeit einer Planung der ambulanten Versorgung (vgl. Spycher 2004). Es bestand und bestehe lediglich die Möglichkeit, bei einer dokumentierten Unterversorgung im Sinne eines Notstandes von der Anwendung bestimmter Zulassungsvoraussetzungen abzusehen. Seit Anfang der 1980er Jahre bis heute mussten im Kanton Zürich keine Ausnahmegewilligungen wegen eines Notstandes in einem ärztlichen Fachgebiet mehr erteilt werden. Daran habe bis anhin auch der Zulassungsstopp nichts geändert, weil weiterhin die Übernahme von Praxen durch Nachfolger/innen grundsätzlich gewährleistet sei. Zudem habe sich bei einer Kreditvergabe der Banken für Praxiseinrichtung die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit als ein privatwirtschaftliches

Instrument herausgebildet, wobei die Bank eine Schätzung des erwarteten Patientenaufkommens und der erwarteten Einnahmen vornehme.

Die nachfolgend aufgeführten Zahlen beruhen auf den gesundheitspolizeilich erhobenen Daten der Bewilligungen der Gesundheitsdirektion und auf einer Stellungnahme der Ärztesgesellschaft (AGZ). In beiden Erhebungen wurden diejenigen Titelträger/innen, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit eine hausärztliche Praxis betrieben, berücksichtigt (Praktischer Arzt/Praktische Ärztin, Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin). Allfällige spezialärztliche Praxen innerhalb dieser Titelbezeichnungen würden kompensiert durch allgemeinärztliche Titelträger/innen anderer Disziplinen (z.B. Facharzt/-ärztin für Chirurgie, für Gynäkologie/Geburtshilfe etc.). Von den rund 3'800 gesundheitspolizeilich erteilten Praxisbewilligungen entfielen im März 2005 knapp 2'000 (52.6%) auf hausärztliche Titelträger/innen. Ende 2000 lag die Gesamtbewilligungszahl bei 3'400; die hausärztlichen Titelträger/innen dürften damals etwa 1'700 ausgemacht haben. Aus den Zahlen der Erhebung, welche die AGZ bei ihren Mitgliedern gemacht hatte, ergab sich folgende Verteilung: Bei der Gesamtzahl aktiver frei praktizierender Mitglieder von 2'734 fallen 1'432 (52.4%) unter die vermutlich hausärztlichen Praxen. Daneben weist der Kanton Zürich insbesondere auf die mangelnde Datengrundlage auf Seitens des Bundes oder Santésuisse hin (mangelnde Transparenz erhobener Zahlen, fehlende Berücksichtigung wichtiger Parameter wie Beschäftigungsgrad und Dauer der Tätigkeit, Alter, fachärztliche Ausrichtung der Tätigkeit sowie regionale Zugänglichkeit), um im ambulanten Bereich eine Versorgungsplanung vornehmen zu können. Seit der Einführung des Zulassungsstopps wurden im Kanton Zürich 28 Praxen, davon die Hälfte hausärztliche Praxen übernommen. Laut AGZ wurden in der gleichen Zeit ein Dutzend Praxen von Grundversorger/innen ohne Nachfolgeregelung aufgelöst. Als wichtige Indikatoren für die Beurteilung der gegenwärtigen Versorgungslage dienen daneben die seit 2001 von der Gesundheitsdirektion durchgeführten Bevölkerungsbefragungen über die Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem, welche bezüglich der Erreichbarkeit des Hausarztes nach wie vor gleich bleibende hohe Werte ergeben. Ähnlich hat auch die AGZ-Befragung der Hausärzt/innen ergeben, dass in drei von vier Praxen noch Aufnahmekapazitäten für neue Patient/innen vorhanden seien. Gegenwärtig könne im Kanton Zürich insgesamt keine hausärztliche Unterversorgung festgestellt werden, was auch für die Notfallversorgung gelte. Am knappsten seien die Ergebnisse im Bereich Pädiatrie. Die AGZ weise aber zu Recht auf mittelfristig (in drei bis fünf Jahren) massgebliche und langfristig (in zehn Jahren) grosse Probleme in der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung hin. Hauptsächliche Gründe dafür sind die zunehmende Überalterung in den hausärztlichen Praxen, ohne dass eine jüngere Generation in diesem Bereich im geforderten Umfang nachfolgt, die veränderte Lebensplanung durch den stark zunehmenden Anteil an Ärztinnen, die veränderten Anstellungsmöglichkeiten an den Spitälern, die Verstärkung der Teilzeitarbeit und die Arbeit in Gruppenpraxen sowie das schwierige Umfeld und die mangelnde Wertschätzung der hausärztlichen Medizin. Die langfristige Einschätzung der Situation untermauere die Wichtigkeit der Gestaltung der Hausarztmedizin im Studium an der Universität Zürich. Unter anderem werde die Einrichtung einer Professur für Hausarztmedizin evaluiert. Das Interesse der Studierenden für die Hausarztmedizin müsse vermehrt geweckt werden. Auf nationaler Ebene müsse allenfalls die Festlegung des Umfangs des Numerus clausus abgeschätzt werden.

#### 3.4 Einschätzungen der interviewten Experten

Die Frage nach den wichtigsten Rahmenbedingungen wurde auch in den Experteninterviews gestellt:

Welches sind die wichtigen Rahmenbedingungen (Aus- und Weiterbildung; Veränderungen durch das KVG etc.), die für die Grundversorgung resp. die Grundversorgerzahlen in der Schweiz von Bedeutung sind? Wie haben sich die Rahmenbedingungen entwickelt?

Die entsprechenden Antworten der Experten sind nachfolgend dargestellt.

#### **FMH - Herr Georg von Below, Herr Jürg Jau**

■ Die Probleme bei den Grundversorger/innen liegen weniger bei der Weiterbildung als beim TARMED. Die Grundversorger/innen haben schon längere Zeit das Gefühl, sie seien unterbezahlt im Vergleich zu den Spezialist/innen. Mit dem TARMED wollte man das ausgleichen, aber es ist nicht gelungen oder nur partiell. Zukünftige Ärzte könnten so demotiviert sein, sich als Grundversorger weiterzubilden und dies dann auszuüben. Dies hat schon auch mit dem TARMED zu tun, weil die Leute gewisse Sachen dann als Grundversorger nicht mehr abrechnen können, welche man früher noch konnte. Aber dies dürfte bei Ärzten, die noch in der Aus- oder Weiterbildung sind, noch keine so grosse Rolle spielen.

■ Der Zulassungsstopp hat kurzfristig keinen Einfluss auf die Problematik. Es ist wohl eher ein emotionales Problem. Er hat einfach zu vielen Zulassungsbewilligungsanträgen auf Vorrat geführt (auf die Ärztestatistik hat das aber keinen Einfluss, weil dort nur diejenigen aufgeführt werden, die effektiv eine Praxis führen). Aber der Stopp hat sicher prospektiv zu einer Verunsicherung geführt. Man überlegt sich, ob man das Risiko einer mehrjährigen Ausbildung und Investitionen ist einer bestimmten Höhe eingehen will, ohne sicher zu sein, dass man einmal seine Leistungen abrechnen kann. Wen man nicht abrechnen kann, bedeutet das sozusagen ein Berufsverbot – vielleicht nicht für einen plastischen Chirurgen -, aber als Grundversorger hat man keine Patienten ohne Abrechnungsmöglichkeit.

■ Bei den aktuellen Weiterbildungsregelungen kann davon ausgegangen werden, dass diese kaum einen Einfluss auf die Zahl der Grundversorger haben. Man hat bereits vorher mind. 2 Jahre Weiterbildung gebraucht, bevor man eine Praxisbewilligung bekommen konnte.

■ Der Numerus Clausus hat sicher einen Einfluss auf die Zahl der Diplome. Die Zahl der Diplome war früher bei bis zu 1'000 pro Jahr, heute liegt sie knapp unter 700. Es geht aber noch ein paar Jahre, bis sich dies niederschlägt. Es geht 6 Jahre im Studium, dann geht es nochmals 6 Jahre in der Weiterbildung und dann «Uups» sieht man, dass es plötzlich zuwenig Internisten hat, die eine Praxis eröffnen oder übernehmen sollten. Es gibt heute schon medizinische Fakultäten oder Fachgesellschaften die prognostizieren, dass es ein solches Loch geben wird.

#### **Santésuisse – Herr Toni Haniotis, Herr Michael Bertschi**

■ Es gibt verschiedene Faktoren. Wir sehen aber generell nur bedingt eine Verschärfung der Situation.

■ Wenn man die Einkommensstatistik der FMH anschaut, so verdient ein Allgemeinmediziner nicht massiv weniger als ein Spezialist. Das Einkommen ist zwar schon tiefer, es hat aber in den letzten drei Jahren eher mehr zugenommen als bei den Spezialisten, die Differenz ist also eher kleiner geworden.

■ In Bezug auf die Aufhebung des Vertragszwangs ist zu sagen, dass diese noch sehr weit weg ist. Im Übrigen würde die Aufhebung sicher zu einer Verbesserung der Versorgung in den Randregionen führen. Die Kantone könnten die regionale Versorgung besser steuern. Weil diejenigen, die keine Verträge in den Zentren erhalten, die gehen dann halt in die Regionen. Selbst bei konstanten Taxwertpunkten würde ein Ausgleich erreicht.

■ Es gibt einen Zulassungsstopp, der hat aber bisher kaum etwas bewirkt.

#### **College-M – Herr Peter Berchtold**

[Zu den Rahmenbedingungen hat sich Herr Berchtold nicht direkt geäussert, entsprechende indirekte Bemerkungen sind andernorts aufgeführt].

#### **Kollegium für Hausarztmedizin – Herr Marc Müller**

■ Bei den finanziellen Ängsten der jungen Ärzt/innen spielt die Diskussion über die Vertragsfreiheit resp. die Aufhebung des Kontrahierungszwanges eine Rolle. Wenn es mir droht, einmal nicht mehr mit den Kassen abrechnen zu können, nehme ich kaum das Risiko einer Investition von einer halben, ein oder zwei Millionen für eine Praxis auf mich. Wenn ich damit rechnen muss, dass die Kassen in ein paar Jahren sagen, mit dir rechnen wir nicht mehr ab, du bist zu teuer, dann sitze ich da mit meinen Schulden. Gerüchte, dass es auf dem Lande schwierig sei, von den Banken eine Praxis finanziert zu erhalten, stimmen allerdings nicht. Dies ist nur in der Stadt so, wo die Banken auf Grund des grossen Angebotes zurückhalten sind.

■ Bei den Bedingungen der Berufsausübung in der Praxis ist sicher auch der Zulassungsstopp ein Faktor. Aber es ist kein ausschliesslicher Faktor, denn im Moment können nicht einmal alle bereits bestehenden Praxen wiederbesetzt werden. Dies ist eben das Indiz, dass es ein gesellschaftliches Problem ist. Es fehlt ein Pool von Ärzten, die unbedingt Grundversorger werden möchten, egal ob es in der Peripherie ist oder nicht. Aber mindestens wäre eine Modifikation des Zulassungsstopps wünschenswert, so dass es zukünftig möglich ist, dass wenn 1 Arzt seine Tätigkeit aufgibt die Praxis auch von 2 jungen Ärzten in Teilzeit übernommen werden könnte.

■ Die Weiterbildung zum Hausarzt sollte aus unserer Sicht in den Hausarztpraxen z.B. über Praxisassistenten selber geschehen. Momentan bestehen aber noch Finanzierungsprobleme, da es bisher nicht gelungen ist, Gelder, die für Weiterbildung in den Spitälern von Kanton und Staat zur Verfügung gestellt werden, teilweise auch umzuleiten auf das System der Praxisassistenten. In letzter Zeit gibt es in verschiedenen Kantonen erste Bereitschaft, sich an den Kosten der Praxisassistenten zu beteiligen.

■ Die Hausarztmedizin bzw. die Grundversorgung war in der Ausbildung resp. im Studium als nicht-akademischer Teil des Ganzen sehr lange viel zu wenig präsent. Dies hängt damit zusammen, dass die Ausbildung ein universitäres Monopol dargestellt hat. Hier versucht man jetzt Gegensteuer zu geben und die Hausarztmedizin in der Ausbildung zu stärken und attraktiver zu machen, indem man versucht, die bisherigen fakultären Instanzen, die es bis jetzt für die Hausarztmedizin gegeben hat, in Hausarzt-Institute umzuwandeln, wie dies jetzt in Basel passiert ist und in anderen Städten angegangen wird. Die Idee hinter den Forderungen des KHM in Bezug auf die Aus- und Weiterbildung ist auch, dass man den Grundversorger und vor allem den Allgemeinpraktiker vom Image der Negativselektion im Rahmen der Weiterbildung wegbringen wollte, weil es eine Zeitlang der Trend war, dass die gescheiterten Spezialist/innen im Topf der Grundversorger/innen gelandet sind. Die Klinikchefs konnten einem sagen: «Aus dir wird nie ein Chirurg, wird doch Grundversorger».

■ Der Numerus clausus ist sicher ein Abschreckungsszenario, das man schon in den 1970er Jahren benutzt hat. Später wurde der Numerus clausus mit Zulassungskriterien und Eignungsgesprächen eingeführt. Damit gehen bereits fähige Hausärzte auf Grund eines falschen Selektionsinstrumentes verloren. Derzeit ist eine ähnliche Fehlentwicklung auch bei der Pflege im Gang: Bald müssen Krankenschwestern einen Tertiärabschluss haben. Damit wird eine Veränderung des Berufsbildes entstehen weg von der Pflege hin zu Grundversorgungsaufgaben. Eine neue Pflegerinnenkategorie wird dann wieder die Grundpflege übernehmen müssen. Fakt ist, dass momentan wieder sehr viele Maturand/innen Medizin studieren möchten.

#### **GEF Kanton Bern, Spitalamt – Herr Thomas Spuhler**

■ Im Zentrum der Rahmenbedingungen steht sicher das KVG. Dies definiert den Zugang zum Geld. Jeder der eine Praxisbewilligung hat und die Ausbildungsvorschriften erfüllt, der kann Rechnung stellen. Die gesetzlichen Bedingungen auf kantonaler Ebene sind sehr bescheiden. Ein Arzt muss nicht viel mehr als sein Diplom vorweisen.

■ Vom Status in der Aus- und Weiterbildung her ist es klar, der Grundversorger ist «de blöd Chäib». In der Ausbildung merkt man dies noch nicht, in der Weiterbildung dann aber schon. Die Spitalärzte, stellen vor den jungen angehenden Mediziner die Kollegen in der Praxis oft unvorteilhaft dar: «Jetzt hat er das schon wieder nicht gesehen ... der wieder, es ist immer der gleiche ... wir haben es herausgefunden, wir haben es gemacht». Das Unternehmertum bzw. die Chance, selbständig als Arzt eine Praxis zu führen, mehr oder weniger frei von äusseren Zwängen, wird in der Aus- und Weiterbildung vermutlich zu wenig geweckt.

■ Vom Institut für Allgemeinmedizin halte ich relativ wenig. Man weiss seit mindestens 30 Jahren, dass man mit den Allgemeinpraktikern ein Problem hat, dass sich zu wenige für diesen Beruf entscheiden. Bereits damals sagten die Professoren man müsse die Allgemeinpraktiker fördern, es sei sehr wichtig, was diese draussen in ihren Praxen leisten würden. Das Verhalten gegenüber den Allgemeinpraktikern, wenn man in der Klinik ist, war dann ganz anders, schon damals. In dem Sinne hat sich kaum etwas geändert. Es kommt auf das System darauf an, in welchem die Ärzte tätig sind und welche Rolle sie haben. So wie es heute ist, alles frei, kaum Steuerung, wird sich kaum eine Änderung ergeben. Auch Informationen in den Medien steuern ja in Richtung Spezialisierung. Dort treten Experten auf, oft mit dem Attribut, die besten der Schweiz zu sein; so und so viele hätten das Problem zuvor übersehen. Um hier etwas bewirken zu können, ist die Gründung von ein, zwei «Institutli» für Allgemeinmedizin viel zu wenig.

■ Vom Numerus clausus halte ich wenig. Wenn ich an mich selber denke: Mein Bild nach dem Staatsexamen war immer noch: ich möchte Allgemeinpraktiker werden. Aber schon damals sagte man bei der Einschreibung zum Medizinstudium, es habe zuviel Ärzte, man solle sich wieder abmelden. Der Numerus clausus wurde also schon in den 1970er/80er Jahren angedroht. Je weiter man heute beim Studienanfang in der Schweiz zuschraubt, desto mehr Ärzte kommen später einfach aus dem Ausland.

#### **Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Kantonsarzt – Herr Ulrich Gabathuler**

■ Das Thema Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist komplex. Ein Grundproblem bei der allfälligen Aufhebung ist, dass man eine Mindestvertragsanzahl definieren müsste. Dann gerät man in die Problematik der Bedarfsplanung. Den pragmatischen Ansatz, den Zürich hier sieht, wäre dann wohl der Status Quo. Damit wäre die Wirkung der Vertragsaufhebung jedoch gleich null, da alle einen Vertrag erhalten würden. Erst wenn man eine «Baseline» hätte, könnte man mittelfristig etwas steuern, indem vielleicht gewisse Abgänge nicht mehr ersetzt würden. Die Wirkung wäre auf alle Fälle erst langfristig. Das Argument, dass eine Aufhebung des Vertragszwangs dazu führt, dass Ärzte weniger in die Grundversorgung gehen würden, ist nicht stichhaltig. Das Risiko der grossen Investitionen bei der Praxiseröffnung etc. haben Spezialärzte genauso wie Allgemeinpraktiker. Der Allgemeinpraktiker hat es eher noch einfacher als der Spezialist, da er in der Regel ein kleineres Einzugsgebiet braucht.

■ Im Bereich der Aus- und Weiterbildung sind in den nächsten Jahren breite Änderungen zu erwarten, bei der Neugestaltung der Studiengänge und der Berufsbildung - angefangen beim Bologna-System -, bei den Fachhochschulen - auch der anderen Gesundheitsberufe - oder bei der hochspezialisierten Medizin und der Zentrenbildung. Hinsichtlich der Weiterbildung gibt es offene Fragen zur Spitalbasierung und zu dem was man effektiv in der Praxis macht. Ein wichtiger Punkt ist - mit Blick auf die Aus- und Weiterbildung - sicher die fehlende eigenständige positive Definition der Allgemein- oder Grundversorgermedizin. Der Spezialist kann sagen, ich bin Spezialist für die Leber, für dies und das. Da im Zeitverlauf immer mehr an die Spezialisten ausgegliedert wird, bleibt für die Allgemeinmedizin nur noch der Rest. Gleichzeitig wird damit angedeutet, dass der Allgemeinmediziner die ausgegliederten Bereiche gar nicht mehr abdecken kann. So wird es schwierig, eine Identität oder ein Image zu bilden. In diese Richtung zeigte bisher die stark universitäts- und spitalzentrierte Weiterbildung. Die Abbildung der Hausarztmedizin fehlte völlig. Wenn man die Weiterbildung der Allgemeinmediziner anschaut, dann müssen die überall bei allen Spezialgebieten ihre Jahre absol-



vieren. Es gibt keinen eigenständigen grossen Block einer hausärztlichen Medizin. Eine Zeichensetzung ist hier jetzt das Institut in Basel. Eine Diskussion über die heutige Aus-/Weiterbildung der Ärzteschaft scheint sehr wichtig. In der medizinischen Ausbildung erhalten alle, auch alle späteren Spezialisten, eine Basisausbildung von sechs Jahren. Nachher kommt der Facharztstitel dazu. Aber polizeilich gesehen, kann eigentlich jeder nach der Basisausbildung alles machen, die Spezialisierungen sind nicht weiter verankert. Es stellt sich hier die Frage, ob die medizinische Ausbildung in dieser Gewichtung noch zeitgemäss oder zielgerichtet ist. Welche Rolle haben hier die Universitäten und die beruflich orientierten Fachhochschulen? Es wird vermutlich auch in der Medizin die Diskussion noch aufbrechen, ob eigentlich alle Mediziner über die Universität ausgebildet werden müssen oder ob nicht eine gewisse Differenzierung Sinn machen würden, z.B. nach dem Bachelor eine Trennung Richtung Hausarztmedizin oder Richtung hochspezialisierte Medizin. Auch die Forschung der beiden Richtungen ist verschieden. Die Hausarztmedizin hat eine viel grössere Nähe zu den Sozialwissenschaften. Der Druck von den Fachhochschulen und den nicht-medizinischen Berufen wird sicher kommen.

■ Ein Wirkungsnachweis durch den Zulassungsstopp auf die Frage der Grundversorgerzahlen kann unseres Wissens kaum erbracht werden. Zürich ist bekanntlich einer der wenigen Kantone, die noch keine Ausnahmebewilligungen erteilt haben. Andere Kantone erteilen hier munter solche Bewilligungen.

### 3.5 Zusammenfassung und Diskussion

■ Die befragten Experten schreiben verschiedenen der diskutierten Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Entwicklung der Anzahl Grundversorger/innen zu, wobei über die Wirkung z.T. Uneinigkeit herrscht.

■ Als ein mögliches Element wird das neue Tarifsystem **TARMED** genannt, welches ab dem 1. Januar 2004 in Kraft ist. Die Experten der FMH weisen darauf hin, dass die Grundversorger/innen seit längerer Zeit das Gefühl haben, im Vergleich mit den Spezialist/innen unterbezahlt zu sein. Eines der TARMED-Teilziele war, eine erhöhte Entschädigung von Grundversorgerleistungen. Dieses Ziel konnte nach Ansicht der befragten Experten bisher nicht erreicht werden. Allerdings wird das tiefere Einkommen der Grundversorger/innen von den Experten der Santésuisse relativiert. Laut FMH-Lohnstatistik würden die Allgemeinmediziner/innen nicht wesentlich hinter den Spezialist/innen zurück liegen und die Spanne sei in den letzten Jahren kleiner geworden. Die Frage der Einkommensentwicklung müsste anhand längerfristiger Datenreihen überprüft werden.

■ Weiter wurde die **Diskussion zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges** erwähnt. Aus Sicht der Experten der Santésuisse ist jedoch die allfällige Aufhebung des Vertragszwangs noch viel zu weit weg, um eine Wirkung zu entfalten. Des Weiteren wäre aus ihrer Sicht gerade die Vertragsfreiheit ein geeignetes Mittel, die ärztliche Versorgung über Anreize besser steuern zu können. Aus Sicht des KHM oder der Experten der FMH wird demgegenüber eher von einem Klima der allgemeinen Verunsicherung gesprochen. Angehende Grundversorger/innen würden von einer Praxiseröffnung abgehalten (Investitionen, Verschuldung), da es für sie unsicher werde, ob sie dereinst ihre Leistungen noch über die Krankenkassen würden abrechnen können. Nach Ansicht eines Kantons-Experten ist das Argument, dass eine Aufhebung des Vertragszwangs zu weniger Ärzt/innen in der Grundversorgung führen würde, nicht stichhaltig. Das Risiko der grossen Investitionen bei der Praxiseröffnung treffe Spezialärzt/innen genauso wie Allgemeinpraktiker/innen. Die Allgemeinpraktiker/innen hätten gar geringere Probleme, da ihre Praxen in der Regel auch mit einem kleineren Einzugsgebiet funktionieren würden.

■ Die Übergangsrechtliche resp. **erleichterte Erteilung der eidgenössischen Weiterbildungstitel** an praktizierende Ärzt/innen dürfte sich vor allem auf die Statistiken ab 2002 ausgewirkt haben. Auf Grund der Massnahme ist davon auszugehen, dass sämtliche praktizierenden Ärzt/innen in der Schweiz innert weniger Jahre über einen eidgenössischen Weiterbildungstitel verfügen und damit ins Register aller Inhaber von Weiterbildungstitel aufgenommen werden.

■ Der **Zulassungsstopps** hat in Bezug auf unsere Fragestellung bisher vermutlich keine Wirkung gehabt. Seine Vorankündigung im Juni 2002 veranlasste bekanntlich noch hunderte von Ärzt/innen eine kantonale Praxisbewilligung zu beantragen. Zudem wird der Stopp von den Kantonen – mit Ausnahme etwa von Zürich – kaum angewendet. Sicher ist, dass die Ärzteseite die Massnahme grundsätzlich für nicht sinnvoll

betrachtet, da sie einseitig junge und gut weitergebildete Ärzt/innen treffe. Bei den befragten Experten ist eher von einem «emotionalen Problem» die Rede. Für die Versicherer und die meisten politischen Parteien ist der Zulassungsstopp ein «notwendiges Übel», aber durch die Möglichkeit der Ausnahmegewilligungen auch ein mögliches Steuerungsinstrument für die Kantone.

■ Relativ stark thematisiert wurde von den Experten die **Wirkung der Aus- und insbesondere Weiterbildung**. Das Problem der geringen Anzahl Ärzt/innen, welche sich für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin interessierten, bestehe schon seit den 1970er Jahren. Dieser Trend hänge nicht zuletzt auch mit dem in der Weiterbildung vermittelten unvorteilhaften Bild des Grundversorgers/der Grundversorgerin zusammen. Eine gewisse Änderung wird von den fakultären Instanzen für Hausarztmedizin an den Universitäten von Bern, Genf, Lausanne und Zürich und vor allem vom ersten Institut für Hausarztmedizin erwartet, das im März 2005 in Basel gegründet wurde. Inwiefern eine verstärkte akademische Ausrichtung das Image der Grundversorger/innen aufwerten und die Zahl der praktizierenden Grundversorger/innen beeinflussen kann, ist derzeit noch offen. In Bezug auf die Fragestellung unserer Vorstudie hat das **neue Medizinalberufegesetz** derzeit noch keinen unmittelbaren Einfluss. Für die Zukunft dürfte sich dies ändern. Insbesondere wird das neu entstehende Register für die Frage des Monitorings und die medizinische Demografie von Bedeutung sein. Von den Experten erwartet vor allem der Kantonsarzt von Zürich in den nächsten Jahren breite Veränderungen bei der Neugestaltung der Studiengänge und der Berufsbildung. Seiner Ansicht nach wird vermutlich auch in der Medizin eine Diskussion aufbrechen, ob alle Ärzt/innen über die Universität ausgebildet werden müssen oder ob nicht eine Differenzierung, z.B. nach dem Bachelor-Abschluss eine Trennung Richtung Hausarzt- oder Richtung hochspezialisierte Medizin, Sinn machen würde.

■ Ob der seit 1998 eingeführte **Numerus clausus** an den Universitäten die Zahl der Grundversorger/innen beeinflusst, ist schwierig abzuschätzen. Er hat mit Sicherheit die Zahl der Diplome etwas reduziert. Da davon auszugehen ist, dass der Numerus clausus seine Wirkung auf die Ärztezahlen in der Praxis erst in rund 12 Jahren entwickelt (6 Jahre Studium, 5-6 Jahre Weiterbildung), ist es noch etwas früh für eine Beurteilung. Eine wichtige Rolle dürfte in diesem Zusammenhang der Übergang zwischen dem Medizinstudium und der Weiterbildung spielen bzw. die Zahl der diplomierten Mediziner/innen, die im Anschluss an ihre Ausbildung nicht in die Weiterbildung und Praxis wechseln, sondern in andere Berufsfelder (Versicherungen, Forschung etc.).

■ Entgegen dem Trend, der durch die Einführung des Numerus clausus und des Zulassungsstopps charakterisiert ist, finden sich ab ca. 2004 in den **Printmedien und Verbandsmitteilung** vermehrt Berichte über einen drohenden Ärztemangel, insbesondere im Bereich Hausarzt/innen. Das Thema wurde auch von verschiedenen politischen Akteur/innen aufgenommen, welche auf Bundes- und Kantonsebene entsprechende Vorstösse einreichten. Es ist davon auszugehen, dass die zunehmende Thematisierung in den Medien und der Politik die Öffentlichkeit sensibilisiert, wodurch ein gewisser Druck auf die oben genannten Rahmenbedingungen (TARMED, Zulassungsstopp, Numerus clausus etc.) entsteht .

## **4 Bestehende Daten zu den Entwicklungen im Grundversorgungsbereich**

In diesem Abschnitt werden die bestehenden Daten resp. Datenbanken, die zur Frage der Entwicklung in der ambulanten Grundversorgung beigezogen werden können, diskutiert und teilweise analysiert. Vertiefte Auswertungen sind im Rahmen der Vorstudie nicht möglich.

Ein Problem bei bestehenden Datenbanken ist, dass mit den jeweils vorhandenen Definitionen gearbeitet werden muss. In aller Regel handelt es sich um den «Titelträger-Ansatz». Ein inhaltlicher Zugang (z.B. unselektierte Aufnahme von Patient/innen) ist nicht möglich.

Im ersten Abschnitt werden Datenbanken zu den praktizierenden Ärzt/innen diskutiert und wenn möglich kurz ausgewertet:

- Ärztestatistik der FMH, praktizierende Ärzt/innen,
- Datenpool Santésuisse,
- Tarifpool Santésuisse,
- Trust Center der Ärzteschaft,
- Betriebszählung (BZ),
- Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE),
- Volkszählung (VZ).

In einem zweiten Abschnitt werden Datenbanken im Bereich der Ausbildung analysiert

- Ärztestatistik der FMH, verliehene Weiterbildungstitel,
- Medizinalberufestatistik BAG resp. Statistik Studierende BFS.

Im dritten Abschnitt werden die Meinungen der Experten darüber dargestellt, wie bei einer allfälligen statistischen Untersuchung vorgegangen werden könnte.

### **4.1 Daten im Bereich frei praktizierende Ärzt/innen**

Der nachfolgende Abschnitt widmet sich bestehenden Daten für den Bereich der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit.

#### **4.1.1 Ärztestatistik der FMH**

##### **Grundlagen**

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH führt einen Ärzteindex, der als einziges offizielles und umfassende Verzeichnis der Ärzt/innen in der Schweiz gilt. Im Register finden sich sämtliche Ärzt/innen, die einen eidgenössischen oder anerkannten Weiterbildungstitel besitzen.<sup>14</sup> Der Ärzteindex bildet die Grundlage für die Ärztestatistik der FMH. Nach Rüefli (2004, 17) handelt es sich dabei um die «zuverlässigste und umfassendste» Statistik zur ambulanten Versorgungssituation. Die FMH-Statistik bezieht sich auf rund 95 Prozent aller in der Schweiz ansässigen Ärzt/innen und wird jährlich von der FMH publiziert. Sie unterscheidet grundsätzlich zwischen Ärzt/innen mit und ohne Praxistätigkeit und ist jeweils

---

<sup>14</sup> Der Ärzteindex der FMH beruht auf dem Register, das die FMH gemäss Art. 10 der Verordnung zum Freizügigkeitsgesetz führt. Mutationen werden von den erfassten Ärzt/innen direkt gemeldet. Die erfassten Ärzt/innen haben auch die Möglichkeit, dass bestimmte Adressangaben, Schwerpunkte oder Fähigkeitsausweise im Ärzteindex der FMH nicht publiziert werden. Die Angaben über die Träger/innen von Fähigkeitsausweisen werden der FMH von den Gesellschaften übermittelt, welche die Ausweise erteilen.

nach (Fach-)Arzttitel und nach Kanton aufgeschlüsselt. Nach einer Teilrevision der Statistik wurden ab dem Jahr 2000 auch «Nicht-FMH-Mitglieder» erfasst. In **Tabelle 6** zeigt die Grundlagen der Ärztestatistik.

Tabelle 6: Grundlagen Ärztereister der FMH (FMH-Statistik)

Datenproduzent/in	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Bern.
Rechtsgrundlage	Vereinsstatuten und zum Teil Freizügigkeitsgesetz FMFG.
Erhebungszweck	Die Datenbank enthält Angaben über rund 95% der in der Schweiz berufstätigen Ärzte. Sie dient dem Zweck statistischer Auswertungen und der Publikation des Ärztereisters im Auftrag des Bundes.
Datentyp	Individualdaten der in der Schweiz berufstätigen Ärzte mit eidgenössischem und anerkannten ausländischem Weiterbildungstitel oder FMH-Titel oder ohne Titel.
Befragte	Träger eines eidgenössischen oder anerkannten ausländischen Weiterbildungs- oder eines FMH-Titels, alle FMH-Mitglieder.
Erhebungstyp	Vollerhebung der FMH-Mitglieder und der Titelträger. Abdeckung: Über 95% der in der Schweiz berufstätigen Ärzte.
Erhebungsart	Administrativdaten der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH. Zum Teil jährliche schriftliche Befragung.
Variablen	Name, Vorname, Geburtsjahr, Heimatort, Nationalität, Jahr des Arztdiploms, Weiterbildungs-Diplome, Arbeitsort, Art der Berufstätigkeit, Datum der Berufsaufgabe.
Räumliche Eingrenzung	Gesamtschweizerische Angaben, eine Differenzierung ist bis auf Gemeindeebene möglich sowie nach MS-Region.
Zeitreihe	Erhebungsjahre 1930-2004, laufende Modifikation, jährliche Aktualisierung.
Elektronische Verfügbarkeit: Speichersoftware	Bisher Eigenentwicklung IBM DB2-400, ab 2004 Navision MS-SQL-Server
Elektronische Verfügbarkeit: Abfragesoftware	MS-Access, Excel, Chrystal Reports
Publikationen	FMH-Ärztstatistik: <a href="http://www.fmh.ch">www.fmh.ch</a> , FMH-Ärzteindex: <a href="http://www.aerzteadressen.ch">www.aerzteadressen.ch</a>
Website	<a href="http://www.fmh.ch">www.fmh.ch</a>

Quelle: Strub et al. (2004)

Ein Problem bei der FMH-Statistik besteht darin, dass sie nicht unterscheidet zwischen Voll- und Teilzeitmediziner/innen resp. keine Informationen über den Beschäftigungsgrad enthält. Auch ergeben sich bei einer Auswertung nach Facharzttiteln Doppelzählungen durch Ärzt/innen, die über mehrere Facharzttitel verfügen. Gemäss dem Ärztestatistik-Verantwortlichen sind hier für die Zukunft Verbesserungen geplant:<sup>15</sup>

- Erhebung des Arbeitspensums, damit Auswertungen mit Vollzeitäquivalenten möglich sind;
- Erhebung des Fachgebiets der Hauptberufstätigkeit bei Ärzten mit mehreren Facharzttiteln, Schwerpunkten und Fähigkeitsausweisen.
- Überarbeitung der Definitionen betreffend «Ärzte mit Praxistätigkeit», «Grundversorger» sowie «Gruppenpraxen».

Im Rahmen der Dignitätserhebung (Berechtigung für die Abrechnung von Leistungen) zum neu eingeführte Tarifsysteem TARMED wurden für das Jahr 2004 verschiedene zusätzliche Datenelemente erfasst. Unter anderem wurde auch die Frage nach der Grundversorgertätigkeit gestellt. Eine Auswertung dieser Daten hat bisher noch nicht stattgefunden, da Plausibilitätsprobleme resp. Verzerrungen auf Grund der Verknüpfung mit der TARMED-Befragung befürchtet werden.

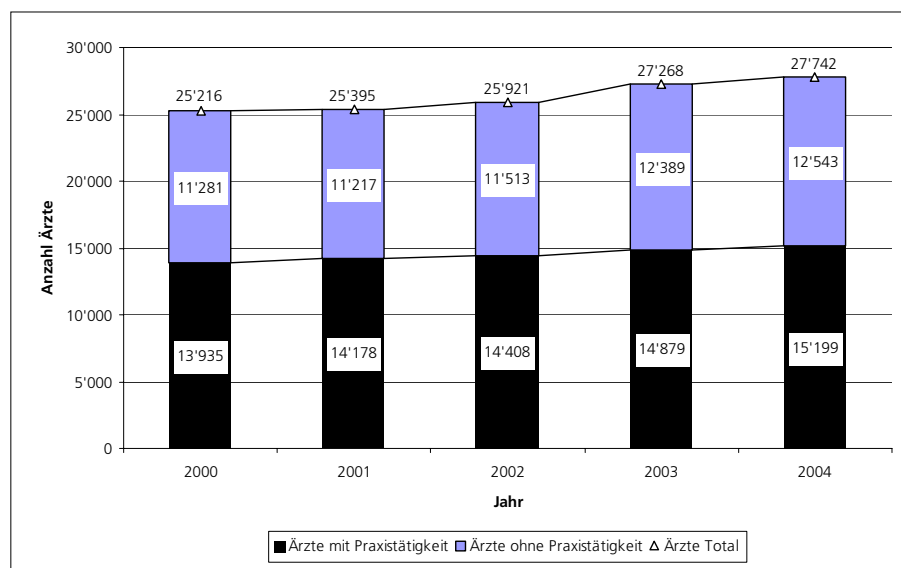
### Kurzauswertung Ärzt/innen mit Praxistätigkeit

Nachfolgend soll der Frage nach der Entwicklung in der ambulanten Grundversorgung anhand der FMH-Statistik kurz nachgegangen werden.

<sup>15</sup> Arbeitspapier von Herrn Jürg Jau, 10. April 2005.

In **Abbildung 1** ist als erstes eine Gliederung der Ärzt/innen nach Praxistätigkeit resp. ohne Praxistätigkeit dargestellt.<sup>16</sup> Insgesamt zeigt sich in den Jahren zwischen 2000 und 2004 eine Zunahme sowohl der Ärzt/innen mit als auch derjenigen ohne Praxistätigkeit um je rund 1'250 Ärzt/innen oder 10 Prozent (Ärzte mit Praxistätigkeit: 9%, Ärzte ohne Praxistätigkeit: 11%). Für die Jahre 2003 und 2004 merkt die FMH an, dass der überdurchschnittliche Zuwachs an neuen Ärzt/innen gegenüber 2002 grösstenteils auf die verbesserten Erhebungsmethoden zurückzuführen sei. Auf Grund der TARMED-Dignitätsumfrage sind grosse Datenänderungen im Ärzteregister angefallen und die FMH verzeichnete einen überdurchschnittlichen Zuwachs an Mitgliedern. Durch die bilateralen Verträge mit der EU wurden vom BAG hunderte von Arzt- und Weiterbildungsdiplomen anerkannt (es handelt sich um ca. 600 Titelträger/innen).

Abbildung 1: Ärzte/Ärztinnen nach (Praxis-)Tätigkeit in der Schweiz 2000-2004



Quelle: FMH-Ärztstatistik 2000-2004, Übersicht; eigene Darstellung

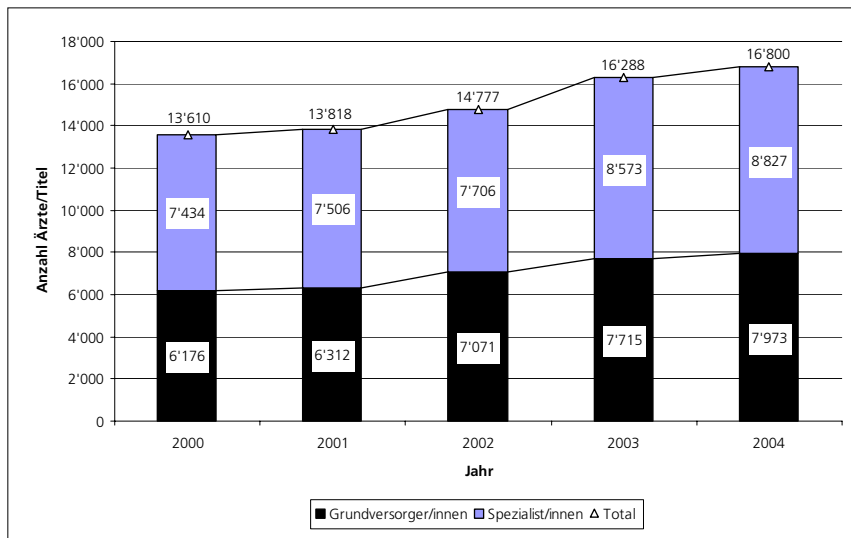
**Abbildung 2** zeigt eine Aufteilung der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit nach Facharzttitel. Ärzt/innen, die mehrere Facharzttitel führen, werden dabei in allen entsprechenden Rubriken gezählt. Um näherungsweise zwischen Grundversorger/innen und Spezialärzt/innen unterscheiden zu können, werden die Facharzttitel entsprechend den häufigsten Definitionen (vgl. Kapitel 2) in zwei Kategorien von Titelträger/innen zusammengefasst:

- Grundversorgertitel (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Praktischer Arzt),
- Spezialarzttitel (Restliche Weiterbildungstitel von Allergologie bis Urologie).

Bei einer Betrachtung der Grafik fällt der Anstieg ab 2001 auf. Die überdurchschnittlich grosse Anzahl Titelverleihungen im Jahr 2002 ist gemäss FMH unter anderem darauf zurückzuführen, dass Ärzt/innen mit Praxistätigkeit, welche noch keinen Facharzttitel besaßen, diesen zu erleichterten Bedingungen erwerben konnten (vgl. hierzu weiter unten Abschnitt 4.2.1 zu den verliehenen Weiterbildungstiteln).

<sup>16</sup> Ärzt/innen mit Praxistätigkeit üben in irgendeiner Form eine Praxistätigkeit aus: Ärzt/innen mit privater Praxistätigkeit (Voll- und Teilzeit), Spitalärzt/innen mit Praxistätigkeit, angestellte Ärzt/innen, die zusätzlich eine Praxistätigkeit ausüben etc. Ärzt/innen ohne Praxistätigkeit sind berufstätige Ärzt/innen, die nicht in der Kategorie «Ärzte mit Praxistätigkeit» enthalten sind: Chefärzt/innen, Leitende Ärzte/innen, Oberärzt/innen, Assistent/innen, anderer Tätigkeit (Verwaltung, Industrie, Versicherungen, etc.). Die FMH-Statistik unterscheidet somit nicht exakt zwischen der Tätigkeit im ambulanten und im stationären Bereich. Die Angabe «Ärzte mit Praxistätigkeit» enthält etwas mehr Ärzt/innen, als effektiv im ambulanten Bereich tätig sind. Die genaue Höhe der Differenz kann nicht eruiert werden, sie fällt jedoch umso höher aus, je mehr Ärzt/innen an Spitälern beschäftigt sind (nach Rüefli 2004, 17).

Abbildung 2: Ärzt/innen mit Praxistätigkeit gruppiert in Grundversorgertitel und Spezialarztiteln



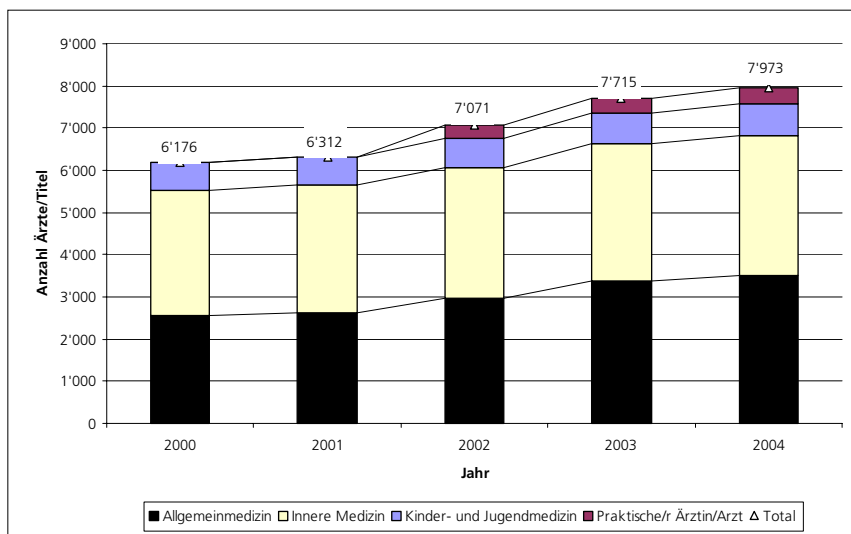
Anmerkung: Ärzte, die mehrere Fachtitel führen, werden in allen entsprechenden Rubriken gezählt  
 Quelle: FMH-Ärztetätigkeit 2000-2004, Ärzte mit Praxistätigkeit nach Fachgebiet; eigene Darstellung

Den starken Zuwachs zwischen 2002 und 2004 von rund 15 Prozent bei beiden Kategorien führt die FMH unter anderem auch auf die verbesserten Erhebungsmethoden zurück. Zwischen 2003 und 2004 betrug der Zuwachs noch rund 3 Prozent, wobei die Zahl der Titelträger/innen der hausärztlichen Versorgung etwas stärker wuchs als jene der spezialärztlichen (3.3% versus 3.0%).

Auch das schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) stützt sich in seiner Zusammenstellung auf die Datengrundlage der FMH. Obsan gibt den Bestand an Hausärzten (Definition hier: Allgemeinmedizin, Allgemeine Innere, ohne Facharztitel) in der Schweiz mit 4'800 oder 0.66 Hausärzten/1'000 Einwohner/innen an (Obsan, 2004, 5.12. Allgemeinpraktiker in privater Praxis).

In **Abbildung 3** wird schliesslich eine Untergliederung der Ärzt/innen bzw. der Titel innerhalb der Grundversorgertitel vorgenommen.

Abbildung 3: Grundversorger/innen (Titel) mit Praxistätigkeit nach Fachgebieten 2000-2004



Anmerkung: Ärzte, die mehrere Fachtitel führen, werden in allen entsprechenden Rubriken gezählt  
 Quelle: FMH-Ärztetätigkeit 2000-2004, Ärzte mit Praxistätigkeit nach Fachgebiet; eigene Darstellung



Der Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» wurde im Jahr 2002 neu geschaffen (vgl. hierzu Abschnitt 3.1.3 zu den Rahmenbedingungen).

**Tabelle 7** zeigt die prozentuale Verteilung im Bereich der Grundversorgertitel für die Jahre 2002 und 2004. Für das Jahr 2004 resp. 2005 werden noch zwei weitere Quellen beigezogen. Aus der FMH-Statistik lässt sich im Zeitverlauf eine leichte Verschiebung von der Inneren Medizin hin zur Allgemeinmedizin erkennen. Vorauf die Unterschiede zwischen der FMH-Statistik und der Befragung von Monnier beruhen, ist schwierig zu sagen. Es ist anzunehmen, dass sich unter den Titelträger/innen der Inneren Medizin mehr Ärzt/innen gefunden haben, die sich nicht den Grundversorger/innen zurechnen als unter den Titelträger/innen der Allgemeinmedizin. Die Daten aus dem Kanton Zürich (AGZ) wiederum zeigen im Vergleich zur FMH-Statistik vor allem einen hohen Anteil an Praktischen Ärzt/innen, während der Anteil der Allgemeinen Inneren Medizin geringer ist. Auf Grund der kleinen Übersicht ist anzunehmen, dass die kantonalen Unterschiede in der Verteilung beträchtlich ausfallen können.

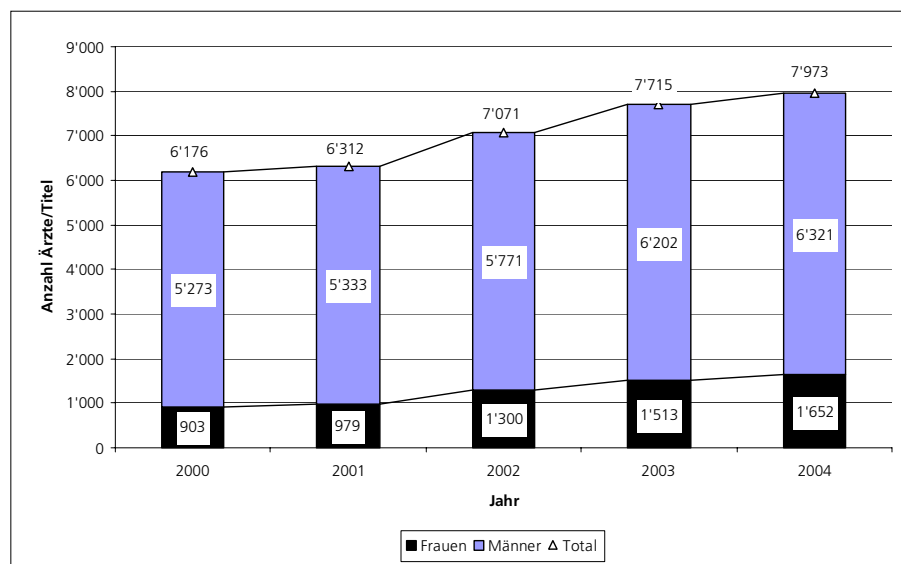
Tabelle 7: Prozentuale Verteilung der Ärzte/Titel im Bereich Grundversorger/innen

Facharztstitel	FMH-Statistik (Titel)		Erhebung in der Romandie	Erhebung Kanton Zürich AGZ
	2002	2004	2004	2005
Allgemeinmedizin	42%	44%	57%	45%
Allgemeine Innere Medizin	44%	42%	30%	32%
Kinder- und Jugendmedizin	10%	10%	13%	9%
Praktische/r Ärztin/Arzt	5%	5%	(nicht erfasst)	14%
Total	100%	100%	100%	100%

Quelle: FMH-Ärztestatistik 2004; Monnier (2004), Médecins de premier recours en Suisse romande, 782; Regierungsrat des Kantons Zürich (2005), 4

In **Abbildung 4** wird schliesslich noch der Frage nach dem Geschlecht der Ärzt/innen resp. der Titelträger/innen im Bereich der Grundversorger/innen nachgegangen.

Abbildung 4: Grundversorger/innen (Titelträger) mit Praxistätigkeit nach Geschlecht 2000-2004



Anmerkung: Ärzte, die mehrere Fachtitel führen, werden in allen entsprechenden Rubriken gezählt  
 Quelle: FMH-Ärztestatistik 2000-2004, Ärzte mit Praxistätigkeit nach Fachgebiet; eigene Darstellung

Festzuhalten ist, dass männliche niedergelassene Ärzte gegenüber weiblichen klar in der Mehrheit sind. Jedoch zeigt sich im Zeitverlauf eine stetige Zunahme der Ärztinnen. Betrug ihr Anteil an den Grundversorger/innen (gemessen an den getragenen Titeln) im Jahr 2000 noch 15 Prozent, so erreicht er im Jahr

2004 bereits 21 Prozent. Durch den Umstand, dass vermehrt Frauen in einem Beruf arbeiten, wächst erfahrungsgemäss die Bedeutung der Teilzeitarbeit. Diesen Sachverhalt kann die FMH-Statistik, wie erwähnt, nicht berücksichtigen.

### 4.1.2 Santésuisse-Datenpool

#### Grundlagen

Artikel 56 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verlangt von den Versicherern, dass sie die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer/innen überprüfen. Als Datengrundlage für die Verfahren ziehen die Versicherer Auswertungen der Rechnungsstellerstatistik (RSS) bei. Die RSS basierte bis 1999 auf einem Datensatz, welche die Versicherer über ihren Verband Santésuisse (früher Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer KSK) aufgebaut hatten.

Ausgelöst durch die Anforderungen, welche von der Einführung des TARMED bzw. damals geplanten Einführung einer Administrativdatenbank durch das Bundesamt für Sozialversicherung ausgingen, entschloss man sich bei den Versicherern und Santésuisse, eine grundsätzlich neu konzipierte Datenbank aufzubauen, den Santésuisse-Datenpool. Für das Jahr 2000 wurden die Daten erstmals nach dem neuen Schema erfasst. Offiziell ist der Datenpool seit 2001 in Betrieb. Um eine möglichst lange Zeitreihe zur Verfügung zu haben, wurden die Versicherer gebeten, auch die Jahre 1997 bis 1999 nachträglich nach den neuen Richtlinien des Santésuisse-Datenpools aufzuarbeiten (vgl. Noth/Spycher 2002).

Nach eigener Aussage ist im Schweizer Gesundheitswesen keine Datensammlung so umfassend und aktuell wie der Santésuisse-Datenpool (vgl. Santésuisse Datenpoolbroschüre 2004). Mehr als zwei Milliarden Datensätze, die z.B. über die Leistungserbringer/innen, die Leistungs- und Prämienabrechnungen der Versicherten etc. informieren, stehen zur Verfügung. Zurzeit hat der Datenpool eine Marktabdeckung von 97.4 Prozent der in der Schweiz versicherten Personen (Bertschi 2005). Die Grundlagen des Datenpools sind in **Tabelle 8** übersichtsartig zusammengestellt.

Für unsere Fragestellung interessant ist insbesondere der Statistikbereich «Leistungserbringer»<sup>17</sup>, welcher Santésuisse die Kostenkontrolle bei Spitälern, Ärzt/innen, Physiotherapeut/innen etc. ermöglicht. Im Datenpool werden alle durch die beteiligten Versicherer erfassten Rechnungen zusammengeführt. Grundlage für die einheitliche Erfassung der Rechnungen ist das Zahlstellenregister (ZSR). Es sind jedoch nur diejenigen Leistungen enthalten, die die Versicherten an die Krankenkassen einsenden oder durch die Leistungserbringer direkt bei den Versicherern in Rechnung gestellt werden. Neben den nicht eingesandten Rechnungen sind auch die von der OKP nicht vergüteten Leistungen nicht im Datenpool enthalten. Dies sind zu einem Grossteil Leistungen der übrigen Versicherer (Sozialversicherungen, Privatversicherungen) und von den Patienten selbst bezahlte Leistungen. Bei einem Vergleich der von den Ärzt/innen im Jahr 2002 erbrachten Bruttoleistungen (inkl. selbstdispensierter Medikamente) des Datenpools (5.425 Mia. CHF) mit denjenigen des BFS (8.240 Mia. CHF) ermittelt Bertschi (2005) eine Abdeckung des Datenpools in Bezug auf sämtliche ärztlichen Leistungen von 66 Prozent.

Rüefli (2004, 18, gestützt auf Eggli 2003) ortet in Bezug auf das Zahlstellenregister von Santésuisse folgende Probleme: Diese Datenbank beinhaltet die Abrechnungsnummern der bei Santésuisse registrierten Leistungserbringer und dient einzig administrativen Zwecken. Die ZSR-Nummer erfasst als Einheit nicht Personen oder Organisationen sondern Rechnungssteller. Das hat zur Folge, dass mehrere Personen sich

---

<sup>17</sup> «Leistungserbringer» = Rechnungssteller = nach KVG zugelassene Leistungsanbieter im Gesundheitswesen unterteilt nach Obergruppen (Ärzte, Spitäler etc.) und Untergruppen (Allgemeinpraktiker, Chirurgen etc.).

eine einzelne ZSR-Nummer teilen oder einzelne Leistungserbringer/innen je nach Tätigkeit über mehrere Nummern abrechnen können. Da das Register nicht statistischen Zwecken dient, wird es nicht systematisch nachgeführt und kann somit auch nicht mehr aktive bzw. verstorbene Leistungserbringer/innen enthalten. Die Kategorisierung der Ärzt/innen richtet sich zudem nach tarifrelevanten Kriterien und stimmt nicht notwendigerweise mit den FMH-Fachtiteln überein. Auch das ZSR-Register enthält keine Angaben über den Beschäftigungsgrad von Leistungserbringer/innen, ermöglicht dagegen Aussagen über das Fakturierungsvolumen der Träger/innen einer Abrechnungsnummer. Zu beachten ist ebenfalls, dass viele Leistungserbringer/innen erst einige Jahre nach Erhalt der kantonalen Betriebsausübungsbewilligung eine ZSR-Nummer beantragen, was die Aussagekraft dieses Indikators weiter einschränkt.

Tabelle 8: Grundlagen Santésuisse-Datenpool

Datenproduzent/in	Santésuisse, Solothurn.
Rechtsgrundlage	Der Datenpool basiert auf einer privatrechtlichen Vereinbarung zwischen Santésuisse und anerkannten Krankenversicherer. Grundsätzlich gelten für den Datenpool die gesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Datenschutz DSG.
Erhebungszweck	Der Datenpool dient den Krankenversicherern als Brancheninformationssystem, um Aussagen über das Verhalten von Versichertengruppen und von Leistungserbringern sowie über die Kosten- und Prämienentwicklungen zu machen. Er besteht aus drei Teildatenbanken: Rechnungssteller-Statistik, Versicherten-Leistungs-Statistik, Versicherten-Ergebnis-Statistik.
Datentyp	Aggregierte Daten basierend auf den Daten der Personen, die bei einem dem Datenpool angeschlossenen anerkannten Krankenversicherer versichert sind.
Befragte	Die dem Datenpool angeschlossenen anerkannten Krankenversicherer.
Erhebungstyp	Teilerhebung bezogen auf die anerkannten Krankenversicherer. Die Erhebung beschränkt sich auf die dem Datenpool angeschlossenen Mitglieder (n = 75, Stand 2003). Nicht erfasst sind 14 OKP und 8 (ausschliesslich) Taggeld-Versicherer. Einige kleinere Krankenversicherer sind hauptsächlich wegen der fehlenden Infrastruktur noch nicht beim Datenpool angeschlossen.
Erhebungsart	Administrativdaten.
Variablen	Die dem Gesundheitsobservatorium zugänglichen Daten beschränken sich auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG (OKP). Der Datenpool besteht aus drei Teildatenbanken (Cubes): 1) Die Rechnungssteller-Statistik umfasst die Kostenzusammensetzung und -entwicklung der einzelnen medizinischen Leistungserbringer gemäss dem Zahlstellen-Register Santésuisse. Die erbrachten Leistungen lassen sich nach Standortkanton und Leistungserbringer-Gruppe (z.B. Ärzte, Spitäler, Apotheken, Spitex, Chiropraktoren, Laboratorien etc.) vergleichen. 2) Die Versicherten-Leistungen-Statistik zeigt die Kostenentwicklung mit Blick auf Patienten-Informationen wie Altersgruppe, Geschlecht, Wohnkanton, Versicherungsmodell und Leistungserbringer-Gruppe auf. Die kleinste statistische Einheit ist die 5-Jahres-Alter-Geschlecht-Gruppe. 3) Das Versicherten-Ergebnis umfasst die Erfolgsrechnung (Vergleich der Prämieinnahmen mit den Ausgaben/Leistungen) für die einzelnen Versichertengruppen. Letztere können nach Wohnkanton, Alter, Geschlecht, Versicherungsmodell und Franchisestufe differenziert werden.
Räumliche Eingrenzung	Gesamtschweizerische Angaben, Differenzierung bis auf kantonale Ebene möglich.
Zeitreihe	Erhebungsjahre 1997-2004, seit 1999 monatliche Erhebung.
Elektronische Verfügbarkeit: Speichersoftware	Importseite: SQL-DB auf SQL-ServerFront-End-Seite: Cognos Power Play; Daten als Power-Cubes (Rohdaten im CSV-Format: nicht direkt auswertbar)
Elektronische Verfügbarkeit: Abfragesoftware	Cognos Power Play
Publikationen	- Santésuisse-Rechnungssteller- und Versichertenstatistik - Diverse Publikationen (Pressemitteilungen, Zahlen und Fakten (Fact Sheet), Publikation Brennpunkt, info-santésuisse - Graphik-Datenbank auf Extra-Net ( <a href="http://www.santesuisse.ch">www.santesuisse.ch</a> )
Website	<a href="http://www.santesuisse.ch">www.santesuisse.ch</a>

Quelle: Strub et al. (2004)

### Auswertungen des Datenpools durch die Arbeitsgruppe «Ärztstatistik»

2004 und 2005 hat eine 10-köpfige Arbeitsgruppe «Ärztstatistik», in welcher die FMH, das Obsan, das BAG, die GDK, Santésuisse und auch das Büro BASS vertreten sind, versucht, auf der Grundlage des Datenpools eine plausible Methode zur Ermittlung der Vollzeitäquivalente bei den Ärzt/innen zu entwickeln. Die komplexe statistische Methode ist in **Tabelle 9** übersichtsartig dargestellt.

Tabelle 9: Methodisches Vorgehen der Arbeitsgruppe «Ärzttestatistik» zur Ermittlung der Ärztezahlen bzw. der ärztlichen Versorgung

Die von der Gruppe erarbeitete Ärzte-Definition (Ärztedemographie) stellt auf die ZSR-Nummer (**Zahlstellenregister Santésuisse**, Rechnungsstellerstatistik) ab. Die ambulante Spitalversorgung wird vorerst ausgeklammert, weil die Methodik, mit welcher die Vollzeitäquivalente bei den Ärzten ermittelt wird, auf die Spitäler nicht anwendbar ist: Die Spitäler und die dort behandelten Fälle sind zu verschiedenen (Bezirksspital, Unispital, psych. Klinik), um einen einheitlichen Grenzwert für alle Spitäler festzulegen.

Die Expertengruppe hat sich für folgende **Methode der Berechnung** geeinigt:

**1. Betrachtungsgrössen: Erkrankte und Grundleistungen:** Betrachtet werden die Anzahl Erkrankte und die Anzahl Grundleistungen pro Arzt. Datengrundlage ist der Datenpool. Weil im Datenpool nicht alle Krankenversicherer enthalten sind (Abdeckungsgrad ca. 95%), müssen die Daten anhand des Risikoausgleiches auf 100% hochgerechnet werden. Die **Erkrankten** sind definiert als diejenigen Patienten eines Arztes, welche innerhalb eines Kalenderjahres mindestens einmal beim betreffenden Arzt in Behandlung waren. Die **Grundleistungen** ergeben sich aus der Summe der Konsultationen und Hausbesuche eines Arztes während eines Kalenderjahres. Reine Kostendaten (z.B. Bruttoleistungen) werden nicht betrachtet, weil der Versorgungsgrad eines Arztes nicht von dessen Kosten abhängt. Die Aussage: «Je höher die Kosten eines Arztes, desto höher ist auch sein Versorgungsgrad» gilt nicht a priori.

**2. Nullwertkorrektur:** Im Datenpool sind jeweils fünf Jahre abgebildet. Daher kommt es vor, dass Ärzte mit Aufgabe oder Aufnahme der Praxistätigkeit innerhalb dieser fünf Jahre in einem oder mehreren Jahren keine Erkrankten und Grundleistungen hatten. Für die folgenden Berechnungen müssen für jedes einzelne Betrachtungsjahr die Nullwerte gestrichen werden. D.h. Ärzte, welche innerhalb eines Kalenderjahres keine Erkrankten oder keine Grundleistungen hatten, werden von der Betrachtung im betreffenden Kalenderjahr ausgeschlossen.

**3. Ermittlung eines Arztes mit Vollzeit-Pensum resp. einer Versorgungseinheit:**

Die Methode zur Festlegung einer Versorgungseinheit wird separat für die Anzahl Grundleistungen und für die Anzahl Patienten durchgeführt. Durch eine Kombination dieser beiden Betrachtungsgrössen wird der Versorgungsgrad des einzelnen Arztes ermittelt. Ein «Vollzeit-Arzt» ist definiert als derjenige Arzt, mit dem 75igsten Perzentilwert seiner Vergleichsgruppe. Es muss für jede Vergleichsgruppe sowohl für die Anzahl Erkrankte als auch für die Anzahl Grundleistungen das 75igste Perzentil bestimmt werden. Weil sich die Anzahl der Erkrankten und der Grundleistungen pro Arzt je nach medizinischem Fachgebiet stark unterscheiden, müssen die einzelnen Facharztgruppen separat betrachtet werden. D.h. für jede Facharztgruppe werden separate 75-Perzentilwerte der Erkrankten und der Grundleistungen ermittelt. Die Facharzteinteilung der einzelnen Ärzte ist diejenige des Zahlstellenregisters (ZSR) und entspricht weitestgehend dem zuletzt erworbenen FMH-Titel. **Spezialfälle:** a) *Ausschluss gewisser Facharztgruppen:* Folgende Facharztgruppen werden ganz von der Betrachtung ausgeschlossen, weil entweder ihre Anzahl verschwindend klein ist oder sich die Fachrichtung nicht für die Tätigkeit in freier Praxis eignet: Arbeitsmedizin, Ärzte mit OKP-Sistierung, Ärzte ohne Praxis, Intensivmedizin, Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Medizinische Genetik, Nuklearmedizin, Pathologie, Pharmazeutische Medizin, Prävention und Gesundheitswesen, Radiologie, Radio-Onkologie/Strahlentherapie, Rechtsmedizin. b) *Facharztgruppen mit weniger als 50 Ärzten:* Um Aussagen über eine Verteilung machen zu können, muss die Verteilung genügend gross sein. Von der Annahme ausgehend, dass unter einer Anzahl von 50 Ärzten keine Aussage über die Verteilung gemacht werden kann, werden daher für die Bestimmung der Perzentilwerte aus den Facharztgruppen mit weniger als 50 Ärzten zwei Obergruppen gebildet: «Obergruppe Innere» (Allergologie und klinische Immunologie, Angiologie, Infektiologie, Nephrologie, Tropenmedizin- und Reisemedizin) und «Obergruppe Chirurgie» (Herz- und thorakale Gefässchirurgie, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Kinderchirurgie). c) *Gruppenpraxen:* Gruppenpraxen mit juristischer Körperschaft haben lediglich eine ZSR-Nummer. Da heute (noch) nicht bekannt ist, wie viele Ärzte in den jeweiligen Gruppenpraxen angestellt sind und welche medizinischen Fachbereiche sie ausüben, können für die Gruppenpraxen keine Perzentilwerte bestimmt werden. Um den Versorgungsgrad der Gruppenpraxen auszuweisen wird deshalb der 75-Perzentilwert der Allgemeinmediziner als Divisor zu Hilfe genommen. Falls genauere Daten zu den Fachgebieten einer Gruppenpraxis vorliegen (Datenquelle: FMH), kann auch ein anderer Divisor gewählt werden.

**4. Versorgungsgrad:** In erster Linie interessiert die regionale, medizinische Versorgung und nicht die Anzahl der berufstätigen Ärzte in freier Praxis (auf letztere Grösse wird unter Punkt 5 eingegangen). (a) *Berechnung des Versorgungsgrades jedes einzelnen Arztes:* Anhand der berechneten Perzentil-Werte wird in einem dritten Schritt für jeden Arzt ein Versorgungsgrad nach der Anzahl Erkrankten und nach der Anzahl Grundleistungen ermittelt. Die beiden Versorgungsgrade pro Arzt können sich je nach Behandlungsmethode unterscheiden. Daher müssen diese beiden Versorgungsgrade zusammengefügt werden. «Versorgungsgrad A: Betrachtung der Erkrankten»: Versorgungsgrad A wird anhand der Division der Anzahl der Erkrankten jedes Arztes durch den entsprechenden 75-Perzentilwert der Erkrankten ermittelt. «Versorgungsgrad B: Betrachtung der Grundleistungen»: Versorgungsgrad B wird anhand der Division der Anzahl der Grundleistungen jedes Arztes durch den entsprechenden 75-Perzentilwert der Grundleistungen ermittelt. «Gesamtheitlicher Versorgungsgrad eines Arztes»: Der eigentliche Versorgungsgrad eines jeden Arztes entspricht dem arithmetischen Mittel aus dem Versorgungsgrad A und dem Versorgungsgrad B. Die Perzentil-Werte werden jedes Jahr neu berechnet. Eine Versorgungseinheit ergibt sich aus dem Mittelwert des 75-Perzentil des Basisjahres 1998 und des 75-Perzentil des Betrachtungsjahres. (b) *Ermittlung der Versorgungseinheiten nach Facharztgebieten pro PLZ:* Die ermittelten Versorgungsgrade jedes einzelnen Arztes werden nach Facharztgruppe und nach Gemeinde (Gemeindenummer) aggregiert und in Tabellenform dargestellt.

**5. Anzahl ZSR-Nummern:** Neben der regionalen, medizinischen Versorgung interessiert in zweiter Linie auch, wie viele Ärzte diese Versorgung erbringen. Deshalb sollen pro Gemeinde und Facharztgebiet auch die Anzahl ZSR-Nummern ausgewiesen werden. Anhand der beiden Sichtweisen (ZSR-Nummern und Versorgungseinheiten) kann man sich dann ein Bild über die jeweiligen Arbeitspensum machen.

**Weiteres:** Die Gruppe hat Kenntnis von einer **kanadischen Studie, welche mit einer ähnlichen Methodik die Anzahl der Vollzeitäquivalente festlegt.**

Quelle: Protokoll der Arbeitsgruppe; Bertschi (2005)

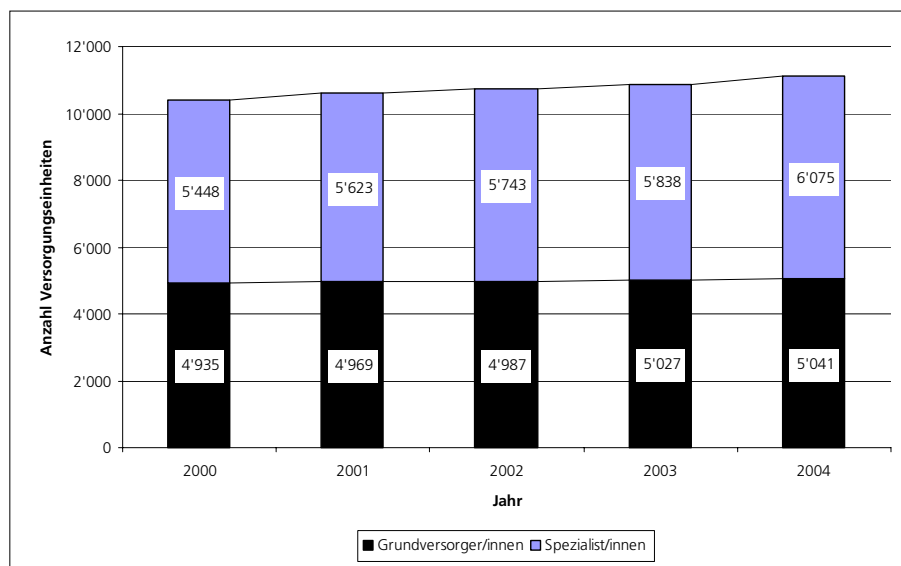
Die ärztliche Versorgung – wie sie die Arbeitsgruppe definiert hat – ergibt sich demnach aus der Mischung aus der Anzahl durchgeführte Konsultationen und Hausbesuche sowie aus der Anzahl der behandelten Patient/innen. Diese Angaben sind für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) im Santésuisse-

Datenpool enthalten. Das ärztliche Angebot resp. die ärztliche Versorgung wird also nicht in Arbeitsstunden, sondern in Leistungen ausgedrückt.

Eine Auswertung der durch die erwähnte Methode entwickelte Anzahl Versorgungseinheiten – 1 Versorgungseinheit entspricht näherungsweise einem Vollzeitarzt/einer Vollzeitärztin - ist in **Abbildung 5** dargestellt. Dabei werden die Facharztgruppen wie bei der Auswertung der FMH-Statistik in die beiden Kategorien Grundversorgertitel und Spezialarztstitel gegliedert. Als Grundversorgertitel gelten wiederum Allgemeinmedizin, Allgemein Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und Praktische/r Ärzt/in.

Insgesamt zeigt sich in den Jahren zwischen 2000 und 2004 eine Zunahme der Anzahl Versorgungseinheiten sowohl bei den Grundversorger/innen als auch bei den Spezialärzt/innen. Allerdings fällt der Zuwachs bei den Grundversorger/innen mit 2.1 Prozent (106 Versorgungseinheiten) wesentlich tiefer aus als bei den Spezialärzt/innen mit 11.5 Prozent (627 Versorgungseinheiten). Ausgeklammert aus der Betrachtung wurden die rechtlichen Gruppenpraxen, da eine Zuordnung nach Titeln hier nicht möglich ist. Mengemässig fällt diese Kategorie nicht so stark ins Gewicht (2000 72 Versorgungseinheiten, 2004 122 Versorgungseinheiten), jedoch weist sie insbesondere zwischen 2003 und 2004 ein sehr starkes Wachstum von knapp 70 Prozent auf.

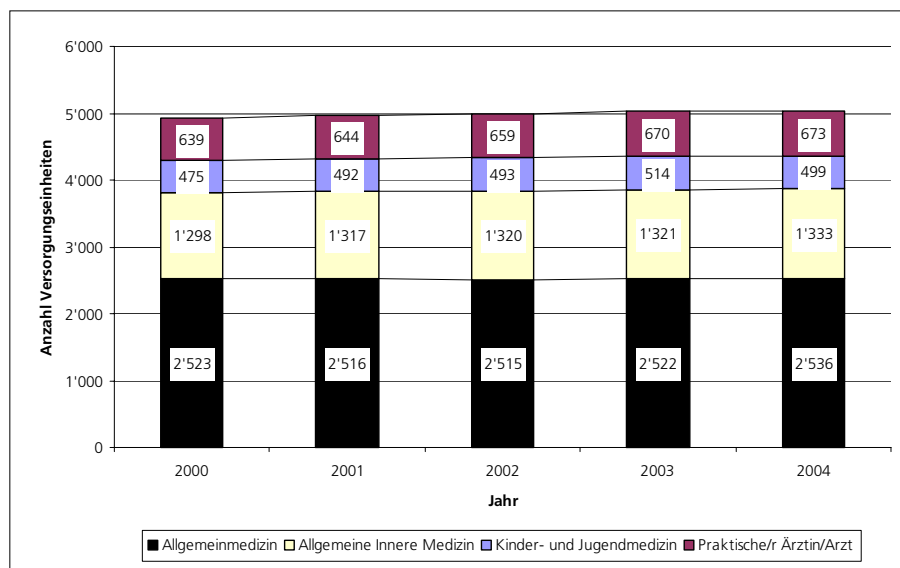
Abbildung 5: Versorgungseinheiten gruppiert in Grundversorgertitel und Spezialarztstitel 2000-2004



Quelle: Santésuisse-Datenpool, Bertschi (2005, 25)

Betrachtet man die Entwicklung innerhalb der Grundversorgertitel (nachfolgende **Abbildung 6**), zeigt sich, dass das Wachstum in den letzten vier Jahren insbesondere bei der Allgemeinmedizin unterdurchschnittlich war (0.5%, 13 Versorgungseinheiten), während die Allgemeine Innere Medizin einen Zuwachs von knapp 3 Prozent (35 Versorgungseinheiten) und die Kinder- und Jugendmedizin (24 Versorgungseinheiten) wie auch die Praktischen Ärzt/innen (34 Versorgungseinheiten) von gut 5 Prozent aufwiesen.

Abbildung 6: Versorgungseinheiten bei Grundversorger/innen (Titel) nach Fachgebieten 2000-2004



Quelle: Santésuisse-Datenpool, Bertschi (2005, 25)

Die Auswertungen nach der erwähnten Methode der Arbeitsgruppe «Ärztestatistik» könnten noch sehr weitgehend nach regionalen und anderen Kategorien differenziert werden. Während die bisherigen Ergebnisse erstmals einigermaßen verlässliche Zahlen über die Entwicklung der Anzahl Ärzt/innen im Sinne von näherungsweise Vollzeitäquivalenten liefert, kann die Frage der «hausärztlichen Versorgung» mit der Methode nicht abschliessend beantwortet werden, da sie auf die Einteilung der Facharzttitel nach FMH-Statistik abstützt (Titelträgeransatz, zuletzt erworbener Facharzttitel). Gewisse Unschärfen im Bereich Titelträger/innen und effektiver Tätigkeit in der Praxis bleiben also bestehen.

#### 4.1.3 Santésuisse-Tarifpool

Im Zuge der TARMED-Einführung entstand ab 2004 zusätzlich zum Santésuisse-Datenpool der so genannte Tarifpool. Er ergänzt die Leistungserbringer-Statistik des Datenpools mit detaillierteren Zahlen zu den einzelnen TARMED-anwendenden ambulanten Leistungserbringer/innen. Die Informationen lassen sich grundsätzlich nach vier Dimensionen auswerten: Tarifstruktur (Was?), Standortkanton (Wo?), Leistungserbringer/in (Bei wem?) und Patientengruppe (Für wen?).

Für unsere Fragestellung interessant ist vor allem eine Auswertung nach Leistungserbringer/in: Wie häufig verrechnen einzelne Leistungserbringer/innen welche Tarifposition? Damit sind grundsätzlich Aussagen über das Leistungsspektrum der einzelnen Ärzt/innen möglich (vgl. Kraft 2005, D'Angelo 2005).<sup>18</sup> Laut Santésuisse stünde der Tarifpool ab ca. Februar 2006 für entsprechende Auswertungen bereit, wobei Bertschi (2005, 12) die Hoffnungen stark abdämpft: «Die Verwendung von abgerechneten TARMED-Tarifpositionen zur Ermittlung der effektiven ärztlichen Tätigkeit ist aufgrund der zurzeit noch nicht flächendeckend vorhandenen Datengrundlagen nicht möglich und darüber hinaus sehr ambitiös.»

<sup>18</sup> Beispielsweise kann in den provisorischen Auswertungen (Stand 15. Juni 2005) ersehen werden, dass Allgemeinpraktiker/innen die Tarifposition «Psychiatrische Diagnostik, Einzeltherapie» im Tarifpool mit einem Volumen von über 1.92 Mio. CHF abgerechnet haben. Die Psychiater/innen, denen diese Tarifposition eigentlich vorbehalten ist, weisen ein Volumen von knapp 81 Mio. CHF auf. Bei Gynäkolog/innen liegt die «Diagnostik und Therapie der weiblichen Genitalorgane» mit 33% des über den Tarifpool verrechneten Gesamtbetrags zwar an der Spitze, wird aber dicht gefolgt von den Grundleistungen mit 31.4%.



Ein Problem des Tarifpool liegt in seinem im Vergleich zum Datenpool geringen Abdeckungsgrad in Bezug auf die Versicherer. Wegen des erforderlichen Betriebs eines Vorsystems sind manche noch nicht in der Lage, die erforderlichen Daten zu liefern. Der Abdeckungsgrad des Tarifpools liegt bezogen auf den Datenpool derzeit bei lediglich 40 Prozent (Stand 15. Juni 2005; Kraft 2005). Er sollte jedoch kontinuierlich steigen, insbesondere, weil ab dem 1. Januar 2006 die elektronische Rechnungsstellung obligatorisch sein wird. Und solange die Auswertungen mit relativen Kennzahlen vorgenommen werden, wäre die Aussagekraft der Tarifpool-Daten schon jetzt relativ gut.

Ein weiteres Problem des Tarifpools liegt wie beim Datenpool in den fehlenden Leistungsabrechnungen. Der Pool enthält nur diejenigen Leistungen, die die Ärzt/innen im Rahmen der OKP erbringen. Ärztliche Leistungen für die anderen Sozialversicherungen (Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung) oder auch für die Privat- resp. Zusatzversicherungen sind nicht vorhanden. Ebenfalls fehlen im Tarifpool die Arztrechnungen, die die Versicherten z.B. auf Grund einer hohen Franchise gar nicht an die Versicherer einreichen («Out-of-Pocket-Leistungen»).

#### 4.1.4 Trust Center der Ärzt/innen

Im Rahmen der TARMED-Einführung ab ca. 2003 entstanden in der Schweiz mehrere so genannte Trust Center. Derzeit sind 11 solche Center aktiv (z.B. Trust Center Aargau, <http://www.tc-aargau.ch>). Für mehr oder weniger jeden Kanton ist eine Bedienung möglich. Im Hintergrund der Trust Center stehen in der Regel die kantonalen Ärzteverbände, welche die Center als private Firmen (zumeist Aktiengesellschaften) betreiben (Neugründungen, Mandate an bestehende Firmen etc.).

Die Trust Center dienen als regionale Datensammelstellen und Dienstleistungszentren. Zweck ist es, die Ärzteschaft mit eigenen Statistiken zu versorgen und den elektronischen Datenaustausch zwischen Arztpraxen und Krankenversicherern einzuführen (geplant ab 2006). Die angeschlossenen Arztpraxen übermitteln elektronische Kopien ihrer Patientenrechnungen an die Center und beziehen dafür Statistiken über ihre ärztliche Tätigkeit, den so genannten Praxisspiegel. Ebenfalls leiten die Trust Center die durch ihre Kund/innen autorisierten Daten zu einer nationalen Konsolidierungsstelle (NewIndex) weiter, damit auf nationaler Ebene das Ziel der Datenparität erreicht werden kann. In einer späteren Phase sollen die Trust Center als Archivierungsstelle für die elektronischen Rechnungskopien den elektronischen Datentransfer im «Tiers Garant» dienen, und zwar durch ein «Holprinzip» der Krankenkassen (die Rechnungskopien können - sofern eine vertragliche Grundlage dafür besteht - von Krankenversicherern elektronisch abgeholt und digital verarbeitet werden).

Politisch haben die Trust Center das Ziel die Position der Ärzteschaft zu stärken. Die Ärzt/innen bzw. die Verbandsvertretungen wollen über eigene Daten verfügen und unter anderem damit verhindern, dass der TARMED-Punktwerte nur auf Grund der Daten der Krankenversicherer angepasst wird.

Ein Vorteil der Trust Center-Daten besteht darin, dass – im Gegensatz zum Tarifpool der Santésuisse grundsätzlich sämtliche ärztliche Leistungen erfasst werden können, also auch solche welche für andere Versicherungen wie SUVA oder IV erbracht werden. Ebenfalls können die Leistungen erfasst werden, welche die Patienten auf Grund der Franchise aus der eigenen Tasche bezahlen.

Die Probleme bei den Trust Center-Daten dürften hingegen in der derzeit noch unsicheren Abdeckung liegen. Für die Ärzteschaft besteht keine Verpflichtung, sich an ein Trust Center anzuschliessen oder sämtliche elektronischen Rechnungen in des System einzuspeisen. Unsicher ist natürlich auch der Zugang zu den Trust Center-Daten für unabhängige Datenauswerter/innen.

### 4.1.5 Eidgenössische Betriebszählung

#### Grundlagen

Die Betriebszählung (BZ) ist eine gesamtschweizerische Befragung aller Betriebe und Unternehmen des Industrie- und Dienstleistungssektors (ohne Landwirtschaft). Ziel ist die vollständige Erfassung aller wirtschaftlichen Produktionseinheiten unter ökonomischen, sozialen und räumlichen Gesichtspunkten. Die Zählung aktualisiert das Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) und dient als Referenz für eine Reihe von Statistiken des Bundesamtes für Statistik. **Tabelle 10** gibt eine Übersicht über die Grundlagen der Betriebszählung.

Tabelle 10: Grundlagen der Betriebszählung (BZ) des Bundesamtes für Statistik

Datenproduzent/in	Bundesamt für Statistik BFS, Neuchâtel, in Zusammenarbeit mit den regionalen statistischen Ämtern (Auskunfts- und Mahnwesen).
Rechtsgrundlage	Bundesstatistikgesetz, Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes.
Erhebungszweck	Es handelt sich um eine Strukturhebung der Unternehmen und Arbeitsstätten mit ihren Beschäftigten. Sie dient der Aktualisierung des Betriebs- und Unternehmensregisters und liefert Stichprobengrundlagen und Eckwerte für andere Statistiken.
Datentyp	Betriebsdaten von Schweizer Unternehmen und Arbeitsstätten in der Schweiz.
Befragte	Schweizer Unternehmen und Arbeitsstätten in der Schweiz. Erfasst werden Arbeitsstätten mit einer Mindestwochenarbeitszeit von 20 Stunden.
Erhebungstyp	Vollerhebung aller Schweizer Unternehmen und Arbeitsstätten in der Schweiz. (n im Jahre 2001 = 317'739 Unternehmen und 382'979 Arbeitsstätten).
Erhebungsart	Schriftliche Befragung mit telefonischer Mahnung. Stichtag ist jeweils Ende September des Zähljahres.
Variablen	Anzahl Arbeitsstätten. Anzahl Beschäftigte nach Geschlecht, Herkunft und Beschäftigungsgrad, evtl. Umsatz und Bilanzsumme der Unternehmen.
Räumliche Eingrenzung	Gesamtschweizerische Angaben, eine Differenzierung ist bis auf Gemeindeebene möglich.
Zeitreihe	Erhebungsjahre ab 1905, seit 1985 harmonisierte Daten. Die Erhebung erfolgt alle 3 bis 4 Jahre.
Elektronische Verfügbarkeit: Speichersoftware	Oracle-DB
Elektronische Verfügbarkeit: Abfragesoftware	SQL, SAS
Publikationen	Spezialstudie zu Gesundheitswesen durch Sektion GES des BFS. Allgemeine Studien zur Beschäftigung.
Website	www.statistik.admin.ch

Quelle: Strub et al. (2004)

Harmonisierte Daten der Betriebszählung sind seit 1985 verfügbar. Die letzte Betriebszählung fand 2001 statt. Die nächste Betriebszählung wird im Herbst 2005 durchgeführt werden. Diese wird die letzte Vollerhebung sein. Danach werden nur noch Stichprobenerhebungen durchgeführt.

Die wirtschaftliche Tätigkeit der in der BZ erfassten Unternehmen wird nach der Allgemeinen Systematik der Wirtschaftszweige (NOGA) klassifiziert. Die Klassifikation enthält relativ grobe Kategorien. In Bezug auf unsere Fragestellung zur Entwicklung im Grundversorgungsbereich findet sich in den früheren Betriebszählungen nur die Betriebskategorie «Arztpraxen». Nach der Revision der NOGA im Jahr 2002 wurden die Arztpraxen in die zwei Kategorien unterteilt (vgl. hierzu **Tabelle 11**):

- Praxen von Ärzten für Allgemeinmedizin;
- Praxen von Fachärzten.

Gemäss Auskunft von Herrn Wüthrich vom Bundesamt für Statistik wurden die Betriebszählungs-Daten nach der Revision rückwirkend auf das Jahr 1998 harmonisiert. Vor diesem Hintergrund sollten für die beiden genannten Praxiskategorien Daten für die Jahre 1998 und 2001 verfügbar sein. Ab ca. Herbst 2006 würden dann auch die Zahlen für 2005 vorliegen.

Tabelle 11: NOGA-Klassifikation im Bereich Arztpraxen

NOGA-Code/-Abt.	Titel	Beschreibung
<b>85</b>	<b>Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen</b>	
<b>85.1</b>	<b>Gesundheitswesen</b>	
<b>85.12</b>	<b>Arztpraxen (ohne Zahnarztpraxen)</b>	
<b>85.12A</b>	<b>Praxen von Ärzten für Allgemeinmedizin</b>	<p>Diese Art umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultations- und Behandlungstätigkeiten von Allgemeinpraktikern in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Die Patienten werden in der Regel ambulant oder im Hause des Patienten behandelt und gegebenenfalls an Fachärzte überwiesen.</li> </ul> <p>Diese Art umfasst nicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tätigkeiten von Psychotherapeuten und Psychologen</li> <li>- Tätigkeiten von Physiotherapeuten, Heilgymnastikern, Elektrotherapeuten, Masseuren</li> <li>- Aktivitäten der Krankenschwestern und Hebammen</li> <li>- sonstige Aktivitäten der nicht-ärztlichen Medizinalberufe</li> </ul>
<b>85.12B</b>	<b>Praxen von Fachärzten</b>	<p>Diese Art umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultations- und Behandlungstätigkeiten von Fachärzten und Chirurgen in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Inbegriffen sind auch Konsultationstätigkeiten von Privatärzten in Krankenhäusern sowie Tätigkeiten in Kliniken, die Unternehmen, Schulen, Altersheimen, Gewerkschaften und Wohltätigkeitsvereinen angeschlossen sind. Die Patienten werden in der Regel ambulant behandelt.</li> </ul> <p>Diese Art umfasst ferner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tätigkeiten von Chiropraktikern, Psychiatern usw.</li> <li>- ärztliche Aufsichtstätigkeit bei Röntgeninstituten und radiotherapeutischen Instituten</li> </ul> <p>Diese Art umfasst nicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tätigkeiten von Psychotherapeuten und Psychologen</li> <li>- Tätigkeiten von Physiotherapeuten, Heilgymnastikern, Elektrotherapeuten, Masseuren</li> <li>- Aktivitäten der Krankenschwestern und Hebammen</li> <li>- sonstige Aktivitäten der nicht-ärztlichen Medizinalberufe</li> </ul>

Quelle: BFS 2002, NOGA, 161f.

Gemeinschaftspraxen werden in der BZ laut Herrn Wüthrich als 1 Arbeitstätte gezählt, was zu einer Unterschätzung der Ärzt/innenzahlen führt. Die BZ findet als Vollerhebung statt. Die Teilnahme der Betriebe ist obligatorisch (es werden Mahnungen und Bussen verteilt). Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass sämtliche Arbeitsstätten erfasst sind. Die Zuordnung zu den beiden Praxiskategorien «Allgemeinpraktiker» und «Facharzt» wird gemäss Herrn Wüthrich durch die befragten Ärzt/innen vorgenommen.

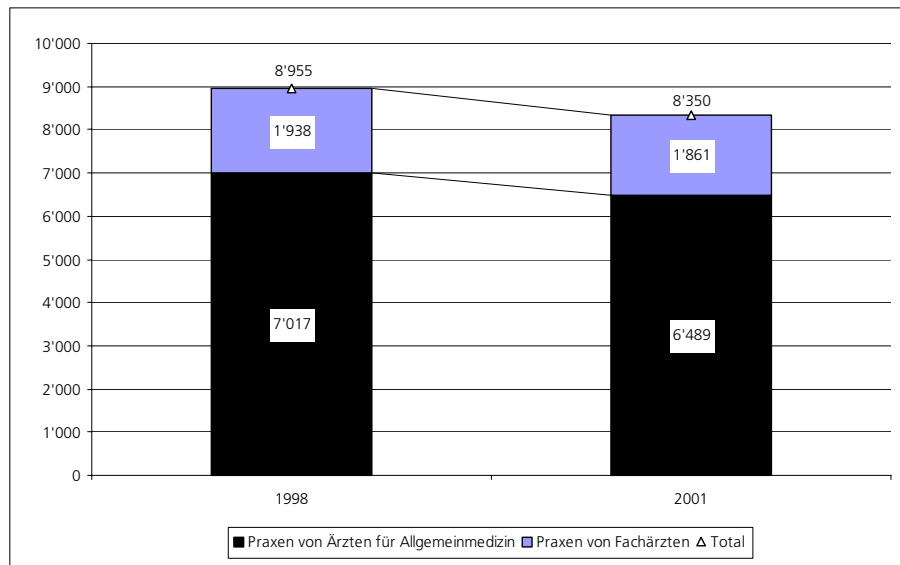
### Kurzauswertung der Betriebszählung 1998 und 2001

Nachfolgend werden die Daten der Betriebszählung 1998 und 2001 zu den beiden NOGA-Codes 85.12A und 85.12B bzw. «Praxen von Ärzten für Allgemeinmedizin» und «Praxen von Fachärzten» ausgewertet. Differenziertere Auswertungen nach Regionen können im Rahmen der Vorstudie nicht vorgenommen werden, wären auf Grund der Daten jedoch möglich.

Insgesamt zählt die Betriebszählung für die Jahre 1998 und 2001 8'955 bzw. 8'350 Arztpraxen. Das Verhältnis zwischen den beiden Praxistypen «Allgemeinmedizin» und «Fachärzte» betrug im Jahr 1998 78.4 zu 21.6 Prozent und im Jahr 2001 77.7 zu 22.3 Prozent. Es ist also eine leichte Verschiebung in Richtung «Praxen von Fachärzten» ersichtlich.

Wie **Abbildung 7** zeigt hat die Anzahl der Arbeitsstätten resp. Praxen zwischen 1998 und 2001 insgesamt abgenommen. Wurden 1998 total noch 8'955 Praxen gezählt, so waren es 2001 nur noch 8'350. 2001 finden sich 528 Praxen von Ärzt/innen für Allgemeinmedizin weniger als noch 1998, was einer Abnahme von 7.5 Prozent entspricht. Bei den Praxen von Fachärzt/innen war der Rückgang geringer. Diese gingen um 77 Arbeitsstätten resp. 4 Prozent zurück. Angesichts der Diskussion der «Mengenausweitung» resp. gesteigerten Nachfrage im Gesundheitswesen erstaunen die Zahlen der Betriebszählung.

Abbildung 7: Anzahl Arztpraxen nach Praxistyp laut BZ 1998 und 2001

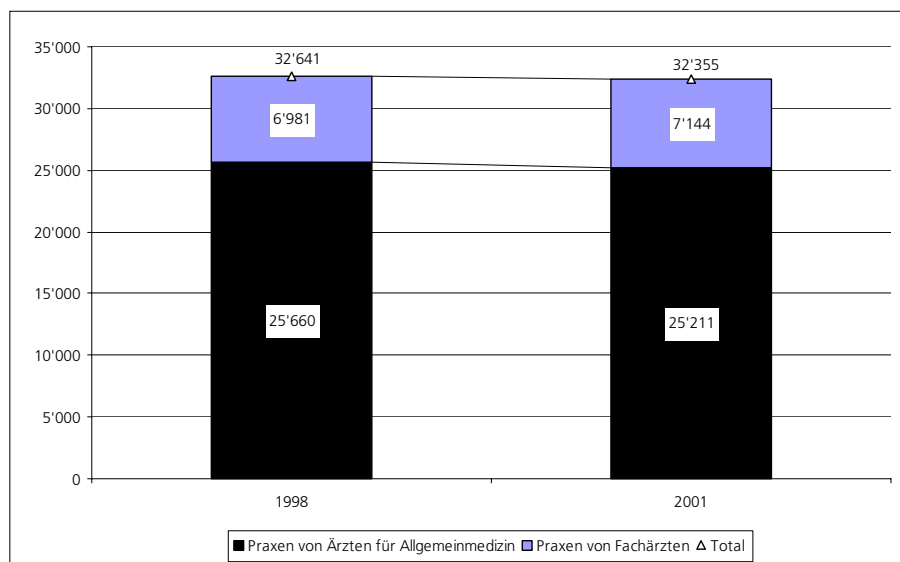


Quelle: BFS, Betriebszählung 1998 und 2001

Eine Unschärfe liegt darin, dass Gemeinschaftspraxen als eine Arbeitsstätte erfasst werden. Der Trend zu Gemeinschaftspraxen kann also anhand der BZ nicht abgebildet werden. Eine Nachfrage beim Bundesamt für Statistik ergab keine weiteren Erklärungen, welche die Abnahmen auf eine Änderung in der statistischen Erfassung o.ä. zurückzuführen würden.<sup>19</sup>

In **Abbildung 8** ist die Entwicklung der in den Arztpraxen beschäftigten Personenzahl dargestellt. Dabei handelt es sich um alle in den Praxen Beschäftigten, also um Ärzt/innen, Praxisassistent/innen etc. Einzige Bedingung ist, dass die Arbeitsstätte eine Mindestarbeitswoche von 20 Stunden aufweisen muss.

Abbildung 8: Anzahl in den Arztpraxen beschäftigte Personen laut BZ 1998 und 2001



Quelle: BFS, Betriebszählung 1998 und 2001

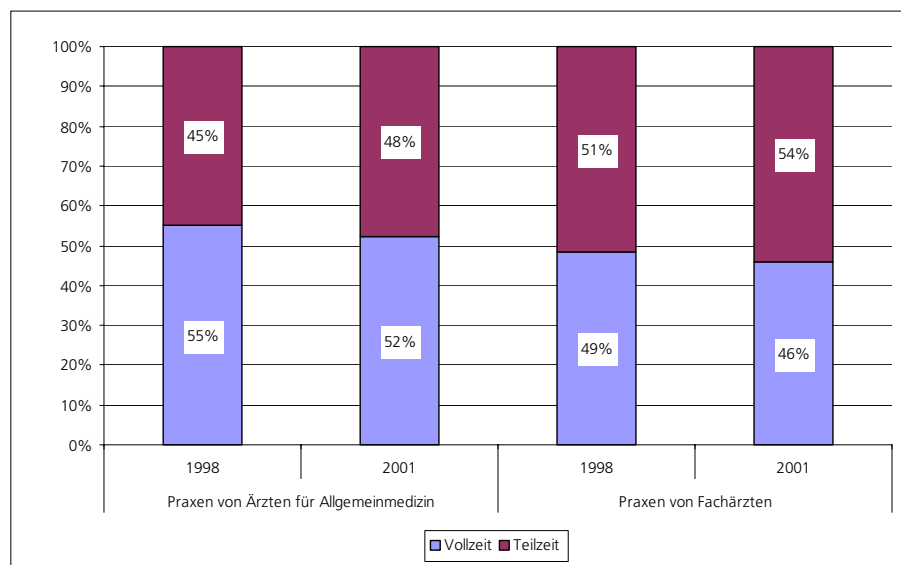
<sup>19</sup> Nach Herrn Kurt Wüthrich, Auskunftsdienst der Betriebszählung, der uns die BZ-Daten freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat, sollten die Angaben korrekt sein und für beide Jahre nach demselben Muster erhoben worden sein. (Tel. 26. Mai 2005).

Laut Betriebszählung sind demnach in den Arztpraxen zwischen 32'000 und 33'000 Personen beschäftigt. Ähnlich wie bei der Anzahl Arztpraxen ist in der betrachteten Periode auch bei den Beschäftigten ein – wenn auch nur leichter - Rückgang festzustellen. Insgesamt ging die Beschäftigtenzahl von 32'641 auf 32'355 zurück. Bei den Praxen von Ärzt/innen für Allgemeinmedizin war ein Rückgang um 449 Personen oder 1.7 Prozent festzustellen. Hingegen verzeichneten die Arztpraxen von Fachärzten beim Personal ein Zunahme um 163 Personen oder 2.3 Prozent.

Eine Interpretation in Bezug auf die Anzahl Ärzt/innen ist schwierig, da sich Verschiebungen in der Zusammensetzung der Praxisbelegschaft zwischen den beiden Zeitpunkten nicht abbilden lassen. Einerseits könnte jedoch vermutet werden, dass eine Zunahme der Ärztezahlen wie sie in der FMH-Statistik ausgewiesen wird, auch zu einer Vergrößerung der Beschäftigtenzahlen führen müsste und umgekehrt. Andererseits könnte sich durch einen Trend von Praxiszusammenlegungen der statistische Personalbestand auch verringern (gemeinsame Sekretariate, Rationierungen etc.).

Betrachtet man die Beschäftigten in den Arztpraxen nach ihrem Beschäftigungsgrad, so lässt sich folgendes festhalten (**Abbildung 9**): In den Praxen von Ärzten für Allgemeinmedizin ist die Vollzeitarbeit verbreiteter als in den Praxen von Fachärzten (1998: 55% versus 49%). Im Zeitverlauf ist jedoch bei beiden Praxistypen eine Zunahme der Teilzeitarbeit erkennbar (Allgemeinmedizin: von 45 auf 48%, Fachärzte: von 51 auf 54%).

Abbildung 9: In Arztpraxen beschäftigte Personen nach Beschäftigungsgrad laut BZ 1998 und 2001



Quelle: BFS, Betriebszählung 1998 und 2001

Ein Auswertung der Beschäftigten nach Geschlecht hat gezeigt, nahezu drei von vier in den Arztpraxen beschäftigten Personen weiblich sind. Dabei arbeiten Frauen gegenüber Männern erwartungsgemäss vermehrt Teilzeit. Zwischen den beiden Praxistypen lassen sich keine Unterschiede feststellen. Hingegen ist eine leichte Zunahme der weiblichen Beschäftigten im Zeitverlauf ersichtlich (von 72 auf 73%), und zwar wiederum in beiden Praxistypen.

## 4.1.6 Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE

### Grundlagen

Im Rahmen der Vorstudie wurde auch überprüft, ob allenfalls die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) des Bundesamtes für Statistik als mögliche Datenquelle für unsere Fragestellung beigezogen werden könnte. Das BFS führt die SAKE seit 1991 regelmässig durch. Sie dient der Erfassung der Erwerbstruktur und des Erwerbsverhaltens der Wohnbevölkerung in der Schweiz und bildet die Hauptquelle für die Erstellung einer Erwerbstätigenstatistik (BFS 2004). **Tabelle 12** zeigt die Grundlagen der SAKE.

Tabelle 12: Grundlagen der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) des Bundesamtes für Statistik

Datenproduzent/in	Bundesamt für Statistik BFS, Sektion Erwerbsleben und Arbeitsmarkt, Neuchâtel.
Rechtsgrundlage	Verordnung über die Durchführung statistischer Erhebungen vom 30. Juni 1993 (SAKE wird im Anhang der Verordnung namentlich genannt).
Erhebungszweck	Die Erhebung dient der Ermittlung der Erwerbsstruktur und des Erwerbsverhaltens der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz.
Datentyp	Individualdaten der ständigen Schweizer Wohnbevölkerung.
Befragte	Ständige Wohnbevölkerung der Schweiz ab 15 Jahren.
Erhebungstyp	Stichprobenerhebung bei der Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Es handelt sich um eine geschichtete Zufallsstichprobe. Poststratifizierung (Nachschichtung) nach soziodemografischen Merkmalen gemäss Bevölkerungsstatistik. Die Erhebung ist auf Personen in Privathaushalten beschränkt.
Erhebungsart	Telefonische Befragung von Personen in Privathaushalten. Rotierendes Panel in fünf Wellen.
Variablen	Ausgewiesen werden zahlreiche soziodemografische, sozioprofessionelle und sozioökonomische Merkmale der Zielpersonen.
Räumliche Eingrenzung	Gesamtschweizerische Angaben, eine Differenzierung ist bis auf die Ebene der Grossregionen möglich.
Zeitreihe	Erhebungsjahre 1991-2004, jährliche Erhebung im 2. Quartal.
Elektronische Verfügbarkeit: Speichersoftware	SAS, SPSS, Rohdaten
Elektronische Verfügbarkeit: Abfragesoftware	s. oben
Publikationen	BFS-Aktuell (ehemals SAKE-News), Pressemitteilungen, Standardtabellen
Website	www.statistik.admin.ch

Quelle: Strub et al. (2004)

Seit 2002 wurde die SAKE-Stichprobe stark aufgestockt und teilweise mit Sonderstichproben ergänzt (z.B. 2004 Zusatzstichprobe bei Ausländer/innen). Der Stichprobenumfang betrug 2000: 17'750 Personen, 2001: 18'750 Personen, 2002: 41'300 Personen, 2003: 57'700 und 2004: 54'250 Personen.

Der gelernte resp. der ausgeübte Beruf wird in der SAKE ab 2002 mit der überarbeiteten Schweizer Berufsnomenklatur 2000 (SBN 2000) erfasst (vgl. **Tabelle 13**). Leider ist die Erfassung der Berufe für unsere Fragestellung zu wenig differenziert.

Tabelle 13: Erfassung der Berufe in der SAKE nach der Schweizer Berufsnomenklatur 2000

Code	Beschreibung
<b>86</b>	<b>Berufe des Gesundheitswesens</b>
<b>861</b>	<b>Berufe der Humanmedizin und Pharmazie</b>
<b>861.01</b>	Ärzte/Ärztinnen
<b>861.02</b>	Medizinische Praxisassistenten/-assistentinnen, Arztgehilfen/-gehilfinnen
<b>861.03</b>	Apotheker/innen
<b>861.04</b>	Apothekerkhelfer/innen

Quelle: Bundesamt für Statistik, Schweizer Berufsnomenklatur 2000

### Kurzauswertung

Eine Kurzauswertung der SAKE 2004 hat ergeben, dass sich 258 aktive Ärzt/innen im Datensatz befinden. Werden diese mit dem Hochrechnungsgewicht (Querschnitt) auf die Schweiz hochgerechnet, erhält man



für 2004 28'587 aktive Ärzt/innen. Im Jahr 2002 befanden sich 210 aktive Ärzt/innen in der SAKE-Stichprobe. Hochgerechnet auf die Schweiz ergab dies 27'860 Ärzt/innen. Aus diesen Ergebnissen können allerdings noch keine statistisch abgesicherten Schlüsse über Entwicklung gezogen werden, da hierzu auch die Vertrauensintervalle resp. Bandbreiten der Hochrechnung berücksichtigt werden müssten.<sup>20</sup>

Wie erwähnt, ist für unsere Fragestellung die Differenzierung der Berufe zu wenig fein. Unter der Kategorie Ärzt/innen dürften sich auch solche in Weiterbildung etc. befinden. Eine Aufgliederung nach Facharzt-titeln, praktizierenden Ärzt/innen etc. ist nicht möglich. Allenfalls könnten weitere Differenzierung über die Erwerbssituation (selbständig, angestellt) vorgenommen werden. Von Interesse könnten allenfalls auch Auswertungen zum Beschäftigungsgrad sein, wobei bei einer detaillierten Ausdifferenzierung immer die geringen Fallzahlen zu berücksichtigen wären.

Ein generelles Problem bei Stichprobenerhebungen in der Bevölkerung bildet zudem der so genannte «Mittelstands-Bias». Gemeinhin lassen sich die unteren und oberen Ränder der Gesellschaft nur teilweise erfassen. Einkommensschwache Bevölkerungsschichten sind oft auf Grund von Sprachschwierigkeiten, Erreichbarkeit etc. untervertreten, einkommensstarke Schichten auf Grund von angegebenem Zeitmangel, Datenschutzvorbehalten etc. Die Berufsgruppe der Ärzt/innen dürfte der zweiten Kategorie angehören.

#### 4.1.7 Eidgenössische Volkszählung VZ

Die Eidgenössische Volkszählung des Bundesamtes für Statistik zeichnet die demografische, räumliche, soziale und wirtschaftliche Entwicklung der Schweiz seit 1850 nach. Ihre Ergebnisse dienen der Planung und Entscheidung in vielen Gebieten. Sie ist zudem unentbehrlich für die Auswertung von Stichprobenerhebungen (Gewichtung und Hochrechnung) sowie für Berechnungen im Zusammenhang mit anderen Statistiken. Die Periodizität der Volkszählung beträgt 10 Jahre.

Alle zum Erhebungszeitpunkt in der Schweiz wohnhaften Personen müssen einen Personenfragebogen ausfüllen. Die Volkszählung 2000 enthielt z.B. 21 Fragen, darunter auch einige zur Ausbildung, zum erlernten und gegenwärtig ausgeübten Beruf oder zur beruflichen Stellung. Die Berufe wurden entsprechende der Berufsnomenklatur codiert (ISCO-Gruppen), wie sie auch in der SAKE verwendet werden und weiter oben in **Tabelle 13** dargestellt sind. Die Differenzierung für unsere Fragestellung zu Grundversorgung ist also ungenügend.

Auf eine Kurzauswertung der Volkszählung musste im Rahmen der Vorstudie aus Aufwandgründen verzichtet werden. Es wäre z.B. die Aussage möglich, wie viele Ärzt/innen es 1990 oder 2000 in der Schweiz hatte. Durch eine Kreuzung mit der Variable zur beruflichen Stellung könnte grundsätzlich eine Unterscheidung in selbständige und angestellte Ärzt/innen vorgenommen werden. Ähnlich wie bei der SAKE - aber ohne Fallzahlen-Probleme - wären auch Auswertungen der Variablen zum Arbeitsort, Vollzeit-/Teilzeitarbeit, Abgrenzungen des Alters etc. möglich.

#### 4.1.8 Praxiseröffnungsinserte in der Schweizerischen Ärztezeitung

##### Grundlage

Eine etwas spezielle Datengrundlage zur Frage der Entwicklung der Ärztezahlen verwendet der Churer Allgemeinmediziner Franz Marty (2004, 2005). Das nationale Zahlstellenregister der Santésuisse oder die nationale Mitgliederstatistik der FMH würden keine Rückschlüsse auf die Anzahl der Praxiseröff-

---

<sup>20</sup> Das Büro BASS dankt an dieser Stelle Herrn Michael Kolly, BFS, für die Erlaubnis, die Kurzauswertungen vornehmen zu dürfen. Im Rahmen der Vorstudie sind keine vertiefteren Auswertungen der SAKE möglich

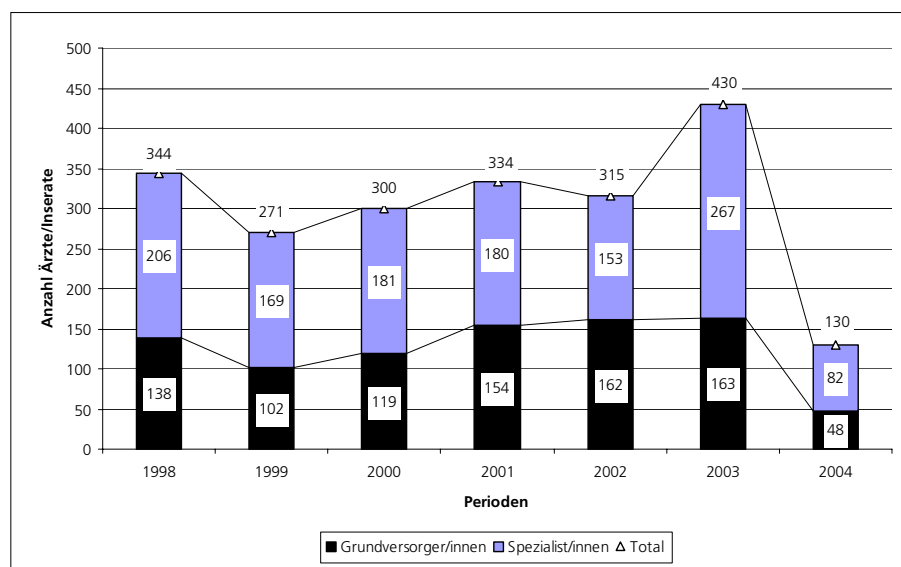
nungen erlauben. Eine Praxiseröffnung wird jedoch in aller Regel in der Schweizerischen Ärztezeitung unter der Rubrik «Personalien» mit Namen, Titel, Facharzt und Adresse publiziert. Laut FMH sei dies die verlässlichste Quelle für die Dokumentation von Praxiseröffnungen oder Übernahmen (Mitteilung von Ch. Kreyden, hier nach Marty et al. 2004).

Marty (2005) untersuchte die Zahl der frei praktizierenden Ärzt/innen anhand der in der Rubrik «Praxiseröffnungen» der Schweizerischen Ärztezeitung geschalteten Inserate u.a. von Mitte 1997 bis Ende 2004. Die analysierten Inserate sind Anzeigen der Aufnahme einer Praxistätigkeit, sei es in eigener Praxis, in einer Gemeinschafts-/Gruppenpraxis oder an einer Institution/Spital. Als Grundversorger/innen (Marty verwendet den Begriff «Hausärzte») definierte Marty Fachärzt/innen für Allgemeinmedizin, für Allgemeine Innere Medizin und Ärzt/innen ohne Facharztangabe. Der Rest bildete die Gruppe der Spezialärzt/innen - im Unterschied zu anderen Grundversorgertitel-Definitionen also inkl. Pädiatrie.

**Auswertungen**

In **Abbildung 10** sind die Ergebnisse der Auswertungen von Marty übersichtsartig dargestellt. Die Abbildung zeigt die Anzahl Ärzt/innen mit Aufnahme einer Praxistätigkeit pro Jahr. Zur Zeit der KVG-Revision (Art 55a) Ende 2000 und insbesondere nach der Einführung des Zulassungsstopps Mitte 2002 zeigen sich deutlich höhere Inseratezahlen. Im Jahr 2003 waren die Zahlen insbesondere bei den Spezialist/innen sehr hoch. Nach den Höhepunkten folgen in der Regel Perioden mit unterdurchschnittlichen Werten. So war insbesondere die Zahl der Hausärzte im Jahr 2004 sehr gering. Viele Hausärzt/innen, welche einen Übertritt in die Praxis auf 2004 planten, zogen es vor, noch 2002 oder 2003 unter altem Recht zu eröffnen (vgl. Abschnitt 3.2.1). Das Verhältnis von Grundversorger/innen zu Spezialist/innen pendelt zwischen 46 zu 54 Prozent (2001) und 37 zu 63 Prozent (2004). Im Schnitt über alle Jahre lag es bei 42 zu 58 Prozent.

Abbildung 10: Anzahl Praxiseröffnungen gemäss Inseraten in der Schweiz. Ärztezeitung 1998 bis 2004



Quelle: Marty (2005, 456), eigene Darstellung

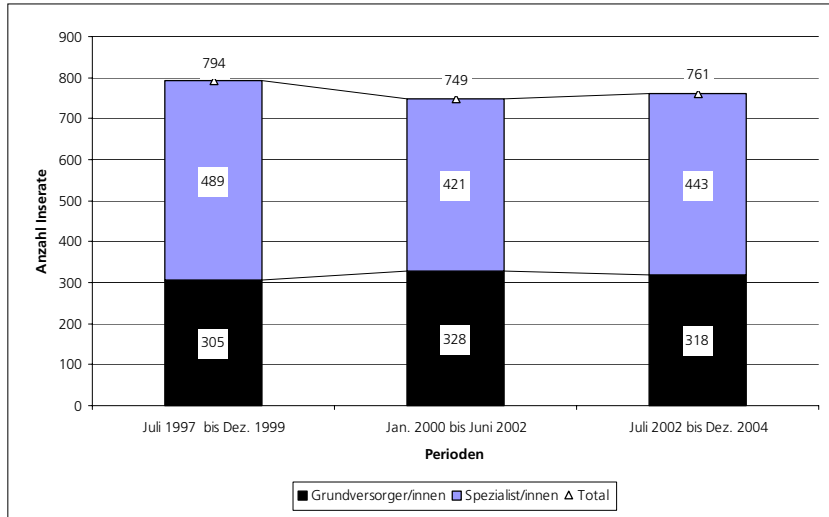
Nach Marty (2005) lässt sich die Entwicklung von Mitte 1997 bis 2004 in drei Abschnitte unterteilen. Um diese vergleichen zu können, gliederte er sie in drei zeitgleiche Intervalle von je zehn Quartalen:

- In der Periode von Mitte 1997 bis Ende 1999 erfolgten noch keine Diskussionen um Zulassungsbeschränkungen;

- Von Anfang 2000 bis Mitte 2002 kommt eine Periode, die geprägt ist von den Diskussionen um die KVG-Revision mit Einführung von Art 55a anfangs 2001;
- Die dritte Periode reicht von Mitte 2002 bis Ende 2004 und zeigt die Situation nach Einführung der Zulassungsbeschränkung.

Abbildung 11 zeigt eine Auswertung nach den erwähnten Perioden.

Abbildung 11: Praxiseröffnungen gemäss Schweiz. Ärztezeitung von Mitte 1997 bis Ende 2004

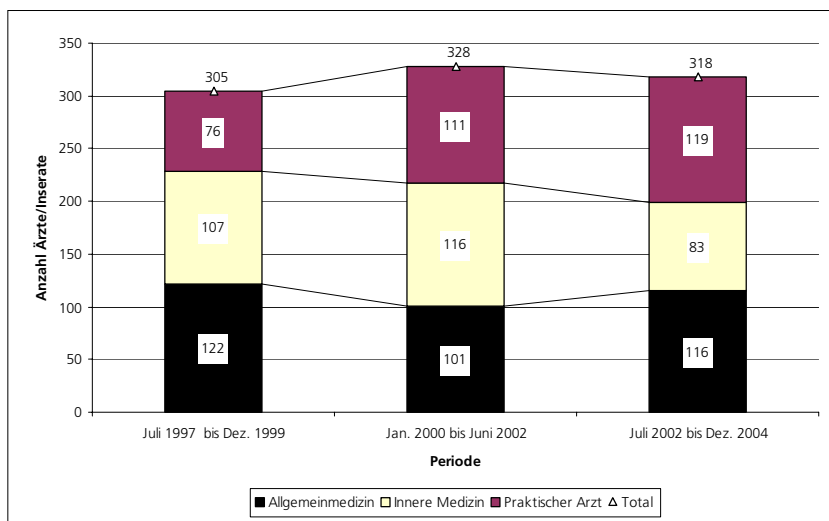


Quelle: Marty (2005, 456), eigene Darstellung

Die Auswertungen von Marty machen ebenfalls deutlich, dass in der untersuchten Zeitspanne (1.-3. Periode) der Frauenanteil klar zunimmt. Bei den Spezialärzt/innen von 23 auf 42 Prozent, bei den Hausärzt/innen von 32 auf 42 Prozent. Ein sehr hoher Frauenanteil besteht bei den Praktischen Ärzt/innen (50%).

Wie aus **Abbildung 12** hervorgeht, konnten sich die Allgemeinmediziner/innen zahlenmässig halten. Die Zahl der eröffnenden Allgemeininternist/innen ging dagegen im letzten Abschnitt um rund ein Drittel zurück. Erhöht hat sich in den letzten zwei Perioden vor allem die Zahl der Praktischen Ärzt/innen.

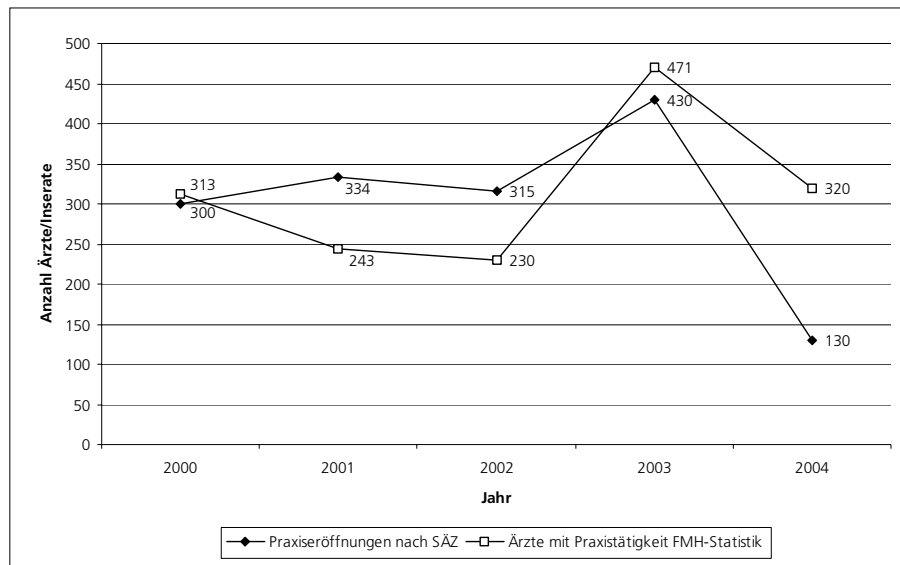
Abbildung 12: Praxiseröffnungen gemäss Schweiz. Ärztezeitung von Mitte 1997 bis Ende 2004 nach Grundversorgergruppen



Quelle: Marty (2005, 456), eigene Darstellung

In **Abbildung 13** schliesslich ist ein Vergleich sämtlicher Ärzt/innen mit Aufnahme der Praxistätigkeit anhand der Inserate in der Schweiz. Ärztezeitung mit den «Ärzten mit Praxistätigkeit» der FMH-Ärzttestatistik dargestellt. Es wird deutlich, dass es relativ grosse Unterschiede zwischen den Auswertungen der beiden Quellen gibt. Bei beiden ist jedoch ein klarer Anstieg zwischen 2002 und 2003 und einen ebenso klarer Rückgang zwischen 2003 und 2004 sichtbar. Insbesondere bei den Praxiseröffnungs-Inseraten ist im Jahr 2004 ein absoluter Tiefpunkt erreicht.

Abbildung 13: Praxiseröffnungen gemäss Schweiz. Ärztezeitung und Zuwachs der Ärzte mit Praxistätigkeit gemäss FMH-Ärzttestatistik 2000 bis 2004



Quelle: Marty (2005, 456), eigene Darstellung

Bereits früher hatte Marty die Auswirkung der Zulassungsstopps auf die Praxiseröffnungsinserte untersucht (Marty et al. 2004), und zwar für die Zeitspanne Januar 2000 bis Dezember 2003. Die Auswertungen sollen hier nicht weiter ausgeführt werden. Daneben untersuchte er auch die Zahl der zur Übernahme ausgeschriebenen Praxen: Im Jahr 2002 wurden in der Schweizerischen Ärztezeitung 526 Praxen ausgeschrieben, davon 218 Grundversorgerpraxen. Die Zahl der Praxisofferten 2002 insgesamt lag damit deutlich über der Zahl der festgestellten Praxiseröffnungen der vorangehenden Jahre. Den 218 im Jahre 2002 angebotenen Grundversorgerpraxen standen 162 entsprechende Praxiseröffnungen gegenüber. Marty schloss daraus, dass bereits vor Einführung des Zulassungsstopps ein Überangebot an Praxen bestand – oder ein Mangel an nachrückenden Ärzt/innen.

#### 4.1.9 Kantonale Register zu den Berufsausübungsbewilligungen

Die kantonalen Behörden führen ein Bewilligungsregister, in welchem die ausgestellten Berufsausübungsbewilligungen (BAB) für Ärzt/innen erfasst werden. Auf Grund der variierenden Gesetzgebung über die Ausübung von Medizinalberufen sind diese Register jedoch unterschiedlich aufgebaut und nach uneinheitlichen Kategorien gegliedert. So ist z.B. in machen Kantonen für die privatärztliche Tätigkeit im Rahmen einer Spitalanstellung eine BAB erforderlich, in anderen nicht. Die kantonalen Zahlen zu den beantragten und ausgestellten BAB beruhen von Kanton zu Kanton auf unterschiedlichen Grundgesamtheiten. Die Kantone erfassen zudem nur die Anzahl ausgestellter Bewilligungen pro Kategorie. Ob, wann und in welcher Form von dieser Bewilligung Gebrauch gemacht wird, kann in der Regel nicht festgestellt werden. Die Zahl der erteilten BAB gibt somit keine Auskunft über die effektive Tätigkeit der Leistungserbringer/innen. Stellt ein Arzt/eine Ärztin seine/ihre Aktivitäten ein oder verlagert sie in einen anderen Kanton,

schlägt sich das in den kantonalen Statistiken ebenso wenig nieder wie sein/ihr Beschäftigungsgrad. Ist ein Arzt/eine Ärztin in verschiedenen Funktionen tätig, kann es auch sein, dass er/sie über mehrere Bewilligungen verfügt. (Rüefli 2004, 18).

### 4.1.10 Kanton Genf, Projekt VISAGE, démographie médicale

Mit ihrem Projekt VISAGE (Valorisation de l'information sur la santé à Genève) erarbeitet die Gesundheitsdirektion des Kantons Genf ein Projekt, das für die Fragestellung der vorliegenden Vorstudie von Interesse ist. Ziel von VISAGE ist die Reduktion der Unsicherheit im Gesundheitsbereich durch das Sammeln, Verknüpfen, Analysieren und Strukturieren der verschiedenen verfügbaren Informationen und die Aufbereitung der Informationen zur Legitimierung und Unterstützung der Entscheidungsfindung. Hierzu wurde ein rund 30-köpfiges Projektteam geschaffen.<sup>21</sup>

Eines der Module des Projekts betrifft die «démographie médicale», für dessen Bearbeitung und Analyse eine eigene Softwarelösung besteht. Enthalten sind in den Daten unter anderem die Ärzt/innen nach Fachbereichen, Praxistätigkeit, Alter, Nationalität etc. Im Sinne von Alterspyramiden können einerseits pro Alterskategorie die Verteilung der Fachbereiche betrachtet werden oder auch die Verteilung der Altersklassen je Fachbereich. Auch die räumliche Verteilung der verschiedenen Praxen im Kanton kann bildlich dargestellt werden. Bisher war es offenbar nicht möglich, die Arbeitspensen der Ärzt/innen zu erheben, da sich die Ärzteschaft dagegen wehrt. Es bestehen Befürchtungen, dass unter Verwendung von Abrechnungsdaten Stundenlohnberechnungen o.ä. durchgeführt würden.

Im Rahmen der Vorstudie war keine Vertiefung zum Projekt Visage möglich. Vom Aufbau der Daten des Moduls «démographie médical» her ist jedoch davon auszugehen, dass hier die Daten der FMH-Statistik – mit den bereits erwähnten Mängel - verwendet werden.

## 4.2 Daten im Bereich Ausbildung und Weiterbildung

### 4.2.1 Weiterbildungsstatistik FMH

Nach dem 3. Staatsexamen bzw. nach dem 6. Studienjahr ist ein/e Humanmedizinstudierende/r zwar Arzt resp. Ärztin (vgl. hierzu den nachfolgenden Abschnitt 4.2.2). Damit ist in der Regel jedoch nur die Möglichkeit zur Weiterbildung bis zum Facharzt mit FMH-Titel erworben. Nach dem Studium folgt in der Regel eine Assistenzarztzeit, die durchaus an die zehn Jahre dauern kann.

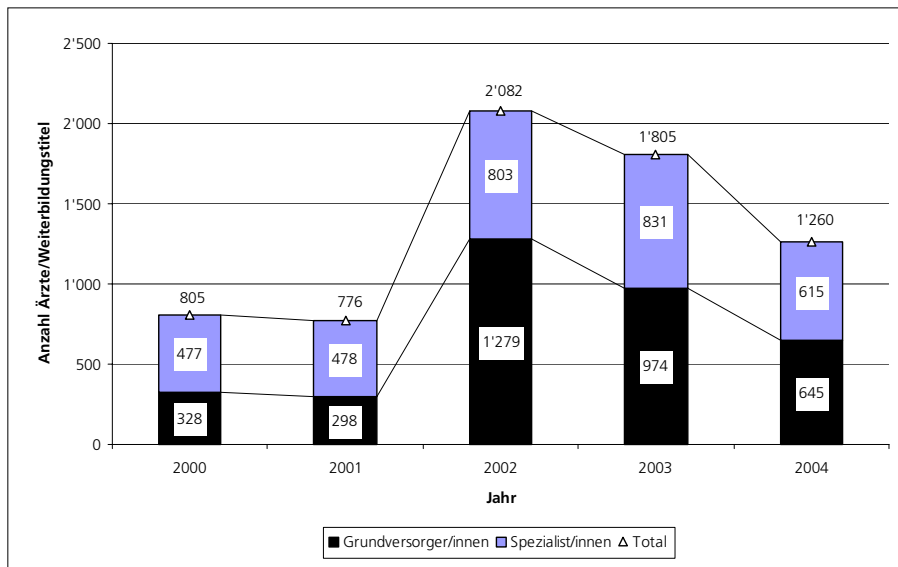
#### Kurzauswertung der Weiterbildungsstatistik FMH

Nachfolgend wird die FMH-Statistik zu den verliehenen Weiterbildungstiteln kurz ausgewertet. Die Interpretation der Grafiken ist nicht einfach, da die Verläufe verschiedene Brüche enthalten. Wie **Abbildung 14** zeigt, ist im Jahr 2002 ein sehr grosser Anstieg bei den Titelverleihungen zu verzeichnen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Ärzt/innen mit Praxistätigkeit, welche noch keinen Facharzttitel besaßen, diesen zu erleichterten Bedingungen erwerben konnten (vgl. Abschnitt 3.1.3). In die Weiterbildungsstatistik resp. das Zentralregister der FMH kamen auch die Personen hinzu, die ihre Weiterbildung im Ausland gemacht hatten und deren Diplom anerkannt wurden. In 2002 wurde der Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin» geschaffen. Dies führte dazu, dass das Verhältnis zwischen Grundversorgertiteln und Spezialarztstiteln zu Gunsten der Grundversorgertitel kippte.

---

<sup>21</sup> Die Quelle für die aufgeführten Informationen bildet eine Präsentation des Projekts (Folienset) im Obsan im Mai 2004.

Abbildung 14: Verleihte Weiterbildungstitel gruppiert in Grundversorgertitel und Spezialarztitel

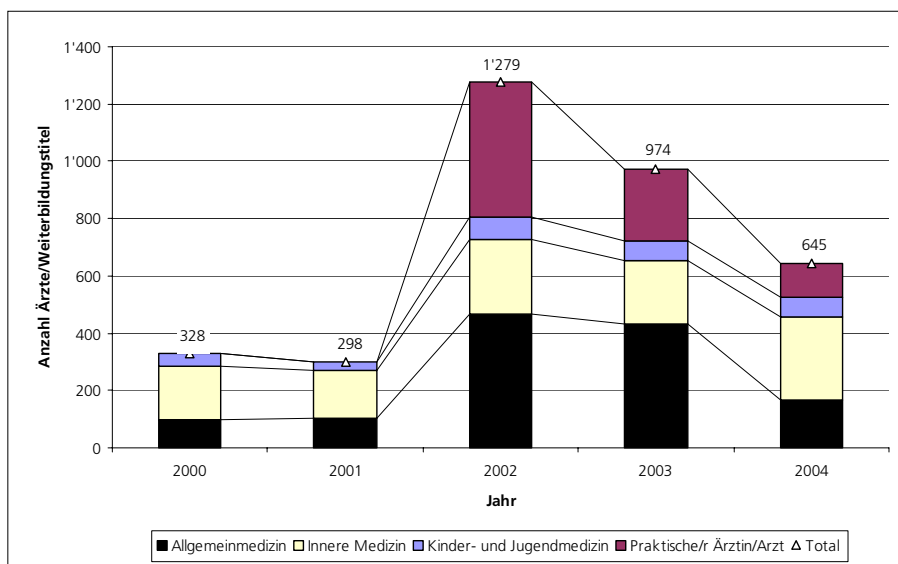


Quelle: FMH-Ärztestatistik 2000-2004, Verleihung von eidg. WB-/FMH-Facharztiteln; eigene Darstellung

Lag das Verhältnis in den Jahren 2000 oder 2001 noch bei rund 60 Prozent Spezialarztiteln gegenüber 40 Prozent Grundversorgertiteln, so war es im Jahr 2002 genau umgekehrt. Nach 2002 ging die Zahl der verliehenen Titel insgesamt wieder zurück. Dabei sank im Vergleich die Anzahl Grundversorgertitel stärker als diejenigen der Spezialist/innen. Betrug der Anteil der Grundversorgertitel 2003 noch 54 Prozent, so lag er 2004 noch bei 51 Prozent.

Wie aus **Abbildung 15** zu ersehen ist, nahmen vor allem die Verleihungen der Titel Allgemeinmedizin und Praktische/r Arzt/Ärztin stark ab, während die Innere Medizin eher zulegen konnte.

Abbildung 15: Verleihte Grundversorgertitel nach Fachgebieten



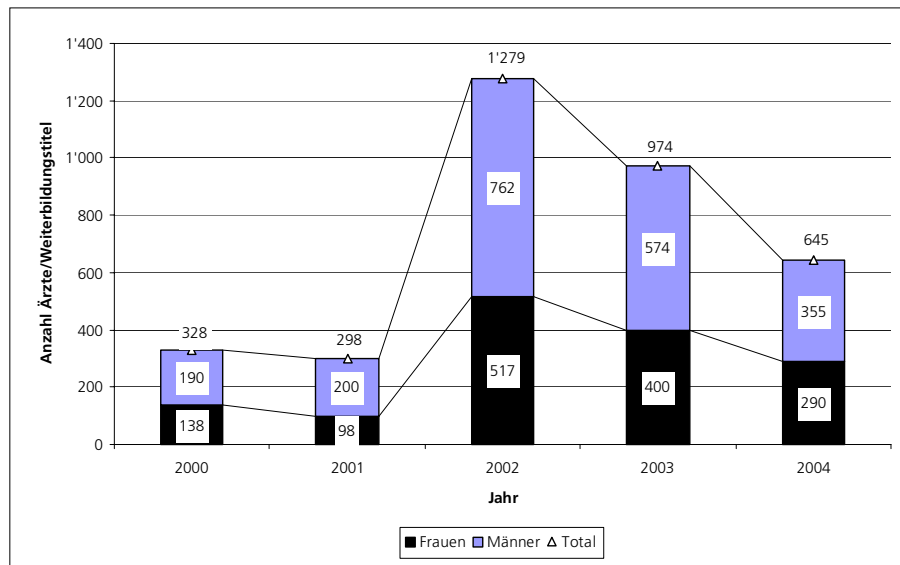
Quelle: FMH-Ärztestatistik 2000-2004, Verleihung von eidg. WB-/FMH-Facharztiteln; eigene Darstellung

In **Abbildung 16** schliesslich ist das Geschlecht der Titelträger/innen dargestellt. Wie bei den praktizierenden Ärzt/innen im Grundversorgerbereich sind die Frauen auch bei den entsprechenden Weiterbildungs-



verleihungen insgesamt noch in der Minderheit. Im Jahr 2001 lag ihr Anteil bei nur 33 Prozent. Bis zum Jahr 2004 ist ein Anstieg des Frauenanteils auf 45 Prozent festzustellen.

Abbildung 16: Verleihe Grundversorgertitel nach Geschlecht der Träger/innen



Quelle: FMH-Ärzttestatistik 2000-2004, Verleihung von eidg. WB-/FMH-Facharzttiteln; eigene Darstellung

#### 4.2.2 Medizinalprüfungsstatistik, Statistik der Studierenden

Im Bereich der Medizinalprüfungen und der Studierenden sind zwei, z.T. miteinander verbundene Datenbanken von Bedeutung: Die Datenbank der Eidgenössischen Medizinalprüfungen des Bundesamtes für Gesundheit und die Datenbank des Schweizerischen Hochschulinformationssystems (SHIS) des Bundesamtes für Statistik.

Bei beiden Datenbanken handelt es sich um Daten zur medizinischen (Grund)Ausbildung mit einem Abschluss auf der Stufe Lizentiat/Diplom resp. Staatsexamen sowie Doktorat. Differenziert wird lediglich in die Bereiche Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin und Pharmazie. Eine weitere Ausdifferenzierung findet auf dieser Stufe noch nicht statt. Die uns interessierende Ausdifferenzierung der Humanmedizin in Richtung Grundversorger/in / Spezialärztin/-arzt erfolgt in der Regel erst im Rahmen der Weiterbildungen zum Facharzt/zur Fachärztin und wird über die FMH geregelt und statistisch erfasst (vgl. den vorangehenden Abschnitt 4.2.1).

##### Datenbank Eidgenössische Medizinalprüfungen

Die Zuständigkeit für die Zwischen- und Schlussprüfungen der Studierenden der Fächer Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin und Pharmazie und für die Ausstellung der eidgenössischen Diplome liegt bei der Sektion Medizinalprüfungen des BAG. Die entsprechenden statistischen Daten werden jeweils dem seco und dem BFS geliefert und dem Schweizerischen Hochschulinformationssystem (SHIS) zugeführt.

Mit dem Inkrafttreten der bilateralen Verträge 2002 zwischen der Schweiz und der EU ist die Sektion Medizinalprüfungen des BAG ebenfalls verantwortlich für die Anerkennung von Weiterbildungstiteln und von im Ausland absolvierten Weiterbildungsperioden. Es führt eine fortlaufende Statistik zu den anerkannten Diplomen und Weiterbildungstiteln aus EU- und EFTA-Staaten (ausgestellte Bestätigungen). Stand 31. Dezember 2004 waren es z.B. 2'667 Arztdiplome und 1'584 Weiterbildungstitel, die bisher akzeptiert wur-

**4 Bestehende Daten zu den Entwicklungen im Grundversorgungsbereich**

den.<sup>22</sup> Die anerkannten Weiterbildungstitel können nach Fachbereichen differenziert werden. Mit Stand vom 31. März 2005 wurden bisher 455 Weiterbildungstitel im Bereich Grundversorgung (Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Praktische/r Ärztin/Arzt) bestätigt gegenüber 1'371 im Bereich Spezialärzt/innen, was einem Verhältnis von 25 Prozent Grundversorger/innen und 75 Prozent Spezialärzt/innen entspricht. Die Grundlagen der Statistik der Eidgenössischen Medizinalprüfungen sind in **Tabelle 14** dargestellt.

Tabelle 14: Grundlagen Eidgenössische Medizinalprüfungen (Datenbank Studierende)

Datenproduzent/in	Bundesamt für Gesundheit BAG, Eidgenössische Medizinalprüfungen, Bern.
Rechtsgrundlage	Bundesgesetz betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals FM PG, Art. 60. Allgemeine Medizinalprüfungsverordnung AMV, Art. 14.
Erhebungszweck	Die Datenbank dient der Organisation der eidgenössischen Medizinalprüfungen. Sie ermöglicht den Nachvollzug der Prüfungsleistungen und eine Übersicht über die anerkannten EU-Diplome und Weiterbildungstitel. Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (2006) wird ein neues Register entstehen.
Datentyp	Individualdaten der Kandidaten und Kandidatinnen der eidgenössischen Medizinalprüfungen.
Befragte	Schweizer Universitäten.
Erhebungstyp	Vollerhebung bezogen auf die Kandidaten und Kandidatinnen der eidgenössischen Medizinalprüfungen.
Erhebungsart	Administrativdaten. Die Datenerhebung erfolgt aufgrund der Anmeldung zum Examen oder der Meldung über die Prüfungsergebnisse.
Variablen	Namen, Vornamen, Adressen, Heimatorte, Jahrgang, Studenten-Matrikelnummer, Anzahl Prüfungsversuche, Prüfungsergebnisse, spezifische Angaben betreffend die Prüfungen, Anerkennungen von EU-Diplomen und Weiterbildungstitel.
Räumliche Eingrenzung	Gesamtschweizerische Angaben, eine Differenzierung ist nach den Schweizerischen Universitäten möglich.
Zeitreihe	Erhebungsjahre 1984-2004, laufende Erhebung.
Elektronische Verfügbarkeit: Speichersoftware	Oracle DB
Elektronische Verfügbarkeit: Abfragesoftware	MEDUSE ist eine Individualanwendung. Zusätzliche Auswertungen via SQL*Net resp. ODDC werden durch Informatik vorgenommen.
Publikationen	BFS (im Bereich Hochschulabschlüsse, AbsolventInnen-Studien (Beschäftigungssituation) FMH SSO
Website	www.bag.admin.ch

Quelle: Strub et al. (2004)

**Schweizerisches Hochschulinformationssystem, Bundesamt für Statistik**

Aus dem schweizerischen Hochschulinformationssystem (SHIS) sind folgende Daten ersichtlich:

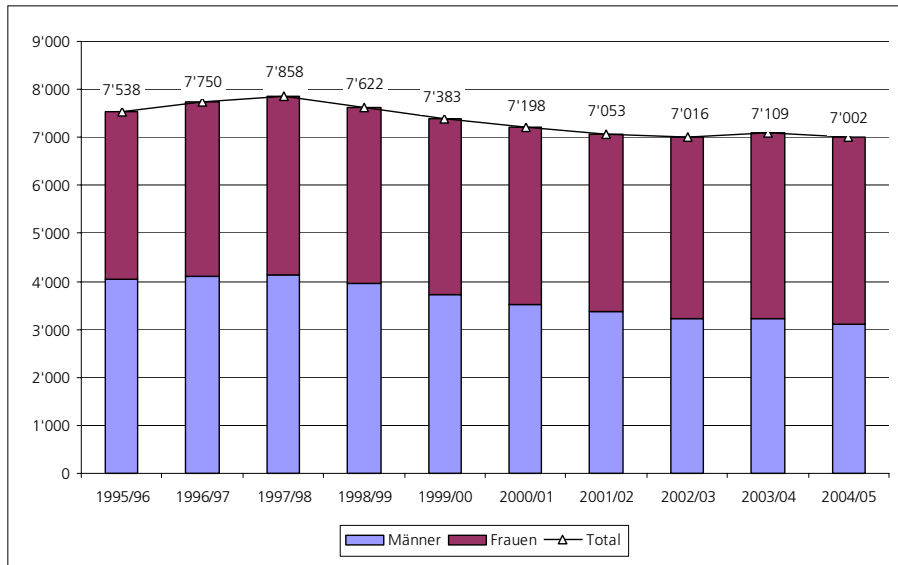
- Studierende in Humanmedizin,
- Studiumseintritte in Humanmedizin,
- Studiumsabschlüsse in Humanmedizin.

Nachfolgend wird eine kurze Auswertung der Hochschuldaten dargestellt. Auch wenn keine Ausdifferenzierung der Humanmedizin gemacht werden kann, so lassen sich doch gewisse Trends aus den Studierendenzahlen ersehen.

Wie **Abbildung 17** zeigt, hat die Zahl der Studierenden der Humanmedizin bis zum Studienjahr 1997/98 stetig zugenommen und mit 7'858 Personen einen Höchststand erreicht. Zur Brechung des Trends wurde ab 1998 für die Zulassung zum Medizinstudium ein Eignungstest (EMS) bzw. Numerus clausus angewendet (vgl. Abschnitt 3.2.5). In den nachfolgenden Jahren ging die Zahl der Medizinstudierenden zurück. Ab 2000/01 hat sie sich bei rund 7'000 bis 7'100 Studierenden eingependelt.

<sup>22</sup> Quelle: [http://www.bag.admin.ch/pruefungen/eu\\_diplom/d/eu\\_statist.pdf](http://www.bag.admin.ch/pruefungen/eu_diplom/d/eu_statist.pdf).

Abbildung 17: Studierende der Humanmedizin nach Geschlecht 1995/96 bis 2004/05

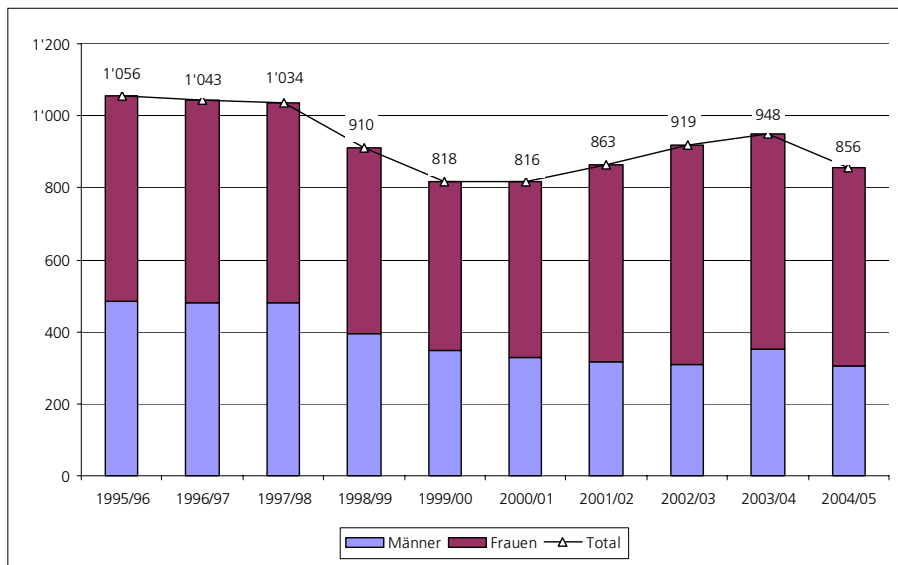


Quelle: BFS, Schweizerisches Hochschulinformationssystem (SHIS)

Erschwerend bei der Interpretation der Statistik ist, dass im Zeitraum 1998 bis 2003 infolge der Verkürzung der gymnasialen Ausbildung von 13 auf 12 Jahre so genannte «Doppeljahrgänge» entstanden, die kantonsweise wirksam wurden. Unabhängig davon lässt sich jedoch eine im Zeitverlauf klare Verschiebung zwischen den Geschlechtern ersehen. Waren im Studienjahr 1995/96 mit 54 Prozent noch die Mehrheit der Studierenden Männer, so macht ihr Anteil 2004/05 nur noch 44 Prozent aus.

**Abbildung 18** zeigt die Anzahl Studieneintritte in Humanmedizin auf der Stufe Lizentiat/Diplom. Der Verlauf ist ähnlich wie bei den Studierendenzahlen.

Abbildung 18: Studieneintritte in Humanmedizin auf Stufe Lizentiat/Diplom und Bachelor nach Geschlecht 1995/96 bis 2004/05



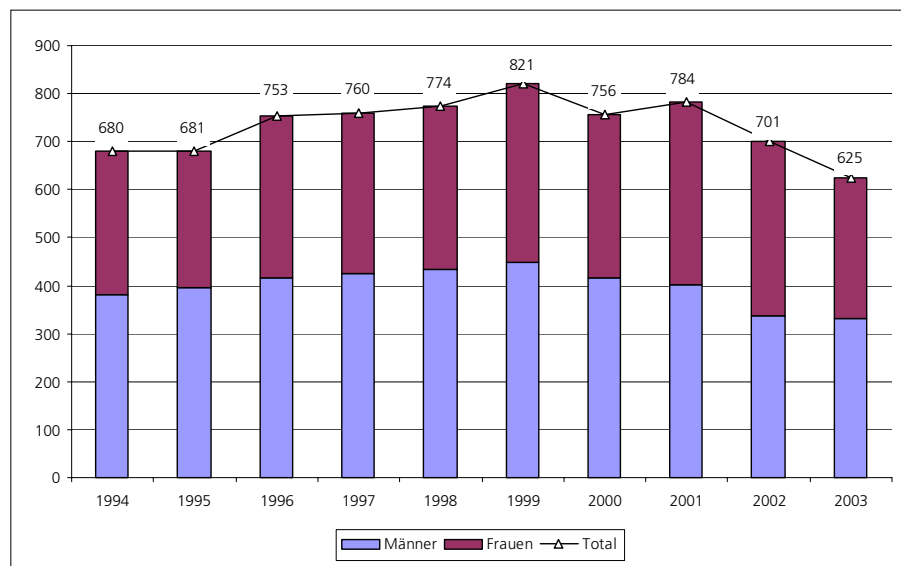
Quelle: BFS, Schweizerisches Hochschulinformationssystem (SHIS)

Nach der Einführung des Numerus clausus nahm die Zahl der Eintretenden deutlich ab und erreichte im Jahr 2000/01 einen Tiefstand von rund 800. Anschliessend nahmen die Eintritte - sehr wahrscheinlich im

Zuge von Doppeljahrgängen von Maturand/innen - bis zum Studienjahr 2003/04 wieder zu. Ab 2003/04 ist die Zahl der Eintritte wieder etwas zurück gegangen und liegt aktuell (2004/05) bei rund 850 Eintretenden. Wie bei der Zahl der Studierenden zeigt sich auch bei den Eintretenden ein klarer Trend in der Geschlechterverteilung. Bereits im Studienjahr 1995/96 stellten die Frauen mit 54 Prozent die Mehrheit der Studienanfänger/innen in Humanmedizin. Bis zum Studienjahr 2002/03 vergrösserte sich ihr Anteil auf rund zwei Drittel. Seit diesem Zeitpunkt schwankt der Anteil zwischen 63 und 64 Prozent.

In **Abbildung 19** schliesslich ist die Anzahl Studienabschlüsse in Humanmedizin auf der Stufe Lizentiat/Diplom von 1994 bis 2003 dargestellt.<sup>23</sup> Ähnlich wie die beiden vorangehenden Grafiken zeigt sich auch bei den Studienabschlüssen grob eine Zunahme bis 1998. 1999 stiegen die Abschlusszahlen noch einmal an. Die Einführung des Numerus clausus hat auf die Abschlüsse einen um rund 6 Jahre verzögerten Einfluss.<sup>24</sup> Es ist daher davon auszugehen, dass sich die Einführung des Numerus clausus ab dem Jahr 2003 auf die Abschlüsse auswirkt. Seit ca. 2001 ist die Zahl der Abschlüsse klar sinkend. 2003 findet sich die tiefste Abschlusszahl. In Bezug auf das Geschlechterverhältnis zeichnet sich bei den Abschlüssen zwar eine ähnliche Tendenz ab wie bei den Studierendenzahlen und den Studienbeginnenden. Jedoch ist dieser Trend durch die Zeitverzögerung noch viel weniger sichtbar. 1995 fielen 58 Prozent der Abschlüsse auf Männer, 2003 sind es noch 53 Prozent. Mit Ausnahme von 2002 bildeten die Männer durchwegs die Mehrheit. Betrachtet man die Verhältnisse bei den Studierendenzahlen und den Studienanfänger/innen, deuten die Abschlusszahlen darauf hin, dass bei Frauen Studienabbrüche eher mehr vorkommen als bei Männern. Dennoch dürfte sich das Geschlechterverhältnis für die Zukunft ändern, so dass auch bei den Medizinabschlüssen die Frauen den grösseren Anteil bilden werden.

Abbildung 19: Studienabschlüsse auf Stufe Lizentiat/Diplom in Humanmedizin nach Geschlecht 1994 bis 2003



Quelle: BFS, Schweizerisches Hochschulinformationssystem (SHIS)

<sup>23</sup> Die Abschlusszahlen von 2004 waren zum Zeitpunkt des Verfassens der vorliegenden Arbeit noch nicht verfügbar.

<sup>24</sup> Auf zwei Jahre vorklinisches Studium folgen vier Jahre klinische Ausbildung, sodass man in der Regel nach 6 Jahren das Staatsexamen abgeschlossen hat. Das Ärztstudium gehört mit zu den längsten Studien. Im Jahr 2003 betrug die durchschnittliche Studierendauer in der Humanmedizin 7.1 Jahre (Median 6.7 Jahre) (BFS 2004, hochschulindikatoren.tables.10304.html).

### 4.2.3 Ergebnisse aus Berufszielstudien

Eine wichtige Grundlage zur Abschätzung der dereinst zur Verfügung stehenden Zahl an Grundversorger/innen liefern Berufszielstudien bei Medizinstudierenden oder Ärzt/innen in der Weiterbildung. Für unsere Fragestellung interessant ist vor allem der Prozentanteil, der nach dem Studiums- oder Weiterbildungsabschluss als Grundversorger/in in der freien Praxis tätig sein möchte.

Im Rahmen des US-National Resident Matching Programs wurde im Jahre 2003 eine abnehmende Bereitschaft ermittelt, den Beruf des Hausarztes/der Hausärztin zu ergreifen. Eine Studie aus Deutschland verdeutlicht, dass bei jungen Mediziner/innen ein mangelndes Interesse besteht, in der kurativen Patientenversorgung tätig zu werden. Die Nachwuchsmediziner/innen suchten sich attraktivere Berufsalternativen zur Tätigkeit an den Patient/innen (Kopetsch 2001). Auch in der Schweiz besteht eine Tendenz, dass im Vergleich zur Verleihung anderer FMH-Spezialarzttiteln tendenziell immer weniger Facharzttitel für Allgemeine Medizin vergeben werden. Man weiss auch, dass gut die Hälfte der Studierenden weiblichen Geschlechts sind, von denen erfahrungsgemäss nach Studienabschluss nicht alle den Beruf ausüben. Studienplatzwechsel und Studienabbrüche scheinen zuzunehmen. Auf der anderen Seite gibt es Hinweise dafür, dass vertiefte Einblicke in die hausärztliche Praxis und das Kennenlernen von Hausärzt/innen als Vorbild während des Studiums die angehenden Ärzt/innen motiviert, eine Weiterbildung zum Hausarzt/zur Hausärztin ins Auge zu fassen und eine Tätigkeit in ländlichen Gebieten aufzunehmen (vgl. die Ergebnisse zu Kanada, den USA und Australien von Tesson et al. 2005).

Eine mit Unterstützung der FIHAM Basel (Forum für interdisziplinäre Hausarztmedizin) durchgeführte Berufszielstudie (Total 924 Teilnehmende) untersuchte die Veränderungen des Berufsziels (Spezialisierung) von Medizinstudierenden während ihres Studiums (FIHAM Basel, <http://pages.unibas.ch/fiham>). Es handelt sich um eine Querschnittstudie; eine prospektive Kohortenstudie sowie eine Fallkontrollstudie sollten folgen. Erste Resultate aus der Querschnittsstudie zeigen (vgl. Halter et al. 2005), dass viele Studierende ihre Laufbahn nicht planen. 18 Prozent haben sich am Ende des Studiums noch nicht entschieden, 41 Prozent streben eine Spitaltätigkeit an und 33 Prozent äussern den Wunsch, in einer eigenen Praxis zu arbeiten. Unter denjenigen, die in die Praxis gehen möchten, beträgt der Anteil derjenigen, die sich spezialisieren möchten, rund 60 Prozent. Nur 10 Prozent der Studierenden, die in die Praxis gehen möchten, sehen sich bei Studienbeginn in der Grundversorgung (d.h. nur knapp 4% der Studienanfänger/innen). Bis zum Staatsexamen verdreifacht sich der Anteil auf 30 Prozent. Dabei wollen tendenziell mehr Frauen als Männer in die Hausarztpraxis. 84 Prozent der angehenden Ärzt/innen, die eine Praxis eröffnen möchten, bevorzugen, in einer Gruppenpraxis zu arbeiten. Die Resultate zeigen, dass in Zukunft die Grundversorgung mehrheitlich in Gruppenpraxen mit einem grossen Frauenanteil gewährleistet wird - sofern sich die Berufswünsche der Studierenden realisieren.

Nach Halter et al. (2005) geht aus einer Umfrage aus dem Jahr 1977 hervor (Irniger 2001, hier nach Halter et al. 2005), dass am Ende des Studiums 25 Prozent der Zürcher Medizinstudent/innen in die Hausarztpraxis gehen wollten. Dabei sei festzuhalten, dass bei der Zürcher Umfrage zu Beginn des Studiums noch rund zwei Drittel die Arbeit in einer Hausarztpraxis ins Auge fassten. Anders als bei der aktuellen Basler Studie reduzierte sich der Anteil also während des Studiums markant.

Eine kleinere Berufszielstudie stammt von Monnier (2005; Teilnehmende: 161 Medizinstudierende der Universitäten Genf und Lausanne). Im 6. Ausbildungsjahr betrug der Prozentsatz der eine Weiterbildung im Bereich Grundversorgertitel ins Auge fasste rund 38 Prozent (30% der Männer, 54% der Frauen). 61 Prozent visierten eine Spezialisierung an – wobei aus dem Text von Monnier nicht hervorgeht, ob eine Unterscheidung zwischen der angestrebten Tätigkeit in der freien Praxis oder im Spital gemacht wurde. Auch in der Studie von Monnier plante ein Grossteil von 82 Prozent (bei den Frauen gar 90%), sich in

einer Gruppenpraxis zu installieren. Wenn man bedenkt, dass nach Monnier derzeit etwa 45 Prozent der Grundversorger/innen in einer Gruppenpraxis arbeiten, dürfte sich hier in der zukünftigen Praxislandschaft eine klare Veränderung ergeben. Interessant zu sehen ist, dass über die Hälfte (rund 54%) der zukünftigen Grundversorger/innen sich in der Stadt niederlassen möchten und nur rund 46 Prozent auf dem Land. Wenig überraschend ist, dass 72 Prozent der angehenden Spezialist/innen eine Tätigkeit in der Stadt ausüben wollen.

### 4.3 Mögliches Vorgehen bei statistischen Analysen aus Sicht der interviewten Experten

In den vorangehenden Abschnitten wurden die derzeit verfügbaren statistischen Daten zur Beantwortung unserer Frage nach der Entwicklung im Bereich der ambulanten Grundversorgung geprüft und teilweise analysiert. In diesem Abschnitt werden nun die Einschätzungen der befragten Experten zum Vorgehen bei statistischen Analysen dargestellt. Gleichzeitig gaben die Experten auch Auskunft über die bei Ihnen selbst verfügbaren Daten.

Die in den Interviews gestellte Fragen lauteten:

■ Wie lässt sich die Anzahl der Grundversorger/innen statistisch korrekt feststellen (Problem der Vollzeit-/Teilzeitärzte etc.), so dass diese für Nachfrage- oder Bedarfsanalysen beigezogen werden könnte? Sehen Sie eine statistische Definition bzw. ein Vorgehen, die/das von allen Beteiligten/Betroffenen (FMH, Fachgesellschaften, Santésuisse, Ärzt/innen selbst, Kantone etc.) anerkannt wird?

■ Über welche Informationen/Daten verfügt Ihre eigene Institution zur Beantwortung der Frage der Grundversorgerzahlen (verfügbare Zeitspanne)? Wieweit könnte die Frage nach der Entwicklung der Grundversorgerzahlen anhand der bei Ihnen bestehenden Informationen/Daten beantwortet werden?

Nachfolgend sind die Antworten in geraffter Form aufgeführt. Zwischen den Antworten zur Frage des statistischen Vorgehens und der von den Experten vorgeschlagenen Definitionen für die «Grundversorger» (vgl. Abschnitt 2.4) bestehen naturgemäss Überschneidungen.

#### FMH - Herr Georg von Below, Herr Jürg Jau

■ Wie erwähnt, hat die FMH eine Umfrage in Bezug auf die Grundversorger im Jahr 2003 durchgeführt. Dort wurde eine Selbstdeklaration abgefragt. Bei der Umfrage haben 10'000 Ärzte angekreuzt, sie machten dies, was mehr wären als aus der FMH-Ärzttestatistik gemäss einer Definition nach Weiterbildungstitel hervorgehen. Es ist zwar geplant, die Informationen laufend zu erheben, aber im Moment ist nur das Jahr 2003 zur Verfügung. Die Daten konnten noch nicht ausgewertet werden, da sie zuerst noch validiert werden müssten. Die Erfassung erfolgte in Zusammenhang mit der TARMED-Dignitätserhebung. Es besteht die Befürchtung, dass dies die Antwort beeinflusst hat. Die Ärzte haben sich vielleicht überlegt: «Wenn ich ankreuze, ich bin Grundversorger, dann bedeutet dass etwas für meine zukünftigen Abrechnungsmöglichkeiten.»

■ Im Moment läuft das Projekt von Santésuisse, welches eine bestimmte Methodik ausprobiert [vgl. Abschnitt 4.1.2]. Was man eigentlich benötigt, ist, wie viel Zeit pro Woche eines Arztes für die Patient/innen zur Verfügung steht. Wir wissen, wie lange die durchschnittlichen Konsultationen ungefähr gehen. Aber was wir nicht wissen ist, wie viel Zeit unsere Mitglieder tatsächlich in der Praxis sind. Was heisst 100 Prozent? Was macht man mit Doppelpraxen? Man müsste also herausfinden, wie viel Konsultationszeit der Population angeboten wird. Das wäre eigentlich die richtige Messgrösse. Aber wir haben ein «Baseline-Problem». Im Kanton Waadt ist vor ein paar Wochen ein Artikel erschienen «30 pourcent des médecins sont des fantômes». Man hat gesehen, dass die Versicherer und auch die FMH einen «Headcount» machen und man möglicherweise in gewissen Regionen erstens zu viel Köpfe zählt, weil man auch Leute dabei hat, die gar nicht mehr aktiv sind, oder zweitens dass man bei denen, die aktiv sind, jeden als 100 Prozent rechnet. Dadurch nimmt man ein zu hohes Angebot an. Ein wichtiges Element ist auch, dass der Frauenanteil steigt. Wir wissen, dass Frauen - z.T. von aussen aufgezwungen - eine andere Arbeitsweise haben, mehr Teilzeit etc. Dies führt dazu, dass das «Kopfzählen» sich immer mehr vom realen Versorgungsangebot entfernt. Vor 20 oder 30 Jahren war das Vorgehen noch adäquater, wo jeder Arzt wohl noch Vollzeit gearbeitet hat. Der Versuch mit der Berechnung der Vollzeitäquivalente, wie dies jetzt die Gruppe «Ärzttestatistik» bei Santésuisse versucht, wird sehr schwierig werden. Da bin ich mir noch nicht sicher ob das funktioniert.

■ Aus der TARMED-Statistik könnte man probieren, einfach die angebotenen Konsultationen pro Jahr aufzusummieren. Dann kann man sagen, es gibt so und so viele Ärzt/innen in einem bestimmten Bezirk und gesamthaft so und so viel Patientenminuten. Und dann könnte man überlegen, wie sieht das im Vergleich aus? Ist das genug? Wir kommen hier aber natürlich zum nächsten Thema, was heisst genug? Und wenn man die TARMED-Abrechnungsdaten analysieren will, hat man die Schwierigkeit, dass die Grundkonsultationen von allen Ärzt/innen, also auch von den Spezia-



listen durchgeführt werden. Es gibt keine Positionen, welche nur Grundversorger/innen abrechnen können. Das heisst, man muss immer noch, sei es normativ oder über Selbstdeklaration, erheben, welches jetzt tatsächlich Grundversorger/innen sind. Daneben kann natürlich ein bestimmter Facharzt, z.B. ein Rheumatologe, bei seinen Patient/innen auch ein «Grundversorgungsleiden» behandeln. Möglich wäre eine 1:1-Zuordnung nur in einem «Managed-Care-System», bei welchem jede Praxis eine eingeschriebene Patientenpopulation hat. Letztlich müsste man wohl trotzdem wieder jeden Arzt/jede Ärztin einteilen: Das ist jetzt primär ein Grundversorger und das ist jetzt keiner. Aber es ist schon so, dass die TARMED-Abrechnungsdaten relativ genau Auskunft geben könnten. Ein Fallstrick wäre aber noch die Franchise oder der Selbstbehalt vom «Tiers Garant»: Nicht alle Abrechnungen landen tatsächlich im Datenpool. Aber mit den Abrechnungsdaten, bzw. wenn man die Zeiten abholen könnte, hätte man sicher eine Näherung für ein Aktivitätsmuster.

■ Von der FMH-Statistik her wissen wir, ob ein Arzt noch eine Praxistätigkeit hat oder nicht. Dies wird uns gemeldet u.a. deshalb, weil sich die Höhe des FMH-Mitgliedsbeitrags nach der Berufstätigkeit richtet. Angaben zur Anzahl Arztpraxen sind in der FMH-Statistik hingegen nicht vorhanden. Es wäre auch falsch, die Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit als Anzahl Praxen zu interpretieren. Gerade in jüngster Zeit besteht die Tendenz, dass Ärzte gemeinsame Räumlichkeiten und gemeinsame Arztgehilfinnen haben. Hier ist dann die Frage, wie definiert man eine gemeinsame Praxis oder Gruppenpraxis. Da wir keine Definition haben, haben wir auch noch keine Auswertungen gemacht. Theoretisch könnte man anhand der Adressdatei feststellen, wie viele Ärzte am gleichen Ort ihre Adresse haben. Es wäre schon spannend, dies zu verfolgen. Es könnte sein, dass Konzentrationen stattfinden, weil Einzelpraxen nicht mehr rentieren. Es gibt aber Randregionen wo eine Konzentration nicht geht. Wenn ich in einer Randregion eine Praxis übernehme, ist es oft nicht realistisch, gemeinsam mit anderen Ärzten die Infrastruktur (z.B. Röntgen) auszulasten. Ich bin dann eher gezwungen eine Mengenausweitung zu betreiben, sprich die Indikationen breiter zu stellen, oder ich muss eine höheren Stückpreis haben. Dieses Problem besteht natürlich nicht nur im ambulanten Sektor, sondern massiv auch in den Spitälern. Es wäre schon spannend zu sehen, wie die Aggregationsbewegungen verlaufen. Wie viel Stellenprozente sind in einer Praxis, und auf wie viele Köpfe verteilt sich das? Die Zusammenarbeitsformen sind sehr unterschiedlich. Santésuisse hat es jetzt so gemacht, dass für sie nur noch Arztpraxen als Gemeinschaftspraxen gelten, wenn sie eine eigene Rechtsform haben. Aber die Wirklichkeit ist natürlich nicht so: Die haben keine gemeinsame Rechtsform, sondern einen Vertrag miteinander. Geteilt wird z.B. der Empfang. Aber sonst arbeiten sie separat und rechnen separat ab. Die Gründung einer AG oder Genossenschaft ist bisher eher die Ausnahme.

#### **Santésuisse – Herr Toni Haniotis, Herr Michael Bertschi**

■ Gegenwärtig ist Santésuisse daran [Ende Nov. 2005 abgeschlossen], in einer Arbeitsgruppe gemeinsam mit Vertreter/innen der FMH, dem BAG, der GDK, des Obsan und externen Expert/innen eine Ärztedefinition und Statistik aufzustellen, welche von allen Parteien anerkannt wird [vgl. Abschnitt 4.1.2]. Die Arbeitsgruppe war sich einig, dass man als Mass für die Versorgung einerseits die Anzahl Grundleistungen d.h. die Hausbesuche und Konsultationen und andererseits die Anzahl Patient/innen verwendet. Aus diesen Elementen wird pro Facharztgruppe ein Versorgungsäquivalent gebildet und zwei Indices pro Arzt berechnet. So kann die Tätigkeit resp. die Versorgung des Arztes abgebildet werden. Dies sagt natürlich noch nichts aus über die Qualität oder die Effizienz des Arztes aus. Man versucht hier eine Methode zu entwickeln, die unabhängig von den Datensammlern funktionieren sollte. Wenn die Ärzte mit ihren Trust Center eigene Daten erheben, kann man diese ebenfalls auswerten. Wenn alle sauber arbeiten, sollten man eigentlich auf die gleichen Ergebnisse kommen. Die Arbeitsgruppe hat zum Ziel eine Ärztedichte möglichst objektiv zu berechnen. Jeder kann dann seine Schlüsse aus der Statistik ziehen. Es sind keine Kostendaten drin, sondern nur die Anzahl Grundleistungen und die Anzahl Patienten. Im Übrigen gibt es aus Kanada eine Studie, die ähnlich vorgeht.

■ Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es noch nicht möglich, Grundversorger/innen ausserhalb der Weiterbildungsgruppen abzubilden, z.B. ein Chirurg, der als Grundversorger arbeitet. Hier wäre allenfalls ein Vorgehen über den Tarifpool von Santésuisse denkbar. Man könnte schauen, ob die Aktivitäten eines Arztes mit seinem/n Weiterbildungstitel/n übereinstimmen. Vielleicht könnte man auch definieren, dass ein Grundversorger 95 Prozent seiner Leistungen auf Grundpositionen abrechnen muss. Ein Spezialist rechnet dann vielleicht 60 Prozent auf der Grundposition ab und liesse sich so abgrenzen. Das Problem fehlender Rechnungen von Patient/innen, welche ihre Rechnung wegen dem Nichterreichen der Franchise nicht dem Krankenversicherer weiterleiten, halten wir generell für nicht gravierend. Auch dass gewisse Leistungen über die Unfallversicherung abgewickelt werden, dürfte nicht zu starken Verzerrungen führen. Es ist davon auszugehen, dass sich dies pro Facharztgruppe ausgleicht (Chirurgen dürften generell mehr mit der Unfallversicherung abrechnen als andere Fachärzte). Der Tarifpool ist soweit erstellt. Bereits heute sind erste Auswertungen möglich.

#### **College-M – Herr Peter Berchtold**

■ Die Ärztestatistik der FMH ist eine reine Weiterbildungsstatistik, sie hat nichts mit der Versorgung zu tun. Sie ist unbrauchbar für die Versorgungsfrage, aber gleichzeitig ist es derzeit die beste Statistik, die wir haben.

■ Man müsste generell nicht von einer Definition über die Titel ausgehen, sondern eher ein Set von Tätigkeiten abfragen. Es machen eben fast alle niedergelassenen Ärzt/innen Grundversorgung. Wenn man z.B. genau hinschaut, was ein Rheumatologe, der sich in einem mittelgrossen Ort niedergelassen hat, für Tätigkeiten ausübt, dann merkt man vermutlich, dass er zur Hauptsache gar keine Rheumatologie macht, sondern Grundversorgerfunktionen wahrnimmt. Genauso hat auch jedes Tertiärspital einen Riesenanteil an Primärversorgung, welche gar nichts zu tun hat mit universitärer Spitzenmedizin. Die TARMED-Abrechnungsstatistik der Santésuisse böte allenfalls eine Möglichkeit die Grundversorger zu eruieren. Wenn man sagen kann, dies und dies sind Grundversorgerleistungen und diese nicht,

dann könnte man prinzipiell jeden Arzt/jede Ärztin einteilen. Es würde aber bedingen, dass man eine Definition über die Leistungen macht, was schwierig sein dürfte. Man müsste auf eine positive Art festlegen, was Grundversorgung ist, alle Leistungen durchforsten und eine positive Liste erstellen. Der Vorteil wäre, dass die Liste grundsätzlich nicht von den Facharztstiteln abhängig ist. Das Problem dürfte aber in der Ungenauigkeit liegen. Und als Resultat würde man herausfinden, dass in den städtischen Regionen unendlich viel mehr Grundversorgerkapazitäten vorhanden sind als auf dem Land. Aber das weiss man ja schon heute, denn das Problem liegt ja nicht in der Stadt.

■ In Bezug auf die Planung ist zu sagen: Grundsätzlich gibt es keine verlässlichen Planungsinstrumente im Bereich Nachfrage und Bedarf in der ambulanten Versorgung. Die Situation von Stadt-Land, unterschiedlichen Regionen, Verfügbarkeit von privaten/öffentlichen Spitälern, Notfallstationen etc. ist zu komplex, um dies einheitlich zu steuern. Steuern kann man generell nur fein und flexibel über Anreize und Ausnahmeregelungen. Es wird für die ganze Schweiz nie eine allgemein gültige Regel oder Globallösung geben. Da weiss man, dass es nicht funktioniert.

■ Eine grundsätzliche Problem ist, dass keine Betrachtung aus dem Blickwinkel des Patienten erfolgt. Für die Patient/innen ist der Eintritt/Zugang zum System relevant. Hier haben wir natürlich eine Mehrklassenmedizin. Wenn man in der Stadt Bern einen Herzinfarkt oder einen Hirnschlag hat, dann hat man einfach eine viel grössere Überlebenschance, als wenn dies irgendwo in Graubünden auf dem Land passiert. Der Weg ist dort viel länger, bis man die Möglichkeit einer Erfolg versprechenden Behandlung hat. In Bern ist man dagegen innert kürzester Zeit bei einer Behandlung, von der man weiss, dass sie bessere Resultate hat als eine andere. Vor solchen Hintergründen kann keine Versorgungsplanung gemacht werden. Denn schon bei relativ häufigen Sachen wie Herzinfarkt oder Hirnschlag ist es kaum möglich, eine Gleichheit zu erzielen. Ein Ausweg wäre evtl. die Definition so genannter Minimalstandards: Auf was/welche Behandlung hat ein/e Bürger/in in einem bestimmten Zeitraum minimal Anrecht. Politisch ist man hier aber in einer sehr schwierigen Diskussion. Nachfrage-/Bedarfsanalysen sind vor diesem Hintergrund einfach irrelevant. Der Abstraktionsgrad wird zu hoch resp. ist zu weit weg von den Problemen der konkreten Realität. Quantitative Angaben sind in einem solchen Umfeld in der Regel zu grob und würden zu spät greifen. Die Studie aus dem Aargau [Villiger/Haefeli 2005] beispielsweise ist ja einfach «birreweich»: Ärzte zur Unterversorgung zu befragen, also die Anbieter selbst. Hier müsste man unbedingt auch die Nachfrager/innen einbeziehen. Man weiss ja heute schon, dass man auf dem Land ein Problem hat. Es geht ja nicht mehr um Zahlen, sondern um die Leute auf dem Land, welche jetzt weit reisen müssen, bis sie bei einem Arzt/einer Ärztin sind. Gleichzeitig ist aber auch anzunehmen, dass man bei den Leuten auf dem Land selbst keine Unterversorgung feststellen würde. Die Schwierigkeit ist, dass die Leute gar nicht wissen, was eine Unterversorgung ist. Man müsste heikle Fragen stellen und es bestünde die Gefahr, dass die Leute auf Ideen gebracht würden: «Was erwarten Sie, wenn sie einen Herzinfarkt haben?» In Bern würde man herausfinden, dass die Leute ganz schnell in der Insel sein wollen, und im Haslital würde man herausfinden, dass sie rasch einen guten Doktor möchten. Und solches wäre schwierig zu publizieren.

■ In Bezug auf eigene Daten ist zu sagen, dass wir uns bei College-M nicht um den quantitativen, sondern um den qualitativen Aspekt der Problematik kümmern, z.B. um die Frage der zulässigen Zeitspanne für ein bestimmtes Ereignis. Über eigene Zahlen verfügen wir nicht.

#### **Kollegium für Hausarztmedizin – Herr Marc Müller**

■ Wenn wir als KHM sagen, wir vertreten die Grundversorger/innen der Schweiz, dann kommen wir auf folgende Zahlen: (1) die Allgemeinmediziner - die SGAM hat ca. 3'500 Mitglieder, wobei darunter ein paar Hundert keinen Facharztstitel haben, (2) die Internisten haben etwa 3'500 Mitglieder, (3) die Pädiater haben 1'500 Mitglieder, dann sind wir etwa bei 8'500, hinzu kommt (4) noch der FMP, dies ist die ursprüngliche Vereinigung von den Ärzt/innen ohne Facharztstitel, dort gibt es wahrscheinlich noch ein paar Hundert, die nicht Doppelmittglieder bei den anderen Gesellschaften sind. Nach unserer Definition, die auf den Mitgliedern der Gesellschaften aufbaut, sprechen wir also von etwa 7'000 bis 8'500 Grundversorger/innen. Darunter hat es aber sicher auch einige, die bereits über 70-jährig sind und nur noch ein minimales Pensum arbeiten.

■ Was in der bestehenden FMH-Statistik überhaupt nicht rauskommt ist der «Workload» der einzelnen Praktiker, also die Arbeitstätigkeit in Prozent. Und wir haben in der FMH-Statistik auch keine Alterspyramide, wobei die FMH das Alter der Mitglieder kennen würde. Von dem her ist es klar, dass vorwiegend in den Randregionen das Durchschnittsalter der Ärzte bei über 50 Jahren liegt. Wenn man die Weiterbildungszahlen bei den Allgemeinpraktikern anschaut, sieht man, dass der Output nicht mehr reichen wird, um das Niveau zu halten. Hier wird sich in Zukunft eine Lücke öffnen. Derzeit sind wir in einem Forschungsprojekt (KHM Gruppe Forschung) daran, auf Grund eines Mandates aller drei Grundversorgergesellschaften eine Untersuchung zur Praxisauslastung und zum prozentualen Arbeitsanteil in der Praxis durchzuführen, da die Zahlen im Moment vollständig fehlen.

■ Die Idee über den Tarifpool von Santésuisse vorzugehen und zu schauen, welche Ärzte vornehmlich über die Grundversorgerpositionen abrechnen, ist vermutlich nicht möglich, da jeder Arzt seine Hauptpraxistätigkeit über die Grundversorgerpositionen abrechnet. Das sind die Positionen «Konsultation erste 5 Minuten», «Konsultation weitere 5 Minuten» und «Konsultation letzte 5 Minuten». Jede Praxistätigkeit hat einen Riesenanteil davon. Die einzigen spezifischen Positionen, die die Hausärzte haben, sind eigentlich nur einen kleinen und eine grossen allgemeinmedizinischen Status. Es handelt sich um nur vier oder fünf Positionen. Auf der Grundlage der abgerechneten Positionen dürfte die Grauzone gross sein. Natürlich kann es einen Pneumologen geben, der mehrheitlich als Grundversorger abrechnet. Die Frage ist hier aber dann die Qualität. Er kann vielleicht für seine langjährigen Lungenpatienten Grundversorger sein, nicht aber für andere Patient/innen. Er kann nicht die gynäkologische Grundversorgung wahrnehmen oder ein Bauchweh behandeln, d.h. er kann schon, aber er macht es vermutlich schlechter, da er nicht entsprechend weitergebildet ist. Daher sollte er nicht als Grundversorger gelten. Wenn schon ein Vorgehen über den Datenpool angestrebt wird (z.B. 90-Prozent Abrechnung über Grundversorgerpositionen = Grundversorger), dann müsste man

zusätzlich auch noch die Daten der ärzteigenen Trust Center zum Vergleich beziehen. Bisher haben sich z.T. eklatante Unterschiede zwischen den Daten von Santésuisse und den Trust Center gezeigt. Man kann sagen: Die Datenlage bei Santésuisse ist relativ schlecht. Sie haben sehr viele Daten, aber können fast nichts herausholen resp. sind dazu nicht fähig.

■ In Bezug auf die Umfrage, die die FMH im Rahmen der Besitzstanddiskussion durchgeführt hat, ist anzumerken, dass es natürlich schon Leute gab, die den ganzen TARMED-Katalog angekreuzt haben. So finden sich Allgemeinmediziner/innen, die angekreuzt haben, sie möchten weiterhin neurochirurgische Operationen durchführen und es gab Neurochirurgen, die angaben, sie würden regelmässig Lungenentzündungen behandeln. Für eine entsprechende Umfrage müsste man sicher noch etwas zuwarten, vielleicht drei Jahre. Evtl. müsste man für eine Befragung auch den aufwändigen Weg über die Bezirksvereine gehen.

■ Generell ist es sehr komplex, die Ärztezahlen exakt statistisch zu erheben. Man müsste vermutlich sehr mühsam irgendein Raster entwickeln, mit welchem man verschiedene Faktoren der Santésuisse-Statistik und der Ärztestatistik der FMH zusammenfasst und dann vermutlich noch eigene Erhebungsdaten dazu nehmen. Und es hängt weniger damit zusammen, ob einer Grundversorger ist oder nicht, sondern in welchem Prozentsatz seiner Tätigkeit er als Grundversorger tätig ist. Gerade bei den Internisten gibt es vermutlich eine grosse Grauzone resp. einen hohen Anteil, der hauptsächlich kardiologisch und daneben noch in kleinerem Umfang hausärztlich tätig ist. Dies ist bei den Allgemeinmediziner/innen weniger der Fall, diese haben daneben vielleicht noch ein Nebenfach wie Lasermedizin oder Homöopathie, sind aber von Haus aus Hausärzte. Von den 1'500 Pädiatern arbeiten vermutlich nur 700 bis 800 in einer kinderärztlichen Praxis, die anderen sind im Spital mit Spezialsprechstunden tätig. Es ist also sehr komplex. Es ist aber auch ein Problem, dass man keine genaueren Zahlen hat, denn nur mit genaueren Zahlen kann man richtig argumentieren. Bei der FMH-Ärztstatistik müsste man daher unbedingt wissen, wie viele Prozente die Ärzt/innen in der Praxis effektiv arbeiten. Heute kann man auch mit den Trust Center-Zahlen schon einiges machen. Meine eigene Statistik zeigt z.B., dass ich 115 Prozent Öffnungszeit bei meiner Praxis habe im Vergleich zum Durchschnitt im Kanton Bern. Aber was heisst jetzt das?

■ Zu den Trust Center: Diese sind in der Regel regional (der Kanton Bern hat z.B. eines zusammen mit Solothurn) und eigentlich als Antwort auf die Bedrohung durch die Santésuisse-Zahlen im Rahmen der TARMED-Diskussion resp. der Kostenneutralitätsphase entstanden. Man konnte zeigen, dass die Santésuisse-Daten verzerrt waren, z.B. durch Rechnungen, die von Patient/innen auf Grund der hohen Franchise nie eingereicht werden und dem fehlenden UVG-Bereich, SUVA, IV, MV etc. - gerade bei den Kinderärzten ist ein wesentlicher Anteil IV dabei. Ich hier in Grindelwald habe ca. 20 bis 25 Prozent UVG-Abrechnungen. In der Schweiz beträgt der Durchschnitt vielleicht 5 Prozent. Die Trägerschaft des Trust Center im Kanton Bern ist eine Aktiengesellschaft, an welcher hauptsächlich die kantonale Ärztesgesellschaft beteiligt ist. Meine Teilnahme hat auch mit der Einführung der elektronischen Abrechnung zu tun. Wenn ich im Moment elektronisch abrechnen will, muss ich Aktionär sein. Die Idee wäre, dass die Krankenkassen später eine Entschädigung an die Trust Center zahlen, da sie die Rechnungen elektronisch von ihnen überwiesen erhalten. Bei den Trust Centers sind schon heute relativ viele Zahlen vorhanden.

#### **GEF Kanton Bern, Spitalamt – Herr Thomas Spuhler**

■ Heute in der Schweiz liegt man zur Frage der Grössenordnung und der Trends mit der Statistik der FMH zu den praktizierenden Ärzt/innen einigermaßen richtig - obwohl durch die Änderung, dass man als praktizierender Arzt nicht unbedingt FMH-Mitglied sein muss, gewisse Lücken entstanden sind. Bei einer Auswertung zu den Grundversorgern würde ich die FMH-Titel Allgemeinmedizin und noch diejenigen Ärzte nehmen, die ohne Titel eine Praxis haben. Man kann darüber streiten, wie man es mit den allgemeinen Internisten handhaben will. Bis jetzt war ich relativ radikal und hätte sie ausgeschlossen. Wenn bei den Allgemeininternisten gewährleistet ist, dass sie wirklich noch eine Praxis haben und nicht nur Belegärzte sind, dann könnte man sie jedoch auch dazunehmen.

■ Methodisch müsste man evtl. versuchen, verschiedene Datenquellen beizuziehen, Volkszählungsdaten, Betriebszählung und andere, und schauen, wie es etwa aufgeht. Beim Alter sollte man z.B. einen Schnitt bei 70-jährigen Ärzten machen. Ab 70 Jahren handelt es sich mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht mehr um eine richtige Praxis.

■ Es wäre sicher einmal interessant, die TARMED-Abrechnungen pro Arzt auszuwerten. Hier müsste man theoretisch das Ausmass der Arbeitstätigkeit herauslesen können. Als zweites könnte man auch schauen, ob dies überhaupt einem Profil entspricht, das ein Grundversorger theoretisch haben müsste. Evtl. könnte man hier aus dem Datenpool eine Referenzwoche nehmen, vielleicht im Frühling oder im Herbst. Die Verzerrung dürften nicht so gross sein, dass einzelne Regionen in einer Woche gerade nur Unfallleistungen abrechnen würden und andere nicht.

■ Der Kanton Bern selber hat nur Zahlen über die erteilten Praxisbewilligungen. Diese werden praktisch nicht ausgewertet. Daneben hatten wir bisher keine Angaben zu den Ärzt/innen, die ihre Praxen schliessen. Der Zulassungsstopp ist noch zu kurze Zeit in Kraft. Mit der Zeit müssten jedoch gewisse Daten über Praxisübergaben anfallen. Es gibt keine Anstrengungen beim Kanton Bern, im ambulanten Bereich eine Art Planung einzurichten. Zur Anwendung des Zulassungsstopps ist jedoch der Kantonsarzt genauer im Bild.

#### **Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Kantonsarzt – Herr Ulrich Gabathuler**

■ Eine statistische Übersicht mit genauen Zahlen zu erhalten, ist ganz ganz schwierig. Wir bewegen uns in einem Bereich, den wir gar nicht kennen. Was wir kennen, ist das Arbeitsverhalten in den 1970er/80er Jahren im medizinischen Bereich. Dies war aber das Arbeitsverhalten von 80 Prozent Männern. Heute haben einerseits die Männer ihr Arbeitsverhalten verändert. Andererseits bilden zunehmend die Frauen die Mehrheit im Bereich der Grundversorgung, und diese haben ein völlig anderes Berufs- und Arbeitsverhalten. Bei den FMH-Daten muss man vorsichtig sein, da sie

Veränderung der Geschlechterverteilung oder die gesellschaftliche Veränderung im Arbeitsverhalten schlecht abbilden.

■ Eine Chance der Erfassung bildet der TARMED. Dieser funktioniert als «Minutage». Wenn man den TARMED entsprechend aufbereiten könnte, dass man die Leistungen, welche die Ärzt/innen im Rahmen der OKP erbringen, anonymisiert und zusammenfasst, dass man diese regional abbilden kann und dann über drei, vier Jahre sammeln und schauen, welche Gruppe wie was gearbeitet hat, dann könnte man eine Art «Baseline» der Tätigkeiten bilden, von der ausgehend man dann Abweichungen beobachten könnte. Ansonsten dürfte es sehr schwierig werden mit Befragungen und Einschätzungen. Die ganze ambulante Tätigkeit verändert sich ständig von den Patient/innen und von den Ärzt/innen her. Man muss allerdings aufpassen bei den TARMED-Daten. Man müsste herausfinden, wie hoch der Anteil derjenigen Patient/innen ist, die zum Arzt gehen und ihre Rechnungen selber bezahlen und nicht einschicken. Über diese Daten verfügt Santésuisse nicht. Aber über diese Daten verfügen die Ärzte mit ihren Datenzentren. Dieser Punkt müsste quantifiziert werden. Wenn der fehlende Anteil relativ gross ist, vielleicht 10 oder 20 Prozent, dann ist er für die Einschätzungen schon wichtig. Man hätte über den TARMED aber auch die Möglichkeit zu sehen, wie viel ein Arzt/eine Ärztin effektiv arbeitet. Aus meiner Erfahrung ist es sehr unterschiedlich, wie viel in den Praxen gearbeitet wird. Für die Frage des Arbeitszeitvolumens könnte sicher auch auf die Daten der Trust Center zurückgegriffen werden. Bei dieser Frage stört es nicht, wenn keine Flächendeckung vorliegt, wichtig ist eine einigermaßen ausgewogene Mischung.

■ Aber grundsätzlich sind alle Zugänge über bestehende Daten und mögliche Befragungen «weich». Auch eine Patientenbefragung wäre ein solches Element. Wenn eine Versorgung nicht gut ist, reklamieren die Leute mehr. Heute stellt man fest, dass es noch nie so viele Ärzt/innen gegeben hat, dass aber andererseits auch noch nie so häufig reklamiert wurde. Viele Parameter verhalten sich also paradox. So könnte man auch meinen, dass durch die vielen Ärzt/innen die Bereitschaft zum Notfalldienst weniger ein Problem ist als früher, da sich der Dienst heute auf mehrere Schultern verteilt. Aber es ist das Gegenteil der Fall. In den 1970er/80er Jahren war die Notfalldienstorganisation einfacher als heute. Dies hängt u.a. auch damit zusammen, dass die Vorstellung davon, wie viel ärztliche Versorgung man braucht, enorm fließend ist, breit streut und auch vom Zeitgeist abhängt. In 10 Jahren wird es sicher völlig anders sein als heute.

■ Für den Kanton Zürich wissen wir Bescheid über die Anzahl derjenigen Ärzt/innen, die eine Bewilligung haben, wir kennen die Verteilung der Facharztstitel und wir wissen über die Ärztesgesellschaft, wie viele etwa eine Praxis führen und wie sie etwa tätig sind. Es gibt im Kanton aber keine deklarierte Planung im ambulanten Bereich. Wir sind auch sehr skeptisch, dass hier brauchbare Instrumente existieren. Bisher ist man pragmatisch vorgegangen. Jetzt sind wir in die Situation geraten, dass wir Zulassungen beurteilen müssen. Wenn wir den Kanton betrachten, dann sehen wir keine Hinweise auf einen offensichtlichen Notstand. Andere Kantone haben da Erhebungen etc. gemacht. Wir haben bewusst darauf verzichtet, da wir nicht glauben, dass eine verlässliche Schätzung resultiert hätte. Wir gehen nach wie vor davon aus, dass der Staat die ambulante Versorgung nicht regulieren muss, sondern höchstens subsidiär aktiv werden soll.

#### 4.4 Zusammenfassung und Diskussion

■ Mit Blick auf unsere Fragestellung zum Stand und der Entwicklung im Bereich Grundversorger/innen wurden im Rahmen der vorliegenden Vorstudie verschiedene bestehende Datenquellen analysiert. Die verschiedenen Quellen führen zu divergierenden Aussagen. Bei allen bestehenden Datengrundlagen lassen sich gewisse Vorbehalte anbringen.

■ Die verbreitetste Datenquelle ist die **Ärztstatistik der FMH**.<sup>25</sup> Auf der Grundlage der verfügbaren Daten der FMH-Ärztstatistik resp. den Fachtiteln der frei praktizierenden Ärzt/innen lässt sich zwischen 2000 und 2004 kein Rückgang der hausärztlichen Versorgung feststellen, vielmehr findet eine stetige Zunahme statt. Überproportional nehmen dabei die Ärztinnen zu, was zukünftig zu einem höheren Anteil an Teilzeit arbeitenden Ärzt/innen führen wird. Die FMH-Statistik weist verschiedene Mängel auf, die je nach Blickwinkel mehr oder weniger ins Gewicht fallen (eine geplante Revision der FMH-Ärztstatistik sollte in verschiedenen Punkten eine Verbesserung bringen): (a) Soll die Frage des Arbeits- oder Leistungsvolumens (Vollzeitäquivalente) der Grundversorger/innen beantwortet werden, ist die FMH-Ärztstatistik ungeeignet, da sie nur Köpfe resp. Titel zählt und keine Angaben zu Voll- oder Teilzeittätigkeit resp. dem Beschäftigungsgrad enthält. Ärzt/innen, die in einem Jahr oder über mehrere Jahre keine Konsultationen haben, können in der Statistik enthalten bleiben. (b) Die FMH-Statistik ist eine Weiterbildungsstatistik. Die

<sup>25</sup> Hierzu ein Kommentar aus dem Interview mit Herrn Peter Berchtold, College-M: «Die Ärztstatistik ist eine reine Weiterbildungsstatistik, sie hat nichts mit der Versorgung zu tun. Sie ist unbrauchbar für die Versorgungsfrage und gleichzeitig ist es derzeit die beste Statistik, die wir haben.»

effektive Tätigkeit der erfassten Ärzt/innen stimmt nicht zwingend mit den erworbenen Weiterbildungstiteln überein. Des weitern gibt es Unklarheiten und Doppelzählungen bei Ärzt/innen mit mehreren Weiterbildungstiteln. (c) Die FMH-Statistik ist grundsätzlich als Mitgliederstatistik konzipiert. Wie aus verschiedenen Quellen hervorgeht, scheint das Register wenig kontrolliert geführt zu werden.

■ Als relativ neue Datenquelle besteht der **Datenpool der Santésuisse**. Durch die Arbeitsgruppe «Ärztstatistik» wurde der Pool erstmals mit einer neu entwickelten Methode ausgewertet. Das ärztliche Angebot resp. die ärztliche Versorgung wird nicht in Arbeitsstunden, sondern in Leistungen ausgedrückt. Unter Leistungen versteht man die Anzahl der Konsultationen und Hausbesuche, sowie die Anzahl behandelter Patienten. Die seit November 2005 vorliegenden Resultate weisen für 2000 bis 2004 sowohl bei den Grundversorger/innen wie auch bei den Spezialist/innen auf eine Zunahme der Versorgungseinheiten (näherungsweise Vollzeitäquivalente) hin. Allerdings ist der Zuwachs bei den Grundversorgertiteln nur gering (2.1%; bei Spezialist/innen 11.5%) und wesentlich kleiner als aus der FMH-Statistik hervorgeht.

■ Der **Santésuisse-Tarifpool** böte die Möglichkeit, die Grundversorger/innen anhand der gesammelten TARMED-Positionen zu definieren. Es könnte z.B. ein Schwellenwert festgelegt werden, ab welchem Prozentanteil Grundversorgungsleistungen ein Arzt als Grundversorger bezeichnet werden soll. Als nicht geeignet erscheint der TARMED derzeit noch für die Frage der absoluten Ärztezahlen resp. Versorgungseinheiten, da die Abdeckung mit rund 40 Prozent der Versicherer (Stand 15. Juni 2005) zu gering ist. Gleichzeitig fehlen wie im Datenpool auch im Tarifpool verschiedene Abrechnungen der Leistungserbringer (Selbstzahler/innen, Abrechnungen mit anderen Sozialversicherern und Privatversicherern). Dennoch könnten aus einer Auswertung nach Grundversorgerleistungen und Titelträger/innen wichtige Erkenntnisse gewonnen werden.

■ Ebenfalls als neuere Datenquellen können die **Trust Center der Ärzteschaft** bezeichnet werden, die in den letzten Jahren u.a. als Gegengewicht zum Daten- oder Tarifpool der Santésuisse entstanden sind. Gegenüber den Krankenkassendaten sollten die Trust Center den Vorteil haben, dass bei ihnen sämtliche Abrechnungen enthalten sind. Allerdings besteht keine Kontrolle darüber, und die Abdeckung durch die Trust Center ist derzeit noch unsicher. Ebenfalls unsicher ist der Zugang für unabhängige Forschung.

■ Als weitere Quelle kann die **Eidgenössische Betriebszählung** gelten. Die letzte Betriebszählung fand allerdings bereits 2001 statt. Neuere Daten (Betriebszählung 2005) liegen frühestens im Herbst 2006 vor. Zwischen den beiden derzeit verfügbaren Datenpunkten der Betriebszählung 1998 und 2001 fand eine Verringerung der Praxen für Allgemeinmedizin statt (minus 528 Praxen). Ebenfalls eine leichte Verringerung zeigte sich beim gesamten Personalbestand für diese Praxen (minus 1.7%). Ein Mangel der Betriebszählung liegt allerdings darin, dass die gerade in jüngerer Zeit zunehmend entstehenden Gemeinschaftspraxen nicht von Einzelpraxen unterschieden werden können, was zu einer Verzerrung bei der absoluten Praxenanzahl führt.

■ Die **Schweizerische Arbeitskräfteerhebung** SAKE wie auch die **Volkszählung** VZ erscheint für unsere Fragestellung zur ambulanten Grundversorgung nicht geeignet zu sein, dies insbesondere auf Grund der ungenügenden Differenzierung der Berufsgruppen (lediglich Erfassung als «Ärztin/Arzt»). Allenfalls könnten aus der Volkszählung interessante soziodemografische Kriterien der Ärzteschaft (Erwerbsstatus, berufliche Stellung) entnommen werden. Für Entwicklungsfragen ist jedoch die Periodizität von 10 Jahren etwas grob.

■ Als eine eher spezielle Datenquelle können die **Praxiseröffnungsinserate** in der Schweizerischen Ärztezeitung betrachtet werden. Diese Quelle zeigt einen klaren Rückgang der Eröffnungen bei den Grundversorgerpraxen in den letzten Jahren, insbesondere 2004. Den Daten dürfte allerdings nur ergänzenden Charakter zukommen, da eine Veröffentlichung von Praxiseröffnungen oder -übernahmen nicht obligatorisch ist und Schwankungen immer auftreten können. Vielversprechender wäre evtl. ein Vorgehen über **telefonische Register** (directories) resp. telefonische Adressen von Arztpraxen aus verschiedenen Jahren.



■ Keine verlässliche Angaben liefern die **kantonalen Bewilligungsregister** (BAB). Die Register sind uneinheitlich (z.B. erfordert in manchen Kantonen die privatärztliche Tätigkeit im Rahmen einer Spitalanstellung eine BAB, in anderen nicht) und beruhen auf unterschiedlichen Grundgesamtheiten. Ob, wann und in welcher Form von einer Bewilligung Gebrauch gemacht wird, lässt sich in der Regel nicht feststellen.

■ Die **FMH-Weiterbildungsstatistik** der Jahre 2000 bis 2004 ist durch die verschiedenen Änderungen bei der Erfassung (zusätzliche Erfassung des Praktischen Arztes/der praktischen Ärztin ab 2002) sehr schwierig zu interpretieren. Tendenziell lässt sich ab 2003 ein Rückgang der ausgestellten FMH-Titel für Allgemeinmedizin feststellen. Allerdings liegen die Zahlen über denjenigen von 2000 und 2001.

■ Aus der **Studierendenstatistik** geht hervor, dass die Zahl der Studierenden der Humanmedizin bis zum Studienjahr 1997/98 stetig zugenommen und mit 7'858 Personen einen Höchststand erreicht hat. Nach Einführung des Numerus clausus ab 1998 ging die Zahl der Medizinstudierenden zurück. Ab 2000/01 hat sie sich bei rund 7'000 bis 7'100 eingependelt. Im Zeitverlauf lässt sich eine klare Verschiebung zwischen den Geschlechtern ersehen. Waren im Studienjahr 1995/96 mit 54 Prozent noch die Mehrheit der Studierenden Männer, so macht ihr Anteil 2004/05 nur noch 44 Prozent aus. Die Einführung des Numerus clausus hat auf die Abschlüsse einen um rund 6 Jahre verzögerten Einfluss. Der NC dürfte sich also ab dem Jahr 2003 auf die Diplome auswirken. Ab ca. 2001 ist diese Zahl klar sinkend. In Bezug auf das Geschlechterverhältnis zeichnet sich bei den Abschlüssen zwar eine ähnliche Tendenz ab wie bei den Studierendenzahlen und den Studienbeginnenden. Jedoch ist der Trend durch die Zeitverzögerung noch weniger ausgeprägt.

■ Bei der Beurteilung der Entwicklung und des zukünftigen Bedarfs an Grundversorger/innen muss die Altersverteilung bei den heute aktiven Grundversorger/innen beachtet werden. Derzeit befinden sich viele Hausärzt/innen in Pensionsalternähe. Dies versucht unter anderem das **Projekt «Visage» des Kantons Genf** zu tun. Allerdings stützt sich das Projekt auf die bestehende FMH-Statistik mit ihren erwähnten Mängeln ab.

■ Ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung der Entwicklung bilden auch die Berufsmotivationen und Abgänge in andere Berufsfelder am Ende der Aus- oder Weiterbildung. Es existieren punktuelle **Berufszielstudien** (z.B. Halter et al. 2005), jedoch gibt es keine die gesamte Schweiz umfassende Untersuchung. Insbesondere fehlen auch Erkenntnisse darüber, welcher Teil der in den Umfragen erfassten Berufsziele sich später realisiert hat. Von grossem Interesse wären Erkenntnisse über Studienplatzwechsel, Studienabbrüche und Übertritte von Mediziner/innen in Berufsfelder ausserhalb der kurativen Patientenversorgung. Sicher ist, dass der Trend in Richtung mehr «Frauen» und mehr «Gruppenpraxen» in der Grundversorgung weist.

■ Wie könnten die Grundversorgerzahlen (in Vollzeitäquivalenten) und die Versorgungssituation fundiert abgebildet werden? In erster Linie wäre ein **kontrolliert nachgeführtes Register** notwendig, welches den neuen Arbeitsmodellen mit Teilzeitengagements etc. Rechnung trägt und auch eine genauere Grundversorgerdefinition als über die Facharztstitel ermöglichen sollte, da die Definition über Inhalte, Funktionen und Tätigkeiten mit den Ausbildungen resp. Facharztstiteln der real praktizierenden Ärzt/innen nicht absolut übereinstimmen muss. Die Erstellung wird von allen befragten Experten als sehr problembeladen beurteilt. Eine gewisse Verbesserung der Datenlage dürfte vermutlich das Register bringen, das in Zusammenhang mit dem neuen Medizinalberufsgesetz aufgebaut wird. Bei der Erbringung benötigter Daten könnte aus unsere Sicht sowohl mit den bestehenden Datenquellen (u.a. Versuche mit TARMED- oder Trust Center-Daten) als auch mit (Stichproben-)Befragungen bei Ärzt/innen gearbeitet werden - laut dem Experten der KHM läuft derzeit ein KHM-Forschungsprojekt zur Erhebung der Praxisauslastung der Grundversorger/innen. Für Fragen zur Versorgungssicherheit und -qualität müsste auch die Bevölkerung miteinbezogen werden.



## 5 Einschätzung des Trends in der Grundversorgung durch die interviewten Experten

Eine der Fragestellungen der Vorstudie betraf die Einschätzungen und Meinungen von Experten zu einem allfälligen Trends resp. zur Problemlage im Bereich der ambulanten Grundversorgung:

- Gibt es überhaupt einen bestimmten Trend bei den Grundversorger/innen? Auf was stützt sich Ihre Wahrnehmung? Welches sind die Auswirkungen? (Indikatoren)
- Wie bewerten Sie den Trend?
- Welche Ursachen sehen Sie für die Entwicklung? Bitte nehmen Sie zu folgenden Punkten Stellung:
  - individuelle Faktoren, Werte bei Studentinnen, Ärzten, Patienten etc.;
  - strukturelle Faktoren bzw. Gründe im System wie Anreize, Weiterbildungsvorschriften etc.;
  - konjunkturelle Faktoren wie Arbeitsmarkt, wirtschaftliche Entwicklung;
  - allenfalls weitere Punkte.

Die Antworten der Experten werden nachfolgend zusammenfassen protokolliert. Bei den Einschätzungen und Begründungen finden sich oft auch gleich Verbesserungsvorschläge.

### 5.1 Persönliche Einschätzung der Problematik und Wahrnehmung des Trends

#### FMH - Herr Georg von Below, Herr Jürg Jau

- Die FMH hat hierzu kaum Informationen. Das KHM weiss sicher viel mehr. Es gibt z.B. eine Studie, in welcher Inse- rate in der Ärztezeitung ausgewertet wurden [vgl. Abschnitt 4.1.8]. Aber es ist sicher ein Thema, dass gewisse Praxen in der Peripherie nicht mehr besetzt werden können. Aber warum das so ist, das wissen wir nicht. Aus der FMH- Ärzttestatistik kann man dies nicht ableiten, denn die Ärztezahlen sind ja nicht rückläufig. Auch nicht die Anzahl Grundversorger/innen in dem Sinne. Was höchstens rückläufig ist, ist die Dauer, die jemand arbeitet, also eine Zu- nahme der Teilzeitarbeit.
- Was wir aber schon sehen, ist z.B. die demografischen Verteilung der Altersklassen bei den Grundversorger/innen. In ruralen Gebieten haben wir eine Überalterung. Beispielsweise haben wir zwischen Langnau und Luzern im Entle- buch 9 Grundversorgerpraxen, 5 der Betreiber sind über 55-jährig. In 10 Jahren werden wir dort noch 4 Praxen ha- ben, weil es wird praktisch nicht möglich sein, dort Nachfolger zu finden für diese Praxen, das will einfach niemand mehr. Ich hatte zwar kürzlich mit einem Politiker Kontakt, für den dies kein Problem ist. In den Randregionen habe es halt weniger Ärzte, da müsse man halt ins Auto sitzen und in die Stadt fahren, wenn es nötig ist. Diese Ansicht kann man auch haben.
- Es hat sicher eine Strukturänderung oder -bereinigung oder besser gesagt eine Wahrnehmungsänderung im Kon- text mit den Randregionen stattgefunden. Man muss sich fragen, ob es heute wirklich noch notwendig oder sinnvoll ist, wenn man in jeder Randregion unmittelbar vor Ort eine medizinische Grundversorgung sicherstellen will. Zum Beispiel bei der Post macht man es nicht mehr. Banken machen es auch nicht mehr, da gibt es Bankomaten, Geschäf- te machen es sowieso nicht mehr. Ist dies jetzt bei der Medizin eine ähnliche Entwicklung, ist das gesellschaftspoli- tisch o.k., oder nicht? Ich erinnere daran, dass z.B. vor ein paar Jahren am Spital Meiringen die Geburtshilfe zugegan- gen ist, da hat es ein grosses Geschrei gegeben. Man möchte eigentlich in der Randregion keinen Verkehr und gute Luft etc., aber möglichst die Infrastruktur einer Uniklinik vor Ort.
- Das Systemproblem liegt aber tiefer. Wir haben eigentlich Strukturen in der Versorgung, die einerseits stark bevöl- kerungsverbunden sind - die Struktur des Hausarztes, der eigentlich die ganze Familiengeschichte der Population in seiner Gegend kennt, der auch eine Rolle gehabt hat, die eigentlich sehr viel weiter gegangen ist als die Versorgung von akuten Gesundheitsproblemen. Die andere Seite ist, dass wir von den Strukturen her immer noch ein System haben, das eigentlich auf die Behebung/Behandlung von isolierten akuten Gesundheitsproblemen ausgerichtet ist. Der Hausarzt hatte schon immer auch Aufgaben hintendran. Dem konnte man anrufen, wenn man im Spital bei einem Patienten das Gefühl hatte, es gebe da vielleicht irgendein Problem in der Familie; der Hausarzt hat das dann gewusst, der hat schon den Grossvater gekannt. Hier hat sich unsere Gesellschaft verändert und befindet sich in ei- nem Umwandlungsprozess. Auf der anderen Seite reagieren auch die Ärzt/innen und fragen, was mache ich, was ist jetzt meine eigene Definition von dem, was ich da mache. Es gibt dann solche, die bedauern, dass es nicht mehr so wie früher ist, und machen Vorschläge. Früher hatten wir die «Wartepauschalen». Wenn man gesagt hat: «Also gut, ich eröffne im Goms eine Praxis», dann hat man ein gewisses Geld erhalten, schon nur, weil man dies gesagt hat. Wir sehen es in Deutschland: Wenn man in Brandenburg eine Praxis übernimmt, dann erhält man viele Begünstigungen, z.B. in den ersten drei Jahren keine Miete zahlen etc. Das ist Strukturpolitik. Die Frage ist, ob sich dadurch das Prob- lem längerfristig lösen lässt. Hier müsste auch die Ärzteschaft überlegen, was eigentlich heute die Aufgabe des Grundversorgers ist. Der Trend ist kein primär medizinisches Problem, sondern ein gesellschaftspolitisches, das man unbedingt aufnehmen sollte. Gesundheits- und Versorgungsplanung kann man auch machen, wenn man sich im sozialen Diskurs darüber austauscht, was eigentlich die Anforderungen sind im System.

■ Teilweise entspricht die historisch gewachsene regionale Einteilung in der Notfallversorgung nicht mehr dem heutigen Bedarf. Wir haben z.T. Notfallkreise, die viel zu klein sind und vermutlich noch aus der Zeit kommen, als der Doktor zu Fuss oder mit dem Ross unterwegs war. Das ist so geblieben über die Zeit. Und jetzt sind hier zwei Ärzte, die sich für 1'000 Patient/innen über das ganze Jahr den Notfalldienst teilen, statt dass sie sich vielleicht mit 10 Kollegen in einem z.B. in 20 Autominuten erreichbaren grösseren Gebiet zusammenschliessen. Dann würde die Belastung durch den Notfall auch ausgeglichener.

### **Santésuisse – Herr Toni Haniotis, Herr Michael Bertschi**

■ Im Einzelnen können schon verschiedene Ängste bei den Ärzt/innen oder Politiker/innen bestehen. Wir sehen aber generell nur bedingt eine Verschärfung der Situation bzw. wir sehen keine Anzeichen für eine Notlage. Man sollte sich an die Zahlen halten: Es ist eben nicht so, dass etwas Dramatisches passiert. Man hat die FMH-Zahlen, die zeigen halt einen Zuwachs der Ärztezahlen 2000 bis 2003. Die Praxisinseratetstatistik von Herrn Marty dürfte viele Unbekannte haben. Vielleicht gibt es momentan wenig Praxisübernahmen, vielleicht gibt es dann aber in 10 Jahren sehr viele Übernahmen, wenn ein Generationenwechsel ansteht. Es kann auch sein, dass Gruppenpraxen sehr viel effizienter sind, so dass mit weniger Ärzt/innen mehr Patienten behandelt werden können.

■ Lokal kann es sicher gewisse Zentralisierungen oder eine Ungleichheit in der regionalen Verteilung geben. Es kann vorkommen, dass ein Arzt, der bisher 50 Prozent in einem Dorf tätig war, jetzt die Praxis schliesst oder sich z.B. an eine Gruppenpraxis im Nachbardorf anschliesst. Dann hat es halt im ursprünglichen Dorf niemanden mehr. Aber in der Summe sind nicht weniger Ärzt/innen tätig. Man liest in den Medien, dass hin und wieder ein Arzt Probleme hat, einen Nachfolger zu finden. Aber das ist noch lange kein Indiz für einen Ärztemangel, sondern das heisst einfach, dass für die betreffende Praxis kein Nachfolger gefunden wird. Vielleicht hat man ja Mühe einen Nachfolger zu finden, gerade weil das bestehende Angebot in der Region bereits hoch ist. Man kann nicht jede Praxis wiederbesetzen, wenn es ein Überangebot an Praxen hat. Es ist eine Art Strukturereinigung. Die Verkehrsströme haben sich auch verändert in den letzten Jahrzehnten. Es sind neue Knotenpunkte entstanden. Man sieht es auch bei den Poststellen, einige werden aufgehoben, andere umplatziert. Generell sind auch die Leute viel mobiler. Uns sind auf alle Fälle keine entsprechenden Fakten bekannt, dass ein Qualitätsverlust in den Randregionen eingetreten ist.

■ Für die Zukunft kann es schon sein, dass in gewissen Randregionen ein Problem entsteht und dass die Leute dann einen zu langen Weg zum Arzt haben. Aber auch diese These ist derzeit noch offen. Zahlenmässig haben wir heute sicher mehr Ärzt/innen als früher, zwischen 1998 und 2004 haben wir gesamtschweizerisch einen Zuwachs von 10 Prozent. Dabei stimmt es, dass mit dem zunehmenden Anteil der Frauen, die gewöhnlich eher Teilzeit arbeiten als Männer, die Anzahl Ärzt/innen eine weniger wichtige Grösse ist als das so genannte Vollzeitäquivalent. Wenn man die berechneten Vollzeitäquivalente nimmt wie in der Studie der Gruppe Ärztestatistik [vgl. Abschnitt 4.1.2] fällt der Zuwachs etwas geringer aus, es ist aber immer noch ein klarer Zuwachs. Wir haben sicher nicht einen Ärztemangel, höchstens ein gewisses Verteilungsproblem. Dieses widerspiegelt die heutigen Tarifrealitäten, welche keine Differenzierung der Tarife zulassen.

■ Die Problematik der Alterspyramide bei den praktizierenden Ärzt/innen ist kein ärztespezifisches Problem. Die Bevölkerungspyramide ist allgemein bekannt. Es wird eine Zeit kommen, in der weniger junge Menschen, auch weniger junge Ärzt/innen, da sein werden im Verhältnis zu den Pensionierten. Wenn man dann auch noch annimmt, dass die Pensionierten überdurchschnittlich häufig zum Arzt müssen, wird es sicher in den nächsten Jahren pro Arzt/Ärztin mehr Patient/innen geben. Jetzt ist die Frage, wie man mit dieser Situation umgehen will. Heisst das, dass es mehr Ärzt/innen braucht oder dass man sich technologisch anpassen will.

### **College-M – Herr Peter Berchtold**

■ Der Trend ist regional sehr verschieden. Man findet Regionen, bei denen die Situation vermutlich wirklich kritisch ist. Man findet aber auch Regionen, die wirklich «alles» haben.

■ Einer der wichtigsten Punkte ist, den Notfalldienst neu zu organisieren. Hier werden an den verschiedensten Orten in der Schweiz Ideen diskutiert und Studien erarbeitet. In naher Zukunft wird viel passieren. Unter anderem wird auch versucht, den Notfalldienst zwischen den niedergelassenen Ärzten und den stationären Einrichtungen zu verknüpfen. Notfall versteht sich dann eben nicht als schwerwiegende Unfälle etc. sondern als erste Anlaufstelle, sprich Grundversorgung. Dies möchte man natürlich nicht in einem teuren Spital der Tertiärversorgung haben, sondern man möchte sie auslagern. Auf der anderen Seite gibt es aber eben viele Leute, die gerne in eine solche anonyme Notfallbehandlung gehen, was natürlich vor allem ein städtisches Phänomen ist. Eine ähnliche Verlagerung ist auch das Angebot der medizinischen Call Center, wobei Studien zeigen, dass hier in der Schweiz bisher nicht viel passiert.

■ Man könnte auch den Einbezug nicht-ärztlicher Personen (z.B. «Nurse Practitioner») in der ambulanten Grundversorgung diskutieren, wie man dies von Schweden, den skandinavischen Länder allgemein und auch von Grossbritannien her kennt. Ein ähnliches Berufsbild gibt es auch in den USA mit den «Physician Assistant» - das US-System an sich ist aber sehr schwer vergleichbar mit demjenigen der Schweiz. In Schweden allerdings ist die Einführung von nicht-ärztlichem Personal aus der Not geboren worden. Es hatte zu wenig Grundversorger. Die Einführung geschah also auch mit Unterstützung der Ärzteschaft. In der Schweiz könnte ein solches System erst diskutiert werden, wenn es wirklich zu wenig Ärzte hätte. Dies wird ja nach Ansicht einiger Exponenten mittelfristig der Fall sein. Man täte evtl. gut daran, Vorkehrungen auf diesen Zeitpunkt hin zu treffen. Es könnte evtl. eine Alternative werden für die Landgemeinden.

### Kollegium für Hausarztmedizin – Herr Marc Müller

- Was man zuerst sagen kann: Im Moment haben wir gesamtschweizerisch gesehen sicher keinen Hausärztemangel, sondern ein Verteilungsproblem: Wir haben einen zunehmenden Mangel in den Randregionen.
- Was in der FMH-Statistik überhaupt nicht rauskommt ist der «Workload» der einzelnen Praktiker, also die Arbeitstätigkeit in Prozent der Praxistätigkeit. Und wir haben in der FMH-Statistik keine Alterspyramide, wobei die FMH das Alter der Mitglieder kennen würde. Von dem her ist es klar, dass vorwiegend in den Randregionen das Durchschnittsalter der Ärzte bei über 50 Jahren liegt. Wenn man die Weiterbildungszahlen bei den Allgemeinpraktikern anschaut, sieht man, dass der Output nicht mehr reichen wird, um das Niveau zu halten. Hier wird sich in Zukunft eine Lücke öffnen.
- Dazu ist es aber auch ein gesellschaftspolitisches Problem. Erstens beginnt es bei den Studienabgängern, welche heute zu zwei Drittel Frauen sind. Frauen haben eine tendenziell grössere Neigung hin zur Hausarztmedizin als Männer. Dies sieht man auch bei den Praxisassistenten-Zahlen. Auch nimmt der Anteil Frauen an den Grundversorgerpraxen stetig zu. Dadurch nimmt die Arbeitszeitleistung in der Praxis parallel zum zunehmenden Frauenanteil klar ab.
- Generell wird sich in der Praxislandschaft eine Strukturveränderung geben. Die Einzelpraxis wird sterben in den nächsten Jahren. Bestehende Praxen müssen umstrukturiert werden, so dass sie als Gruppenpraxen etc. weitergeführt werden können. Man muss die regionalen Versorgungsnetze, insbesondere im Notfallbereich den neuen Gegebenheiten anpassen.
- Die Situation ist an sich absolut vergleichbar mit der Entwicklung bei der Post. Wo ergibt sich der Protest gegen die so genannte Strukturbereinigung bzw. Aufhebung von Poststellen? - Auf dem Lande, dort wo Leistungen abgebaut werden. Hier muss ein politischer Prozess eingeleitet werden. Aus unserer Sicht darf die Entwicklung nicht einfach dem Markt überlassen werden, sonst erhalten wir die gleiche Situation wie in den neuen Bundesländern in Deutschland. Man wird in einer ersten Phase mit zuwenig Personal und zwangsweise tieferer Versorgungsqualität «weiterwursteln», bis die Bevölkerung nicht mehr mitmacht und dann in das entfernte Spital geht. Dann gibt sich jedoch klar ein Standortnachteil für den bisherigen Ort, für die Bevölkerung, den Wirtschaftsstandort etc.

### GEF Kanton Bern, Spitalamt – Herr Thomas Spuhler

- Es gibt einen längeren allgemeinen Trend, der vermutlich schon seit 30 Jahren andauert: Die absolute Zahl der Grundversorger/innen ist gestiegen, diejenige der Spezialist/innen ist aber noch weit stärker gestiegen. Das Verhältnis Grundversorger zu Spezialist hat sich also fortlaufend zu Ungunsten der Grundversorger/innen verschlechtert, und dies trotz drei oder vier Lehrstühlen für Allgemeinmedizin.
- Einen neuen Trend, den wir feststellen, ist nicht nur rein auf Grundversorger/innen, sondern auch auf Spezialist/innen bezogen. Es ist ein Trend zu weniger Bereitschaft, in Gebieten tätig zu werden, in denen die Lebensbedingungen nicht optimal sind. Wir sehen das auch bei der Spitalplanung. Vor drei Jahren hiess es noch von Seiten der praktizierenden Ärzt/innen: «Baut ja keine Ambulatorien auf an den Spitälern, die nehmen uns die Patienten weg.» Heute heisst es: «Fangt endlich an mit dem Bau von Ambulatorien. Wenn eine Praxis zugeht, kommt kein Neuer.» Wir haben im Kanton Bern in gewissen Landspitälern absichtlich Abteilungen aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen (z.B. Gynäkologie). Heute schliessen zum Teil die Spitäler die Abteilungen selbst, weil sie keinen Facharzt mehr finden, der bereit ist im Landspital zu arbeiten. In diesen Gebieten gibt es dann auch meist keine Praxis mehr mit dieser Spezialisierung. Aber in der Stadt hat es eine Massierung. In der Stadt Bern sitzen vermutlich die Hälfte der Gynäkolog/innen des Kantons Bern.
- Regionen, die einen Mangel melden, sind z.B. Meiringen und talaufwärts. Man erfährt hin und wieder, dass eine Praxis zugeht, allerdings nur anekdotisch, man prüft dies nicht nach. Es hat aber im Kanton Bern zwei entsprechende parlamentarische Vorstösse gegeben.
- Selber bewerte ich den Trend als momentan nicht sehr tragisch. Wenn man bereit ist, das jetzige System mit dem völlig freien Zugang zu allen Ärzten, welche eine Praxisbewilligung haben, als gegeben anzunehmen, dann gibt es fast keine andere Lösung als zu sagen: Gut, das ist jetzt einfach der neue Trend, dem müssen wir uns anpassen, wir können ihn allenfalls beeinflussen durch unsere Handlungsweise. Wenn ich von Staat her denke, muss ich mich fragen, ob es da jetzt relevante Benachteiligungen gibt. Hier sieht es so aus, dass das Land gegenüber der Stadt benachteiligt ist. Von daher gefällt mir der Trend schon nicht. Im Prinzip überzeugt mich das Argument, dass man aus Effizienzgründen Grundversorger/innen einsetzt und nicht immer den Spezialisten anvisiert. Der Grundversorger sollte eine «Schlüssellochfunktion» wahrnehmen. Wir haben heute zum Teil wirklich einen Überkonsum. Den anekdotischen Rekord, den ich gehört habe, ist: Eine Person hat innerhalb von 24 Stunden 3 Ärzte und 6 Apotheken aufgesucht und ist mit 5 Kilo Medikamenten dagestanden.
- Man sollte also grundsätzlich mehr unternehmen für die Grundversorger/innen. Aber dies ist nicht primär ein Ausbildungsproblem. Zweitens sollte man beobachten, ob nicht gewisse Gebiete Gefahr laufen, unterversorgt zu sein. Und wie will man die Probleme lösen? Mit Ambulatorien, die an die Spitäler angegliedert sind oder anderen Einrichtungen, mit welchen die Arbeitskräfte geteilt werden können? Was es brauchen würde, ist eigentlich ein Ausgleich innerhalb der Ärzteschaft und eine Rollendefinition der Grundversorger/innen. Was für die Zukunft sicher nicht Sinn machen würde, ist, dass sich jede/r Grundversorger/in noch irgend eine Spezialität «angelt», mit der er/sie versucht, dem Spezialisten ebenbürtig zu werden. Das Problem der speziellen Rolle des Grundversorgers muss gelöst werden. Es ist seit ca. 30 Jahren bekannt, bewegt hat sich aber bisher kaum etwas. Vor allem müsste man vom Image wegkommen, dass die Grundversorger/innen aufgrund ihres eingeschränkten Spezialistentums «alles falsch machen». Im Übrigen muss der finanzielle Ausgleich durch den TARMED, so wie er heute in Kraft ist, als misslungen bezeichnet werden.

**Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Kantonsarzt – Herr Ulrich Gabathuler**

■ Wenn wir den Kanton Zürich betrachten, dann sehen wir keine Hinweise auf einen offensichtlichen Notstand. Wir können sagen, dass die Bevölkerung mit den derzeit laufenden Praxen versorgt ist. Die Notstandsbewilligungen, die man noch in den 1960er und 70er Jahren machen musste, weil ganze Regionen keinen Arzt hatten ... dies ist seit den 1980er Jahren vorbei. So können wir mit Sicherheit sagen, dass der heutige Zustand keine Unterversorgung darstellt. Man könnte darüber diskutieren, ob es eine Überversorgung ist, aber mit Sicherheit keine Unterversorgung. Den Status Quo frieren wir jetzt ein. Damit riskieren wir, dass - wenn schon - die Praxenzahlen eher ab- als zunehmen. Wir lassen nur solche Praxen zur Übernahme zu, die zumindest zu 50 Prozent betrieben worden sind. Diejenigen Praxen, die weniger als 50 Prozent betrieben wurden, werden nicht mehr ersetzt.

■ Man merkt aber auch langsam, dass jetzt der Druck steigt. Teilweise melden sich Ärzte und Regionen, dass, wenn man so weiterfähre, man in ein paar Jahren eine Unterversorgung hätte. Ob das stimmt, weiss man momentan nicht. Andere Kantone haben da Erhebungen etc. gemacht. Wir haben bewusst darauf verzichtet, da wir nicht glauben, dass eine verlässliche Schätzung resultiert hätte. Wir gehen nach wie vor davon aus, dass der Staat die ambulante Versorgung nicht regulieren muss, sondern höchstens subsidiär aktiv werden soll. Wir haben hier eine liberale Haltung.

■ Es gibt aber auch tatsächlich ein Problem, das sich abzeichnet. Dies ist vor allem im Notfalldienst sichtbar. Der allgemeinärztliche Notfalldienst kommt überall etwas in die Krise. Der Notfalldienst muss sichergestellt werden. Dies ist eine staatliche Aufgabe. Und es ist nicht damit gemacht, dass man einfach Notfallstationen betreibt. Man muss auch die Hausbesuche organisieren. So gesehen, ist es eigentlich auch nicht im Interesse der Öffentlichkeit, dass es grosse HMO-Zentren mit riesigen Einzugsgebieten gibt. Die HMO-Grösse haben wir hier im Kanton als einzige in der Schweiz nach oben begrenzt (600 Stellenprozent Allgemeinmedizin). Die Organisation der Hausbesuche etc. hätte erhebliche Kostenauswirkungen für den Staat und das Gesundheitswesen. So gesehen muss eine Aufwertung der hausärztlichen Medizin geschehen. Wir haben jetzt den Gemeinden das Instrument in die Hand gegeben, dass sie ihre niedergelassenen Ärzt/innen zum Notfalldienst verpflichten können. Ein «Verknurren» ist jedoch nie eine gute Lösung. Eine Idee ist auch, dass ein Pool gegründet wird, in den Nichtteilnehmende einzahlen und damit den Notfalldienst der anderen abgelten. Wir möchten jedoch grundsätzlich, dass die Selbstregulation über die regionalen Ärztesellschaften funktioniert. Wir wollen einen Notfalldienst, der dezentral ist und in der Eigenverantwortung der Ärzte liegt.

■ Die «Feminisierung» der Ärzteschaft verschärft die Problematik sicher. In der Chirurgie hat man traditionellerweise kaum Frauen, da die Weiterbildung zeitlich stark auf eine männliche Biografie ausgerichtet ist. Frauen gehen daher häufig in die Grundversorgung und arbeiten dann dort nur noch teilszeitlich. Die Problematik der Abnahme bei den Grundversorgung wird also noch verstärkt durch die Zunahme des entsprechenden Frauenanteils.

■ Des Weiteren ist die Alterspyramide bei den Grundversorger/innen wirklich eklatant. Bei den Spezialist/innen ist sie nicht so ausgeprägt. Es zeigt sich ja über die Jahre, dass der Anteil der Spezialist/innen immer etwas zunimmt und derjenige der Grundversorger/innen abnimmt.

**5.2 Ursachen des Trends**

Einige von den Experten genannten Ursachen wurden bereits im Abschnitt zu den Rahmenbedingungen (Abschnitt 3.4) erwähnt.

**FMH - Herr Georg von Below, Herr Jürg Jau**

■ Die grössere Mobilität der Bevölkerung spielt sicher eine Rolle. Die Leute gehen heute dort zum Arzt, wo sie auch arbeiten, also in der Nähe der Stadt und nicht im Dorf, wo sie wohnen. Man weiss das auch aus Studien aus anderen Ländern. Immer mehr Leute haben heute keine feste Hausarztbeziehung, sondern gehen für eigentlich normale Grundversorgerdienstleistungen im Bedarfsfall dorthin, wo es gerade geht, in eine Poliklinik, ein Ambulatorium oder irgendeine Notfallstation in einem Spital. Das führt dazu, dass sich Spitäler überlegen, parallel zu deren Notfallstationen, die dauernd überlastet sind und ihre relativ teuren und sowieso schon überladenen Personalressourcen binden, separat ein Ambulatorium anzubieten, das eben nicht nur wie eine Praxis von «nine to five» sondern auch Samstag oder Sonntag offen hat.

■ Wir haben unsere Gesellschaft, die sich verändert und in einem Umwandlungsprozess befindet, auch was die Beziehung der Bevölkerung in einer bestimmten Region zu ihrer eigenen Region betrifft.

■ Die «Work-life-Balance» bei der Ärzteschaft, die veränderten Lebensläufe und Lebensplanungen heutiger Menschen sind sicher ein Thema. Heutige jüngere Menschen sind weniger bereit, den Beruf derart zu ihrem Leben zu machen wie bei früheren Generationen. Und es gibt immer mehr Frauen unter den Ärzt/innen. Im Studium machen sie bereits ca. 50 Prozent aus. Sie sind am aufholen, aber durch die Lebensumstände können sie oft ihre Weiterbildung nicht so rasch abschliessen, wie sie dies wünschen, so dass sie in den nächsten 20 Jahren sicher nicht auf 50 Prozent bei der praktizierenden Ärzteschaft aufholen werden.

■ Was sicher ein Problem ist, ist der hohe «Workload» bei den Grundversorger/innen, insbesondere für den Notfalldienst im Sinne von «Standby». Gerade in den ländlichen Gebieten ist die Zeitbelastung sehr hoch. In der Stadt lässt sich das besser über entsprechende Strukturen managen resp. verteilen. Das kann heissen, dass ich auf dem Lande 120 Tage im Jahr Dienst habe, wo ich nichts verdiene, solange nichts passiert. Man hat hier einen Servicevertrag ohne Grundpauschale. Das ist wirklich aussergewöhnlich und ein Problem in der Profession. Die heutigen Ärzt/innen wollen den Stress nicht mehr. Daneben werden auch die Erwartungen der Patient/innen immer höher. Es gibt gewisse Gren-

zen, was man realistischer Weise noch bieten kann. Daneben muss man als Grundversorger/in dauern «up to date» bleiben (Stichwort Reanimationssituationen, Intubieren usw.).

■ Vom Status her ist die Wahrnehmung in der Tendenz sicher richtig, dass man als Grundversorger/in nicht zur Elite gehört wie beispielsweise als Chirurg/in. Das hat damit zu tun, dass die Grundversorgermedizin bisher wenig gefördert wurde. In Basel ist jetzt vor kurzem das erste universitäre Institut für die Hausarztmedizin gegründet worden. Also bei meiner Ausbildung - ich bin heute 45 - war es im Studium schon noch so: Grundversorger war eine Negativdefinition, alles was nicht klar einem Fachgebiet zugeordnet werden konnte, also so der Rest, das ist nachher Grundversorgung. Und das ist halt wirklich nicht so attraktiv. Es stellt sich dann aber auch die Frage, was ist die Aufgabe eines Grundversorgers. Man weiss aus internationalen Studien, dass durchaus positive Korrelationen bestehen zwischen der Lebenserwartung einer Population und einer grundversorgerorientierten medizinischen Versorgung in der Gesellschaft. Es gibt Studien, die zeigen, dass bei einer zunehmenden quantitativen Versorgung mit Spezialärzt/innen die Lebenserwartung sinkt. Daher stellt sich schon die Frage, ob man die Grundversorgung auch politisch, z.B. über einen «Public Health-Approach», nicht vermehrt ansprechen und aktiv unterstützen müsste. Ich denke die Statusfrage ändert sich langsam, sie ist aber sicher auch ein Spannungsfeld zwischen den Spezialist/innen und den Grundversorger/innen.

■ Was ich aber auch glaube, worunter meine Kolleginnen und Kollegen stark leiden, ist die Änderung des psychologischen gesellschaftlichen Vertrags. Früher hatte ich als Arzt/Ärztin ein sehr hohes Prestige, möglicherweise in Bezug auf den Reallohn auch ein höheres Einkommen heute - natürlich auch je nach Fachgruppe. Aber in den letzten Jahren ist der psychologische Vertrag zwischen der Ärzteschaft und der Gesellschaft neu formuliert worden. Aus der Sicht der Ärzt/innen zu ihren Ungunsten, d.h. «mir begegnet man mit Misstrauen». Da fehlt eigentlich die Wertschätzung, von der ich als Arzt das Gefühl hatte, dass ich sie einmal bekomme. Man weiss aus der Arbeitspsychologie, dass bei jedem Vertrag der psychologische Vertragsteil zentral ist. Meine Erfahrung bei Kollegen, die so um die 45 sind und auch etwas «Burn-out» gefährdet, die sagen: «Ja das Geld ist das eine, aber die Leute haben mich nicht mehr lieb. Wir kommen immer in der Zeitung, wir werden immer angegriffen, wir seien ‚Abzocker‘, wir brächten Leute um. So haben wir das nicht abgemacht.» Das führt zu einer ganz fundamentalen Verunsicherung.

■ Strukturell haben wir daneben sicher das Spannungsfeld in Richtung Verreglementierung der Medizin. Hier besteht bei der FMH grosse Angst, dass man die eigene Autonomie verliert.

■ Den konjunkturellen Faktor merkt man dahingehend, dass der wirtschaftliche Druck auf die Leistungen, welche die Ärzt/innen anbieten, massiv zugenommen hat. Die FMH hat sich lange auf die Weiterbildung und die Fähigkeiten der einzelnen Ärzt/innen konzentriert. Dies funktioniert gut. Wir haben es aber verpasst, die Systemfunktionalität zu untersuchen und zu dokumentieren, sozusagen das nachgewiesene Resultat. Jetzt werden die Ärzt/innen mit solchen Fragen konfrontiert. Was fehlt, ist das notwendige Instrumentarium. Die FMH reagiert hier Input-orientiert, z.B. wir schaffen noch mehr Fähigkeitsausweise, um sicherzustellen, dass nur noch diejenigen Ultraschall machen dürfen, die das können. Dies stellt leider noch nicht sicher, dass sie nur dann einen Ultraschall machen, wenn es sinnvoll wäre. Auf der anderen Seite haben aber auch die Versicherer kein Instrumentarium dafür, sondern nur Kostendaten. Sie versuchen das Problem der Systemfunktionalität durch die Analyse der Kosten zu lösen, und das geht nicht. Ein klassisches «Hammer-Nagel-Syndrom»: Wen man einen Hammer in den Händen hält, sieht man jedes Problem als Nagel. Aber sicher ist, dass der wachsende Druck den Ärzt/innen Angst macht. Auch die Diskussion um die Vertragsfreiheit. Bei der FMH hören wir schon auch, dass es den Ärzt/innen langsam verleidet und sie unter diesen Bedingungen nicht mehr können oder wollen.

■ Weiter ist konjunkturell auch, dass die Banken zunehmend fragen, ob jemand noch kreditwürdig sei. So sind auch schon Banken an die FMH gelangt, um z.B. nachzufragen, ob man das Gefühl habe, es brauche in Zürich noch eine weitere Kardiologiepraxis. Eine Praxis ist in dem Sinne eine KMU. Da überlegt man sich schon zweimal, ob diese in einer Randregion rentiert. Man könnte ja auch einen «Stördoktor» schicken, wenn etwas ist oder mit dem Helikopter einfliegen.

■ Man kann schon auch sagen, dass wenn jemand primär materielle Anreize in der Weiterbildung in den Vordergrund stellt, dann wird er nicht Grundversorger/in, sondern z.B. Intensivmediziner/in, Anästhesiolog/in oder so etwas. Wer materiell priorisiert, wird irgendwo anders landen.

■ Der negative Trend hat schon auch mit dem TARMED zu tun, weil die Ärzt/innen gewisse Sachen als Grundversorger/innen nicht mehr abrechnen können, welche man früher noch konnte. Bei den Ärzt/innen, die in der Aus- oder Weiterbildung sind, spielt dies aber vermutlich noch keine Rolle.

### **Santésuisse – Herr Toni Haniotis, Herr Michael Bertschi**

■ Wie schon erwähnt: Es passiert eigentlich gar nichts Dramatisches, wenn man die Zahlen betrachtet. Man muss also nicht nach den Ursachen suchen, wenn sich gar keine Wirkung ersehen lässt.

■ Ein Problem sind aber sicher die hohen Präsenzzeiten. Von den Ärzt/innen wird ja erwartet, dass sie durchgehend erreichbar sind, auch am Sonntagmorgen. Dieses Phänomen kannte man früher auch bei den kleinen Ortsläden auf dem Lande.

■ Teilweise ist heute auch die Telemedizin ein Ersatz für den Hausarzt/die Hausärztin. Dort werden allgemeine Fragen beantwortet. Daneben hat man dann vielleicht eine/n Spezialärztin/-arzt.

■ In Bezug auf die Aufhebung des Vertragszwangs ist zu sagen, dass diese noch sehr weit weg ist. Die Aufhebung des Kontrahierungszwang kann damit kaum als Grund für irgendeinen Trend angeführt werden.

■ Es gibt einen Zulassungsstopp, der hat aber bisher kaum etwas bewirkt. Allerdings, wenn man z.B. das Problem in Deutschland betrachtet - wir haben natürlich auch deutsche Ärzt/innen, die Praxen in der Schweiz übernehmen - ist



schon zu sagen, dass wenn bei uns ein Zulassungsstopp gilt und wir dann einfach ausländische Ärzt/innen reinlassen, dann ist dies keine kohärente Politik.

■ Tendenziell sollte man die Entscheidungen der Einzelnen spielen lassen. So darf man grundsätzlich nicht zu stark eingreifen, nicht beim Zulassungsstopp und auch nicht beim Numerus clausus, sonst kann es schon sein, dass man dann am Schluss zuwenig Ärzt/innen hat und man sie dann importieren muss. Grundsätzlich ist es aber wie bei jedem anderen Berufssektor: Auch wenn ein Informatiker studiert, kann sich bis zum Ende seines Studiums die Lage völlig ändern und dann hat man halt zu viel oder zu wenig und dann passen sich die Löhne an. Die Informatiker leben von vornherein mit Vertragsfreiheit. Es gibt halt in allen Berufsfeldern gewisse Entwicklungen. Von dem her sollte nicht zuviel Aktivismus entwickelt werden, weder in die eine noch in die andere Richtung.

■ Es gibt sicher einen Trend zu Gruppenpraxen, dass sich Ärzte aus wirtschaftlichen Gründen zusammenschliessen (Stichwort Mindestgrösse für eine Praxis). Wenn man die Einkommensstatistik der FMH anschaut, so verdient ein Allgemeinmediziner aber nicht massiv weniger als ein Spezialist.

### College-M – Herr Peter Berchtold

■ Der wichtigste Punkt betrifft die vor dem Hintergrund der heutigen Wertvorstellungen unattraktiven Arbeitsbedingungen für Grundversorger/innen auf dem Land. Was früher attraktiv war, ist es heute nicht mehr. Eine Praxis auf dem Lande lässt sich nicht mehr mit den heutigen gesellschaftlichen Wertvorstellungen darüber vereinbaren, was unter einem spannenden Leben verstanden wird. Dies ist heute einfach nicht mehr «bügle bis zum Geht-nicht-mehr». Wenn man auf dem Land eine Praxis hat, heisst dies: wenig Freizeit, wenig Ferien, Schwierigkeiten, Stellvertreter zu finden etc. Wichtig wäre es vor allem, den Notfalldienst neu zu organisieren.

### Kollegium für Hausarztmedizin – Herr Marc Müller

■ Der medizinische Nachwuchs ist heute nicht mehr bereit, der Praxistätigkeit alles andere unterzuordnen. Dies ist ein gesellschaftspolitisches Problem, das man nicht nur in der Medizin, sondern überall feststellt. Heute wollen die jungen Ärzt/innen die Familie oder die Freizeit nicht mehr der Praxis unterordnen, auch nicht in einer Anlaufzeit. Dies führt dazu, dass Nachfolgeprobleme dort entstehen, wo einzelne Ärzt/innen für grössere Regionen zuständig sind oder wo es wenige Ärzt/innen hat, was eine grosse Präsenz im Notfalldienst nötig macht. Daneben spielen heute auch Faktoren wie das kulturelle Angebot einer Region eine Rolle (z.B. Weg zum Stadttheater), ob sich ein/e Nachfolger/in finden lässt oder nicht. Solche Faktoren haben früher einfach eine kleinere Rolle gespielt. Es gibt eine Studie aus den 1960er Jahren, in welchem die Ärztefrauen es z.B. als selbstverständlich betrachteten, für ihren Mann eine Art «Back-Office-Rolle» wahrzunehmen. Die gleiche Studie aus den 1990er Jahren zeigt, dass 80 Prozent der Frauen ihr Berufsleben von demjenigen des Mannes trennen und eine eigene Rolle oder Karriere anstreben.

■ Wir werden sicher gewisse Ansätze finden müssen, eine Vernetzung zwischen Spital und Arztpraxis hinzubringen, wenn der Notfalldienst zukünftig auf einem vernünftigen Niveau gewährleistet werden soll. Zum Beispiel gibt es hier einen holländischen Ansatz, wo Hausärzte ihren Notfalldienst im Spital resp. im Rahmen der dortigen Infrastruktur, die ohnehin läuft, leisten. Der Aufschwung der Ambulatorien ist sicher zu einem Teil auch von den Hausarzt/innen hausgemacht. Da ihr Angebot einfach zu schlecht ist, sind sie z.T. selber Schuld, wenn ihre Patient/innen direkt in die Notfallstationen gehen. Wenn man z.B. in der Stadt am Abend um 17.00/18.30 Uhr einem Hausarzt anruft, landet man überall beim Telefonbeantworter: «Bitte melden sie sich beim Notfallarzt.» Entweder geht man dann direkt ins Spital oder ruft diesem Notfallarzt an, wobei man nicht weiss, was es kostet, wie lange man am Telefon ist, bis man eine Antwort erhält (Warteschlange) etc. Es fehlt bei vielen Hausarzt/innen an der Bereitschaft, ihre Praxen niederschwellig offen zu halten. Grundsätzlich aber ist der Notfalldienst die Visitenkarte der medizinischen Grundversorger/innen, es ist gleichzeitig auch das einzige PR-Instrument, das der einzelne Hausarzt hat. Auf Ebene Triage wird wohl zukünftig auch nicht-ärztliches Personal gewisse Funktionen übernehmen. Der effizienteste Einstieg in die Gesundheitsversorgung ist und bleibt aber sicher der Einstieg über den persönlichen Hausarzt, den man seit längerem kennt.

■ Das Problem hängt aber auch damit zusammen, dass die jungen Ärzt/innen in den Spitälern bessere Arbeitsbedingungen haben und dass sie heute mehr «Respekt» davor haben, sich alleine einer kritischen Situation ausgesetzt zu sehen. Dies sieht man z.B. bei den internistischen Spezialist/innen, die zunehmend am Spital angebunden bleiben möchten. Als alleiniger Hausarzt hat man keinen Ober- oder Chefarzt mehr, denn man rasch fragen kann.

■ Für den einzelnen Arzt/die einzelne Ärztin spielt das Statusdenken (Chirurg/in versus Grundversorger/in) vermutlich kaum eine Rolle.

■ Wirtschaftlich gesehen wäre eine Praxis auf dem Lande sicher noch attraktiv. Es kann nicht das Geld sein, dass hier den Riegel schiebt. Vermutlich wird es schon kommen, dass Regionen, wenn sie keinen Arzt finden, gewisse Anreize schaffen müssen, damit jemand kommt. Das kann z.B. die Zurverfügungstellung der Infrastruktur (altes System der «Wartgeldpraxen») sein.

### GEF Kanton Bern, Spitalamt – Herr Thomas Spuhler

■ Wir sehen einen generellen Trend zu weniger Bereitschaft, in Gebieten tätig zu werden, in denen die Lebensbedingungen nicht optimal sind. Wenn es um die Frage geht, wo jemand praktizieren soll, dann sind es häufig die eigenen gesellschaftlichen Werte, die eine Rolle spielen. Früher zog es einen noch dorthin, wo man herkam. Heute gehen die Studierenden seltener dorthin zurück. Man kommt in andere Lebensumstände, dann verschiebt sich das Gewicht.



Gebiete, die wirtschaftlich nicht prosperieren, in denen kulturelle Aktivitäten fehlen oder die Bedingungen für eine gute Ausbildung für Familien nicht gegeben sind, die sind einfach unattraktiv. Dort gehen junge Ärzt/innen nicht hin. ■ Bei den individuellen Faktoren sind sicher auch die Werte anzusprechen, die einem in der Weiterbildung vermittelt werden. Diese sprechen ganz klar gegen eine Laufbahn als Grundversorger/in und favorisieren das Spezialistentum. Vom Status her ist es klar, der Grundversorger ist «de blöd Chäib». Das Verhalten gegenüber den Allgemeinpraktikern, wenn man in der Klinik ist, hat sich kaum geändert. Auch Informationen in den Medien steuern in Richtung Spezialisierung.

■ Individuell spielt sicher auch noch die Arbeitsbelastung eine Rolle. Man nimmt einfach an, dass wenn man Spezialist/in ist, dass man die Arbeitsbelastung besser in Grenzen halten kann. Als Grundversorger/in weiss man, dass man mehr oder weniger rund um die Uhr verfügbar sein sollte. Aber vielleicht ergibt sich hier eine Änderung durch den höheren Frauenanteil und andere Organisationsformen.

■ Die gesetzlichen Bedingungen auf kantonaler Ebene sind sehr bescheiden. Man muss nicht viel mehr als sein Diplom ausweisen [Kommentar: die Aussage ist stark überspitzt, seit 2002 wird von allen Ärzt/innen auch ein Weiterbildungstitel verlangt]. Im Kanton Bern, wie in vielen anderen Kantonen, handelt man sich mit der Praxisbewilligung aber die Pflicht ein, sich am Notfalldienst zu beteiligen – auch als Facharzt/-ärztin ist man hier verpflichtet. Verantwortlich sind die ärztlichen Bezirksvereine. Je nachdem wie viele Ärzt/innen verfügbar sind, gibt es dann Ausnahmen. Es ist klar, dass die Spezialist/innen versuchen, sich eher rauszuhalten. Sie sagen z.B. ich kann nicht, ich habe noch Spitalpatient/innen.

■ Der Einfluss der Weiterbildungsvorschriften dürfte nicht gross sein. Positiv ist sicher, dass die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner und die Fortbildungspflicht die Voraussetzung schafft, die Rolle des Grundversorgers/der Grundversorgerin richtig ausfüllen zu können.

■ Von einer allfälligen Aufhebung des Vertragszwangs als mögliches Steuerungsmittel halte ich nicht viel. Das Gesundheitssystem wird dann für die Patient/innen zu einer eigentlichen «Katastrophe». Sie müssen sich jedes Mal überlegen, ob sie jetzt auf Grund ihrer Versicherungsdeckung zu einem bestimmten Arzt dürfen oder nicht. Insgesamt gibt es einen riesigen Aufwand, um den Überblick zu behalten, da jede der drei Parteien Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer mit jeder Partei Verträge abschliessen kann. Besser wäre es, die Strukturen zu vereinfachen, damit mehr Zeit für die Leistungserbringung zur Verfügung steht und nicht für die Administration und ein «Hickhack» um die Abrechnungen.

■ Strukturell kommt dem KVG die zentrale Rolle zu. Einerseits durch die Regelung der freien Arztwahl andererseits durch den TARMED. Wenn man die Tarifpositionen im TARMED anschaut, was z.B. ein Ultraschall kostet, etwas Chirurgisches, Behandlungen an den Augen etc.: Dies wird so gut honoriert, dass Personen mit den entsprechenden Geräten klar ein deutlich höheres Einkommen erzielen, als solche ohne. Dies fördert sicher die Spezialisierung auf eine Tätigkeit, welche viel Geld bringt. Das Ziel, das die Klassifikation gehabt hatte, d.h. die Ärzt/innen nach ihrem Zeitaufwand honorieren zu können, so dass z.B. auch ein Pädiater oder Psychiater auf ein ihrem Zeitaufwand entsprechendes Einkommen kommen kann, wurde klar nicht erreicht.

■ Wirtschaftlich kann man natürlich ganz unterschiedlich anfangen mit einer Praxistätigkeit. Man kann sich mit Hilfe der Banken für eine Million seine Praxis einrichten. Aber man kann eine Grundversorgerpraxis im Prinzip auch über ein «Brockenhaus» einrichten. Die Investitionen für einen Grundversorger nach englischem Vorbild z.B. sind nicht gross. Er macht etwas Trockenchemie, das sind laufende Ausgaben, er braucht ein Blutdruckgerät, einen Computer, kein Röntgen, nichts, keine grossen Investitionen. Warum brauche ich einen Designertisch beim Patientengespräch? Wichtig ist die Qualität der Dienstleistungen.

### Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Kantonsarzt – Herr Ulrich Gabathuler

■ Nicht zu unterschätzen ist die Frage der Wertschätzung und des sozialen Image der Ärzteschaft. Es geht ja um die Hilfe am Menschen und nicht nur um Geld. Dem entgegen steht heute z.T. der Trend, dass die Patient/innen die Gesundheitsleistungen als Konsumgut betrachten. Die Ärzt/innen werden zu wenig wertgeschätzt, es gibt Beschwerden, sie kämen zu spät, würden falsch behandeln etc. Natürlich sind die Ärzt/innen hier nicht nur Opfer, sondern die Dynamik ist gegenseitig. Die Ärzteschaft kann sich auch nicht auf der einen Seite als Normalbürger benehmen, ohne besondere gesellschaftliche Leistungen zu erbringen, und dann auf der anderen Seite ein sehr hohes soziales Image erwarten. Aber vielleicht hat das Pendel heute doch zu stark auf die anderer Seite ausgeschlagen.

■ Ob die wirtschaftliche Entwicklung eine Rolle spielt, ist schwierig zu beurteilen. Es ist so, dass im Kanton Zürich der Taxtpunktwert nie mehr angepasst wurde und jetzt noch gesenkt wurde. Aber es gibt auch andere Möglichkeiten der Korrektur. Aber evtl. kann es schon stimmen, dass das Arztsein nicht mehr zu den absolut lukrativen Bereichen in der Gesellschaft gehört. Die Kreditwürdigkeit bei den Banken für junge Ärzt/innen hat sich vermutlich schon geändert. Man muss schon auch sehen, dass gegenwärtig ein Teil der Praxen im Kanton Zürich nicht von Einheimischen übernommen wird, sondern von zugewanderten Deutschen, die ihre Praxen in Deutschland schliessen und hier in der Schweiz arbeiten kommen. Die einheimischen Ärzt/innen, die solche Praxen verkaufen, geben häufig an, dass sie keine Schweizer/in gefunden hätten.

## 5.3 Zusammenfassung und Diskussion

■ Bei den Einschätzungen des Trends sind sich sämtliche Befragten einig, dass derzeit nicht von einem allgemeinen Ärztemangel gesprochen werden kann. Auch die **Anzahl Grundversorger/innen** sei **nicht**

**rückläufig.** Was jedoch rückläufig sei, sei das Arbeitsvolumen bzw. es gebe eine Zunahme der Teilzeitarbeit. In diesem Zusammenhang wird zumeist der wachsende Frauenanteil bei den Grundversorger/innen angeführt, der den Trend zu vermehrter Teilzeitarbeit und damit die Problematik des geringeren Arbeitsvolumens verstärke.

■ Gleichzeitig wird von allen Experten betont, dass es sich um ein **regional sehr unterschiedliches Problem** der Verteilung handelt. Engpässe würden vor allem in gewissen Randregionen auftreten. Hier würde es schon vorkommen, dass für bestimmte Praxen keine Nachfolger gefunden würden.<sup>26</sup> Die Problemlage werde nicht zuletzt auch durch die Alterspyramide bei den Grundversorger/innen auf dem Land verschärft, welche vom Zürcher Experten als «eklatant» bezeichnet wird. Der Vertreter der KHM weist darauf hin, dass der Output der Weiterbildung in den nächsten Jahren nicht reichen wird, um die Grundversorger im Pensionsalter zu ersetzen. Im Hintergrund des Verteilungsproblems stehe der Trend, dass immer weniger junge Ärzt/innen in die Randregionen gehen, um dort eine Praxistätigkeit aufzunehmen. Auch die Experten der Santésuisse merken an, dass es in der Zukunft Leute geben könnte, die einen zu langen Weg zum nächsten Arzt/zur nächsten Ärztin haben. Derzeit sei die These aber noch offen.

■ Der Trend wird den von den Experten der FMH nicht als medizinisches, sondern **gesellschaftspolitisches Problem** wahrgenommen. Mehrere Befragte, auch der Vertreter des KHM, sprechen von einer **Strukturanpassung**, wie diese etwa auch bei der Post oder im Bankenbereich erfolgt sei. Die Verkehrsströme hätten sich geändert. Neue Zentren würden entstehen. Die Leute seien viel mobiler als früher. Grundsätzlich werde sich die Praxislandschaft in den nächsten Jahren ändern. Die Einzelpraxis werde zunehmend verschwinden und Gruppenpraxen Platz machen.

■ Die Entwicklungen werden sehr **unterschiedlich bewertet.** Die Experten der Santésuisse sehen keine Anzeichen für eine Notlage, dies würden die Zahlen deutlich zeigen. Wenn keine Nachfolger/innen für Landpraxen gefunden werden, könnte dies auch auf ein Überangebot an Praxen und nicht auf einen Ärztemangel zurückgeführt werden. Es handle sich, wenn überhaupt, um keinen dramatischen Trend, sondern allenfalls um Verschiebungen im Komfortbereich. Auch die beiden Experten aus den Kantonen haben keine Hinweise auf einen Notstand. Pessimistischer sieht es der Experte des KHM, der auf Grund von Praxisschliessungen um die medizinische Versorgung, ihre Qualität und den Wirtschaftsstandort der Randgebiete fürchtet. Die Kantonsvertreter stellen fest, dass der politische Druck in letzter Zeit ansteigt. Sie sehen die Aufgabe des Staates vor allem darin, die hausärztliche Versorgung im Sinne von Hausbesuchen und Notfalldiensten zu gewährleisten und regionale Benachteiligungen möglichst zu vermeiden.

■ In Bezug auf die Ursachen für den Trend werden von allen Experten **ähnliche Gründe** genannt, wobei die Experten der Santésuisse betonen, dass es für sie noch keine Auswirkungen gebe, weshalb man auch nicht nach Ursachen suchen sollte.

■ Neben der bereits bei der Wahrnehmung des Trends erwähnten zunehmenden **Teilzeitarbeit** kamen weitere gesellschaftliche Veränderungen zur Sprache wie die grössere **Mobilität** der Bevölkerung. Die Leute würden vermehrt in der Nähe ihres Arbeitsplatzes, also in der Stadt zum Arzt gehen und nicht mehr auf dem Dorf, wo sie wohnen. Immer mehr Leute hätten keine feste Hausarztbeziehung mehr, sondern würden beim Bedarfsfall in ein **Ambulatorium** oder eine Notfallstation in einem Spital gehen. Teilweise seien daran aber auch die kurzen Öffnungszeiten der Grundversorgerpraxen schuld. Teilweise würde der Gang zum Hausarzt auch durch die heutige **Telemedizin** ersetzt.

<sup>26</sup> In zwei Artikeln weist Monniers (2004) darauf hin, dass in der Romandie die Anzahl der Grundversorger/innen (hier Allgemeinmedizin, Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Pädiatrie) aktuell «befriedigend» sei, dass aber die geografische Verteilung zwischen Stadt und Land sehr ungleich sei und in Richtung Überversorgung in der Stadt, Unterversorgung auf dem Land zeige. Seine Berechnungen weisen auf ein Defizit bei den Praxiseröffnungen auf dem Land seit 1992 hin, das sich insbesondere seit 2002 vergrössert habe. Auch würden gerade die Neueröffnungen bei den Grundversorger/innen zurückgehen, während sie bei den Spezialist/innen zunähmen.

■ Durchgehend von allen Experten wurde eine Veränderung in den **Wertvorstellungen** der heutigen jüngeren Bevölkerung als Ursache genannt. Jüngere Menschen seien heute weit weniger als frühere Generationen bereit, ihren Beruf zu ihrem Leben zu machen. Vor dem Hintergrund heutiger Wertvorstellungen seien das Leben und die Arbeitsbedingungen in einer Grundversorgerpraxis auf dem Land schlicht unattraktiv, meint der Experte von College-M. Von allen Befragten wird in diesem Zusammenhang der **hohe Arbeitsanfall** und die hohen Präsenzzeiten der Grundversorger/innen auf dem Land ins Feld geführt. Dies hänge vor allem auch mit dem **Notfalldienst** zusammen. Als einer der wichtigsten Punkte für diesbezügliche Verbesserungen wird den auch von den meisten Experten eine Reorganisation der Notfalldienste gefordert. Insbesondere der Vertreter der KHM betont, dass wirtschaftlich gesehen eine Praxis auf dem Land immer noch sehr attraktiv sein könne. Es sei **nicht das Geld**, das den Riegel schiebe.

■ Ebenfalls erwähnt wird ein gewisses **Status- oder Imageproblem**, das der Grundversorgung anhaftet. Das negative Bild werde in der Aus- und Weiterbildung gezeichnet. Nach Meinung der Experten hat dies vor allem damit zu tun, dass die Hausarztmedizin bisher zu wenig gefördert wurde. Von zwei Experten wird auch die mangelnde Wertschätzung der Ärzteschaft bei der Bevölkerung und deren Konsumhaltung als wichtiger Problempunkt angesprochen.

## 6 Falls eine breitere Untersuchung durchgeführt würde ...

Zum Schluss wurden die Experten auch noch nach ihrer Meinung in Bezug auf eine oder mehrere allfällig durchzuführende Untersuchung resp. Untersuchungen im Themenbereich gefragt:

- Wie würden Sie den Trend bei den Grundversorger/innen und seine Auswirkungen operationalisieren (methodisches Vorgehen, Indikatoren, Interpretation)? Welche Fragen würden Sie als prioritär bezeichnen?
- Welche Fragen bleiben Ihrer Meinung nach bisher in Studien etc. noch unbeantwortet bzw. sollten vertiefter untersucht werden?

Die Antworten werden nachfolgend zusammenfassend protokolliert. Wiederum ergeben sich gewisse Überschneidungen zu weiter oben angeschnittenen Themen, insbesondere zu Abschnitt 4.3 (Vorgehen bei statistischen Analysen).

### 6.1 Einschätzung der Experten

#### FMH - Herr Georg von Below, Herr Jürg Jau

■ Um einen Trend zu messen, muss man zuerst eine valide Messmethode haben. Die ideale Messmethode wäre die Zeit im System zu messen, die den Patient/innen zur Verfügung steht. Das müsste man dokumentieren können. Die Frage wäre: Gibt es da Unterschiede im Zeitverlauf? Die gibt es sicher. Aber dann müsste man dies auch in Abhängigkeit der Bevölkerungsdichte oder der Populationsgrösse anschauen. Dann könnte man folgern, ob man ein Verteilungsproblem hat. Dabei hat es sicher auch kantonale oder regionale Unterschiede in den Bedürfnissen der Bevölkerung. Medizin ist ja eine Kulturleistung zwischen Arzt und Patient. Eine solche ist in Genf einfach anders als in Rohrbach, so wie die Volksmusik auch. An die Patientenzeit kommt man in der heutigen Situation über Trust Center oder die TARMED-Positionen [vgl. Abschnitt 4.1.3] heran, die mehr oder weniger flächendeckend dokumentiert sind. Was man nicht weiss, ist, wie genau das wirklich stimmt. Man müsste alles plausibilisieren.

■ Die Alternative wäre, eine Selbsterhebung bei den Ärzt/innen durchzuführen: «Wie viel Zeit haben Sie pro Woche die Praxis offen?» Diese Angaben könnte man z.T. sogar dem Telefonbuch entnehmen: Sprechstunde nach Vereinbarung von dann bis dann. Man hat einfach generell zu wenig Daten über die Pensen der Ärzte. Wenn der Chefarzt eines Spitals eine Praxisbewilligung hat, dann weiss man nicht, wie viele Stunden er wirklich in seiner Praxis ist. Das kann ein Tag in der Woche, das kann aber auch jeden Tag ab Mittag der Fall sein. Hier besteht ein Defizit an Planungsgrundlagen. Dies haben auch die Kantone schon bemängelt. Über den ambulanten Bereich verfügen sie über weit weniger Daten als über den stationären. Um den TARMED zu konstruieren, hat man damals bei den Arztpraxen eine Zeiterhebung bzw. -erfassung darüber gemacht, wie viel sie am Patienten arbeiten und wie viel in der Administration usw. Damals bei stichprobenartig ausgewählten Arztpraxen. Das hat man dann benutzt, um die Produktivität und die Preise der einzelnen Praxen festzulegen, was pro Fachgebiet verschieden ist. Aber dieses Vorgehen hat eine Schwäche, denn je nach Arztpraxis ist das Patientengut und dadurch die Zeiten anders. So gibt es in der Grundversorgung ganz verschiedene Arztpraxen, je nachdem welche Patient/innen man hat. Ein Grundversorger der in der Stadt vor allem Übergewichtige behandelt, hat ganz andere Zeiten als einer, der in einem Dorf mit vielen alten Leuten praktiziert.

■ Man sollte einmal eine Studie machen, die das Alter der Grundversorger/innen berücksichtigt. Das Alter ist in der FMH-Statistik grundsätzlich vorhanden. Es ist jetzt auch in der Ärztestatistik vorhanden, welche das Obsan macht. Die FMH liefert hier die Daten. Es wäre sicher einmal interessant, nach Region und nach Facharztausrichtung die Altersprofile auszuwerten bzw. zu dokumentieren. Das wäre nicht sehr aufwändig. Und dann sähe man, ob man überhaupt ein Problem hat und wo.

■ In all den Fragen sollte man aber vor allem auch die Aspekte der Patient/innen berücksichtigen. Wie sieht es für den einzelnen Patienten aus, er ist ja der, der das System braucht? Z.B. die freie Arztwahl, diese wird von der FMH aus nahe liegenden Gründen hoch gehalten. Die gilt aber in der Schweiz nur, solange man noch mobil ist. Wenn man eine Ambulanz braucht, kommt man ins nächste Spital und trifft dort auf irgendeinen Arzt, der Dienst hat. Die freie Arztwahl gibt es vor allem für die ambulante Versorgung. Es stellt sich die Frage, ob sie wirklich so wichtig ist. Bei den Schulen haben wir ja auch einfach ein System, dass die Ressourcen zuteilt. Also würde man die Standorte der Praxen definieren: Hier braucht es so viel Kapazität, dort soviel, und dann werden die vergeben. Die Frage nach der freien Arztwahl ist noch nicht genügend beantwortet. Die Bedürfnisse der Versicherten kennt man hier noch zu wenig, man hat sie noch zuwenig systematisch in die Diskussion einbezogen. Für bestimmte Leute darf z.B. der Weg zum Coiffeur wesentlich länger sein als zum Hausarzt/zur Hausärztin. Viele Leute sind durchaus im Stand zu begreifen, dass man nicht alle Leistungen direkt vor der Haustüre haben kann, ausser man zahlt entsprechend dafür. Es wäre sehr spannend das mal systematisch abzuklären. Sicher, die Versicherer machen eine Umfrage: die Bevölkerung will gar nicht die freie Arztwahl, dann kommt die FMH mit einer Umfrage - bisher hat sie dies noch nicht gemacht, aber vielleicht macht sie noch eine -, um zu beweisen, dass die Bevölkerung eben doch, wenn man es anders gewichtet, die freie Arztwahl will. Hier ist dann entscheidend, ob man alle Versicherten fragt oder nur die Patient/innen.

■ Eines der Probleme der Grundversorgung ausserhalb von «Managed-Care»-Systemen ist, dass dort zunehmend von den Politiker/innen und von den Versicherern die Erwartung kommt, dass die Ärzt/innen die Patient/innen vollständig steuern könnten. Die Grundversorger/innen soll dafür sorgen, dass die Patient/innen keine unnötigen Ressourcen

beanspruchen. Die Ärzt/innen haben aber oft keine entsprechenden Möglichkeiten. Wenn sie nicht das gewünschte verordnen, gehen die Patient/innen zum nächsten Arzt. Die Patient/innen wollen sich oft nicht steuern lassen. Hier gibt es sehr interessante Ansätze im Bereich Zahlungsbereitschaftsstudien («willingness to pay»). Wie viel günstiger müsste eine Versicherung sein, damit man bestimmte Einschränkungen im Leistungskatalog in Kauf nehmen würde, z.B. keine freie Arztwahl mehr oder neue Medikamente nur nach 2 Jahren internationaler Erfahrungen oder eine Generika-Verpflichtung. Es ist davon auszugehen, dass es noch relativ viel günstiger werden müsste, bis die Leute bereit sind, auf einen Teil des Leistungspakets zu verzichten.

### **Santésuisse – Herr Toni Haniotis, Herr Michael Bertschi**

■ Bei der Frage der Entwicklung in der Grundversorgung muss die Definition am Anfang stehen, und dann müssen die Analysen darauf abgestimmt werden. Wenn ich von der Dringlichkeit her schaue, dann muss ich jemanden rasch zur Verfügung haben, wenn es aber bei der Definition um das langfristige Begleiten geht, dann muss ich diese/n Arzt/Ärztin nicht innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung haben.

■ Es bräuchte schon eine Untersuchung im angesprochenen Feld. Die bereits erwähnte Arbeitsgruppe Ärztestatistik und Santésuisse arbeite[te]n ja auch daran. Auch das Obsan versucht u.a. mit ihrem Projekt «Demographie Medical» wichtige Fragen zu beantworten und Versorgungsregionen zu bilden. Als erstes müsste man versuchen, die Ärztedichten zu definieren, so wie man es jetzt im Projekt der Arbeitsgruppe tut [getan hat]. Als zweites muss die «Erreichbarkeit» der Ärzte ermittelt werden. Wie rasch komme ich zu einem Arzt? Das Kriterium könnte z.B. sein, dass aus jeder Siedlung/Ansiedlung von Leuten man z.B. innerhalb von 30 Minuten beim nächsten Grundversorger sein könnte - vermutlich könnte man sich da um die Minutenzahl streiten, letztlich müsste sich eine medizinische, möglichst objektive Herleitung ergeben. Und wenn das Definierte nicht gewährleistet ist, haben wir einen Versorgungsengpass. Man könnte aus der Sicht der Versicherten bzw. der Bürger/innen schauen, wie weit jeder bis zum nächsten Grundversorger hat. Dann könnte man schauen, wie stark die ermittelten Werte streuen bzw. welches die Maximalwerte sind. Als drittes kommt die Frage, ob der Arzt, den ich erreiche, dann auch Zeit für mich hat. Das Kriterium wäre hier, wie viele Patient/innen pro Arzt gibt es innerhalb des Einzugsgebiets eines Arztes. Da gibt es eben den Ansatz, ambulante Versorgungsregionen zu bilden, die etwas kleiner sind als ein Kanton, aber grösser als eine Gemeinde, welche auch von der Transportinfrastruktur her Sinn machen. Bei den Versorgungsregionen könnte auch mit den Patientenströmen gearbeitet werden. Aus den Daten sieht man ja, dass viele Leute nicht dort zum Arzt gehen, wo sie wohnen, sondern vielleicht dort, wo sie arbeiten. Die Daten zur Bildung solcher Versorgungsregionen wären grundsätzlich bei Santésuisse vorhanden. Evtl. findet man am Ende Regionen, die sehr schlecht versorgt sind. Dort steht dann auch die medizinische Frage im Vordergrund: Wie viele Patient/innen kann ein/e Grundversorger/in gemeinhin bedienen, wann sind es zu viele? Der Knackpunkt wird sein, eine adäquate Gesundheitsversorgung – nicht nur Grundversorgung - zu definieren. Aus der Hilflosigkeit heraus macht man es evtl. so wie in Deutschland und nimmt den Status Quo als adäquate Gesundheitsversorgung - das kann es ja aber auch nicht sein. Ein gewisser Hinweis kann die Studie «Versorgungssicherheit in der ambulanten Medizin im Rahmen der Aufhebung des Vertragszwangs» sein, die Santésuisse bei den beiden Tessiner Gesundheitsökonomien Gianfranco Domenighetti und Luca Crivelli [2001] in Auftrag gegeben haben.

■ Bei den aus der oben erwähnten Forschung als unterversorgt resultierenden Regionen wäre es dann sehr interessant zu sehen, wie sich der Ärztemangel auswirkt: Wie reagieren die Leistungserbringer/innen bei Ärztemangel und wie reagieren die Patient/innen? Studien zu solchen Fragen haben wir bisher noch keine gesehen. Hier müsste vermutlich mit Befragungen vorgegangen werden. Man könnte auch die FMH fragen, was ihre Mitglieder in ermittelten Regionen, in denen Ärztemangel herrscht, machen. Was machen Patient/innen in solchen Regionen, in welcher Form leiden sie und wie passen sie sich dem Leidensdruck an? Unsere Vermutung ist, dass die Einschränkungen eher im Komfortbereich stattfinden. Man geht dann halt zu demjenigen Arzt, der einem nicht so sympathisch ist. Oder man nimmt halt einen Weg von zwei, drei Kilometern in Kauf, um zum Arzt zu gehen, der einem sympathisch ist, um nicht zum nächstgelegenen gehen zu müssen. Unterversorgt in einem medizinischen Sinn ist vermutlich niemand. Ein interessanter Teilaspekt wäre auch die Frage, inwiefern die Aufhebung des Vertragszwangs und/oder Tariffdifferenzierungen einen Einfluss auf die Verteilung (Über-/Unterversorgung) haben würde.

■ Santésuisse arbeitet im Übrigen im BAG oft mit Herrn Bandi, Ressort Statistik, zusammen. Es werden viele Studien gemacht. Daneben gibt es auch Stellen im BAG von Herrn Fuhrer und Frau Schneider, welche eher Wirkungsanalysen oder Umsetzung wie z.B. die Fragen zum Zulassungsstopp und Tarifffragen im Bereich KVG machen.

### **College-M – Herr Peter Berchtold**

■ Es wäre sicher einmal wichtig zu wissen, welche Sorte niedergelassener Ärzt/innen in welcher Region wie viel Grundversorgung macht. Diese Frage könnte allenfalls an einer Stichprobe ermittelt werden. Dabei besteht das Problem der Definition der Grundversorgertätigkeiten. Und auch die Ambulatorien resp. Notfallstationen müssten miteinbezogen werden.

■ Wenn man die Ärzt/innen selber fragt, dann macht wohl jede/r einen Teil Grundversorgung. Eine Studie müsste solcher Komplexität Rechnung tragen.

■ Wenn schon eine Erhebung, dann müsste es eine sein, die weniger auf die grossen abstrakten Zahlen, sondern auf die Unterschiede zwischen verschiedenen Regionen fokussiert (Unterschied Stadt/Land etc.). Ein grundsätzliches Problem ist, dass keine Betrachtung aus dem Blickwinkel der Patient/innen erfolgt. Hier wäre eine Studie spannend, die die Patienten- oder Nachfragersicht im System einbringt. Für die Patient/innen ist der Eintritt/Zugang zum System relevant. Hier haben wir natürlich eine Mehrklassenmedizin. Wenn man in der Stadt Bern einen Herzinfarkt oder einen Hirn-

schlag hat, dann hat man in Bern eine viel grössere Überlebenschance, als wenn dies irgendwo auf dem Land in Graubünden passiert. Man könnte z.B. eine Befragung machen bei der Bevölkerung in verschiedenen Pilotregionen. Wie lange denken die Leute, haben sie bis zum nächsten Arzt, bis zur nächsten Notfalleinrichtung etc.? Und wie lange denken sie, sollten sie haben? So etwas kann man in der Stadt fragen und im Münstertal. Was ist die Wahrnehmung der Leute und was sind ihre Vorstellungen? Das wäre sehr spannend. Dies ist natürlich auch brisant für eine Institution wie das BAG, das eigentlich keine Unterschiede zulassen dürfte. Beispielsweise ist es bei der Einführung des Zulassungsstopps verpasst worden, gleichzeitig eine «Öffnung» für Landärzt/innen einzuführen. Es wäre politisch gescheiter gewesen, einen Punkt zu verengen und gleichzeitig einen anderen zu öffnen. Die Massnahme wäre dann viel breiter akzeptiert worden.

■ Die «Parameterdiskussion», in welcher Zeit eine Person den Zugang zur ärztlicher Hilfe haben müsste, ist etwas müssig. Je nachdem, an welche Gesundheitsprobleme man denkt, kommt man auf einen Parameter von 10 Minuten oder 30 Minuten. Ärzt/innen werden immer an die gefährlichen Dinge denken. Die Versicherer haben zumeist eine andere Ansicht. Vor diesem Hintergrund wäre es einmal eine spannende Untersuchung, eine Art Landkarte herzustellen, wie weit es aktuell von den bewohnten Gebieten jeweils bis zur nächsten ärztlichen Einrichtung ist. Dann könnte man die Ergebnisse evtl. mit der Wahrnehmung der Bevölkerung kreuzen. Die Bevölkerung sagt ja kaum je etwas zu diesen Themen. Es sprechen die Politiker/innen, die Versicherer, die Ärzt/innen. Die Bevölkerung schweigt oder wird instrumentalisiert. Man hat häufig Angst vor den Maximalforderungen der Bürger/innen, deshalb werden sie nicht befragt.

■ Alle Studien, die in Richtung Versorgungsplanung zielen, werden zum Scheitern verurteilt sein, da das Schweizer System zu komplex ist. Hier kann höchstens eine Feinststeuerung über Anreize funktionieren. Auf der finanziellen Ebene wurde versucht, mit dem TARMED in diese Richtung zu gehen. Es ist aber nicht sicher, dass z.B. eine Verdoppelung der Einkommen von Landärzt/innen zu einem Trend aufs Land führen würde. Und man muss sich bewusst sein, dass eine Steuerung, welche in Richtung Umverteilung im Sinne von Streichen von Arztpraxen in der Stadt und Verschieben aufs Land weist, sehr schwierig ist. Die mehr oder weniger planbaren Gesundheitssysteme in England oder in Skandinavien sind mit der Schweiz überhaupt nicht vergleichbar, da diese über ein völlig anderes System verfügt. Dabei ist der Ansatz, immer zuerst zum «Gatekeeper» zu gehen, natürlich schon richtig und wichtig.

### **Kollegium für Hausarztmedizin – Herr Marc Müller**

■ Zuerst einmal ist eine genaue Definition sicher wichtig. Dabei kann man den Aspekt, was ein/e Grundversorger/in können muss, um Grundversorger/in zu sein, einmal weglassen. Das ist bereits gut definiert, hier muss man das Rad nicht neu erfinden.

■ Momentan besteht der grösste Antwortbedarf bei der Frage: Wie viel leisten die Ärzt/innen die heute im System sind eigentlich? – Dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass wir heute von einer guten Versorgung ausgehen. Daraus könnte man den zukünftigen Bedarf ableiten. Wir kennen die Anzahl Studienplätze, wir haben Angaben, wie viel die einzelnen Ärzt/innen in ihrer Weiterbildungszeit arbeiten. Wir haben Angaben, wie viele Hausärzt/innen es im Moment gibt. Dann müsste man die Verteilung der Weiterbildungsabschlüsse Spezialist/in / Grundversorger/in in eine angemessene Relation zueinander bringen. Man hat immer gesagt, es brauche 60 Prozent Grundversorger/innen und 40 Prozent Spezialist/innen. Im Moment ist das Verhältnis eher umgekehrt. Und wichtig ist es, immer die regionale Versorgung im Auge zu behalten. Die politischen Entscheidungsträger/innen sollten die Problematik richtig erkennen und sehen, dass man nicht generell von einem Ärzteüberfluss sprechen kann. Man muss immer auch fragen, wie es bei Randregionen aussieht. Ein sehr grosses Problem ist dabei der Notfalldienst, die Regelung ist hier aber nicht Sache des BAG, sondern ganz klar der Kantone.

■ Der Bedarf an Hausärzt/innen wird sicher auch über Angebot und Nachfrage reguliert. Zu definieren, wie viele es braucht, wird ein sehr schwieriger Teil sein. Dies hängt davon ab, welche Art Hausarzt/innen wir haben. Ein reines «Gatekeeper»-Modell wie es z.B. in Italien zu finden ist, braucht nur sehr wenige oder keine «echten» Hausärzt/innen.

■ Von der Kostenfrage her wäre es sicher interessant, einmal zu sehen, ab welchen Kosten das Schweizer Volk bereit wäre, auf die freie Arztwahl zu verzichten. In bisherigen Studien war der Verzicht ja kaum ein Thema. Die Leute wollen die freie Arztwahl, die beste medizinische Versorgung und die tiefsten Krankenkassenprämien. Eine Kosteneinsparung wird aber generell nicht ohne Qualitätseinbussen zu haben sein. Die bisherigen Hausarztmodelle der Krankenkassen etc. (z.B. 15% Prämienermässigung) scheinen ja bisher kaum zu funktionieren.

### **GEF Kanton Bern, Spitalamt – Herr Thomas Spuhler**

■ Es gibt derzeit keine Datenquelle in der Schweiz, aus welcher man die Anzahl Grundversorger/innen unter Berücksichtigung des Arbeitsvolumens etc. auszählen könnte. Überall gibt es Probleme und Diskussionen, ob die Daten stimmen. Man muss also mit Hilfskonstrukten arbeiten. Wichtig wäre hier eine kleinere Studie, um herauszufinden, ob die generelle Tätigkeit in der Praxis dem entspricht, was durch die fachliche Qualifikation bzw. den FMH-Titel vorgegeben ist - daneben müsste man natürlich auch wissen, wie viel effektiv gearbeitet wird. Man könnte evtl. auch abklären, wie gut die Selbsteinschätzung der Ärzt/innen ist, die sich als Grundversorger/innen bezeichnen, und z.B. mit einer Fragebatterie zu Behandlungen herausbekommen, ob der Arzt/die Ärztin ein/e Grundversorger/in ist oder nicht resp. wie viel Grundversorgungsleistungen er/sie erbringt. Dies könnte dann mit dem entsprechenden Facharzt/titel und der Selbsteinschätzung kontrastiert werden. Das, was man bei der Aus- und Weiterbildung abgeschlossen hat, ist ja unter Umständen nicht das, was man dann effektiv im Feld macht. Hier gibt es sicher grosse Abweichungen. Es



## 6 Falls eine breitere Untersuchung durchgeführt würde ...

könnte auch interessant sein, einmal ein paar Längsschnitte anzuschauen, z.B. von Anfang Studium bis 20 Jahre in der Praxis. Dann würde man sehen, wo die Weichen gestellt werden und die Entscheide fallen..

■ Gibt es methodische Möglichkeiten, um erwähnte Fragen zu beantworten? Hier denke ich vor allem an ein Vorgehen über Abrechnungsdaten des TARMED. Allenfalls könnte man auch einmal mit einer Stichprobe von Ärzt/innen arbeiten und diese geschickt befragen. Man müsste relativ einfache Fragen nehmen zur Selbsteinstufen. Man könnte eine Art Tätigkeitsanalyse machen. Man könnte dann evtl. auch gleich fragen, ob die Befragten die Erlaubnis erteilen würden, ihre Abrechnungsdaten bei den Trust Center oder bei Santésuisse für weitere Analysen zu verwenden. Es ginge ja nicht um die Rechtmässigkeit der abgerechneten Leistungen etc., sondern darum herauszufinden, ob sie Grundversorger/innen sind oder eher Spezialist/innen. Es könnte durchaus sein, dass die Ärzt/innen hier mitmachen. Das Arbeitsvolumen der Ärzt/innen müsste man natürlich erfragen.

■ Wichtig wäre es auch, einmal eine vertiefte Machbarkeitsstudie zu machen, ob man nicht eine der verschiedenen Statistiken (Betriebs- und Unternehmensregister, Zahlstellenregister, kantonale Bewilligung etc.) so umbauen könnte, dass sie für ein regelmässiges Monitoring genutzt werden könnten. Meiner Meinung nach könnte man das Betriebs- und Unternehmensregister relativ einfach entsprechend umbauen. Allenfalls könnte man noch die SAKE beiziehen. Hier haben wir aber natürlich nur die Gesamtzahl der Ärzt/innen aller Kategorien.

### Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Kantonsarzt – Herr Ulrich Gabathuler

■ Ich würde methodisch primär über den TARMED vorgehen und schauen, wie man die Leistungserfassung machen kann. Man müsste versuchen, ob man mit entsprechenden mehrjährigen Erfassungen eine «Baseline» schaffen könnte, indem man das Ist-Bild beschreibt und es bezüglich des Bedarfs analysiert. Als Messgrösse für die Definition der Grundversorgung könnte hier durchaus der allgemeinärztliche Notfall dienen. Dann könnte man vielleicht regionale Vergleichsauswertungen machen (Regionen, Städte). Man könnte schauen, ob es Unterschiede gibt in der Versorgung zwischen den Regionen und ob aus bestimmten Regionen Problembeschreibungen vorliegen, die man auch anhand der Daten sehen kann etc. Wenn nicht, könnte man möglicherweise den Angebot herunterfahren, wenn ja, evtl. herauf. Man müsste hier immer empirisch vergleichend vorgehen. In 20 bis 30 Jahren hätte man so vermutlich ein Instrument entwickelt, dass auch den Wandel im Zeitgeist aufnehmen könnte. Prioritär wäre aber als erstes einmal die Schaffung der «Baseline».

## 6.2 Zusammenfassung und Diskussion

■ Von allen Experten wird grundsätzlich ausgesagt, dass Untersuchungen im angesprochenen Themenbereich bräuchte und dass viele wichtige Daten und Erkenntnisse fehlten. Vor diesem Hintergrund besteht **Handlungsbedarf**.

■ Falls eine breitere Untersuchung durchgeführt würde, betonen mehrere Experten die Notwendigkeit einer **genauen Definition** des Untersuchungsgegenstandes bzw. der Grundversorger/innen. Der Experte der KHM weist dabei darauf hin, dass die Begriffsbestimmung inhaltlich bereits weitgehend klar sei.

■ Aus der Sicht der Experten der FMH wäre es sehr wichtig, die **Zeit im System** resp. der Ärzt/innen zu **messen, die den Patient/innen zur Verfügung steht**. Diese Grösse müsste dann in der Entwicklung über die Jahre betrachtet werden. An die Patientenzeit würde man in der heutigen Situation am ehesten über die **Trust Center** oder die **TARMED-Positionen** herankommen. Ein Problem bilde allerdings die Flächenabdeckung der genannten Datenquellen. Auch der KHM-Experte sieht den grössten Antwortbedarf aktuell bei der Frage der Arbeits- resp. Leistungspensen der Ärzt/innen. Generell würden hier zuwenig Daten vorliegen. Methodisch würde ebenfalls der Zürcher Kantonsarzt primär versuchen, über den TARMED vorzugehen. Ihm wäre es ein grosses Anliegen, auf der Grundlage mehrjähriger Erfahrungen eine «Baseline» der Versorgung schaffen zu können. Für den Experten aus der Berner Gesundheitsdirektion wäre es wichtig, mit einer kleineren Studie herauszufinden, ob die generelle Tätigkeit der Ärzt/innen in der Praxis dem entspricht, was durch ihre fachliche Qualifikation bzw. dem FMH-Titel vorgegeben ist. Auch er sieht ein mögliches Vorgehen über die TARMED-Daten. Ebenfalls für den Experten von College-M wäre es wichtig, genauer zu wissen, welche Sorte niedergelassener Ärzt/innen in welcher Region wie viel Grundversorgung macht. Dies könnte auch an einer Stichprobe ermittelt werden. Neben einem Vorgehen mittels der TARMED-Daten könnten sich auch mehrere Experten vorstellen, die notwendigen Angaben über eine **Befragung der Ärzteschaft** (Tätigkeitsanalyse, Selbsteinstufung, Öffnungszeiten der Praxen) einzuholen. Weiter wurde auch angeregt, ein Monitoring zu den Arztpraxen z.B. über das Betriebs- und Unternehmensregister aufzubauen.

■ Wichtig wäre für die Experten der FMH auch die Durchführung einer Studie, die das Alter der Grundversorger/innen berücksichtigt. Hier könnten bereits anhand der vorliegenden Daten relativ einfach **regionale Auswertungen der Altersprofile** der Grundversorger/innen ausgeführt und Problemzonen sichtbar gemacht werden.

■ Von mehreren Experten wird betont, dass bei allen Fragen vor allem auch die **Aspekte der Patient/innen resp. Nachfrager/innen** berücksichtigt werden sollten. Insbesondere die Experten der FMH und des KHM wünschten eine systematische Untersuchung zur **Bedeutung der freien Arztwahl** für die Bevölkerung und die Patient/innen. Evtl. könnte man methodisch mittels **Zahlungsbereitschaftsstudien** vorgehen – bei welchen Kosten sind die Leute bereit, auf die freie Arztwahl zu verzichten? Die Experten der Santésuisse plädieren weiter dafür, dass mit Hilfe ihrer Daten Versorgungsregionen gebildet werden sollten. In diesem Zusammenhang müsste die Erreichbarkeit der Ärzt/innen durch die (potentiellen) Patient/innen ermittelt werden bzw. die Zeitdauer, die jede Person bis zum/r nächsten Leistungserbringer/in bräuchte. Daneben wäre es aus der Sicht mehrerer Experten interessant zu erfahren, wie die Leistungserbringer/innen oder auch die Leistungsnachfrager/innen in Regionen reagieren, die auf Grund anderer Analysen als unterversorgt bezeichnet werden müssten. Der Experte von College-M regt die Durchführung von Befragungen in verschiedenen Pilotregionen an zu **Wahrnehmungen der aktuellen Versorgung durch die Bevölkerung** und zu deren **Vorstellungen** über eine adäquate Versorgung. Der Thematik hätten sich bisher vor allem Politiker/innen, Versicherer und Ärzt/innen angenommen, die Bevölkerung werde kaum gefragt. Er warnt gleichzeitig davor, das komplexe schweizerische Versorgungssystem mit groben Instrumenten steuern zu wollen. Funktionieren würde höchstens eine Feinsteuerung über Anreize.

## 7 Literaturverzeichnis

- AGZ Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (2005): Zusammenfassung der Ergebnisse der Umfrage der AGZ über die Situation der Hausarztmedizin im Kanton Zürich, Zürich [es wird nur die Zusammenfassung abgegeben]
- AMA American Medical Association (1996): H-200.969 Definition of Primary Care (<http://www.ama-assn.org>)
- Anderegg Susanne (2005): Eine passionierte Hausärztin lehrt an der Universität Zürich, *Tages-Anzeiger*, 24. Oktober
- BFS Bundesamt für Statistik (2003): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Telefonischer und schriftlicher Fragebogen, Neuchâtel
- BFS Bundesamt für Statistik [Hrsg.] (2002): NOGA – Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige. Erläuterungen, Bern
- BFS Bundesamt für Statistik [Hrsg.] (2003): Dossier. Einflussgrößen auf die Studienzeiten an den universitären Hochschulen, Neuchâtel, Dezember
- BFS Bundesamt für Statistik [Hrsg.] (2004): Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2004. Kommentierte Ergebnisse und Tabellen 2004, Neuchâtel
- Bertschi Michael (2005): Untersuchung der ärztlichen Versorgung. Schlussbericht, Solothurn: Santésuisse, 27. Oktober
- Bovier Patrick, Martine Bouvier Gallacchi, Catherine Goehring und Beat Künzi (2005): Wie gesund sind die Hausärzte in der Schweiz?, *Primary Care*, Nr. 10, 222-228 (französischsprachige Version: *Primary Care* (2004), Nr. 47, 941- 947)
- Brockhaus Gesundheit (2003): 6. Aufl., Leipzig: F.A. Brockhaus
- Buchli Axel (2005): Allgemeinmedizin in der Schweiz – Eindrücke eines Praxisvertreters aus den USA, *Primary Care*, Nr. 28-29, 621-624
- Buchli Axel (2005): Hot Spots und Konfliktfelder in der Gesundheitssteuerung. Ein Tagungsbericht über das «Forum Managed Care»-Symposium vom 25. Mai 2005, *Primary Care*, Nr. 26-27, 591-593
- Buddenberg-Fischer Barbara (2001): Karriereentwicklungen von Frauen und Männern in der Medizin, *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 35, 1838-1844
- D'Angelo Marco (2005): Santésuisse vollzieht statistischen Quantensprung, *infosantésuisse*, Nr. 1-2, 6f.
- Domenighetti Gianfranco und Luca Crivelli (2001): Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter, Université de Lausanne
- Donaldson Molla S., Karl D. Yordy, Kathleen N. Lohr und Neal A. Vanselow [Hrsg.] (1996): Primary Care. America's Health in a New Era, Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine (IOM), Washington D.C.: National Academy Press, 27-51
- Eggl Yves (2003): Ressources humaines dévolues aux soins de santé en Suisse. Contribution Suisse au projet de l'OCDE, Bundesamt für Sozialversicherung [Hrsg.], Bern
- Halter Ursina, Peter Tschudi, Klaus Bally und Ruedi Isler (2005): Berufsziel von Medizinstudierenden. Erste Resultate einer Studie des IHAM Basel, *Primary Care*, Nr. 20, 468-472
- Hänggeli Christoph (1999): Was heisst «Grundversorger»? Der Versuch einer Definition, die entscheidend werden könnte, *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 4, 184
- Hänggeli Christoph (2002): Facharzttitle für alle? Die übergangsrechtliche Erteilung eidgenössischer Weiterbildungstitel am praktizierende Ärztinnen und Ärzte ohne Facharzttitle, *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 25, 1298-1302

- Hänggeli Christoph, Robert Gmür, Jürg Jau, Georg von Below und Sven Bradke (2004): Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte, in: Kocher Gerhard und Willy Oggier [Hrsg.]: Gesundheitswesen Schweiz 2004 – 2006. Eine aktuelle Übersicht, Bern: Hans Huber, 43-52
- Hängsen Klaus-Dieter und B. Spycher (2000): Erfahrungen mit dem EMS als Zulassungskriterium, *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr 13, 666-672
- Hängsen Klaus-Dieter und B. Spycher (2002): Numerus clausus: Finden wir mit dem «Eignungstest für das Medizinstudium» die Geeigneten? Erfahrungen mit dem EMS als Zulassungskriterium, *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 31, 1653-1660
- Höppner Karin und Johannes A. Maarse (2003): Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden, *GGW - Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft*, Heft 3, 21-31
- Klose Joachim und Thomas Uhlemann T (2003): Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung – droht in Deutschland eine Unterversorgung? *GGW - Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft*, Heft 1, 7-16
- Kopetsch Thomas (2001): Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus? Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung, Köln: Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kraft Peter (2005): Habemus Tarifpool, *infosantésuisse*, Nr. 7-8, 12f.
- Kreienberg Rolf (2004): Die Frauenärztin, der Frauenarzt als «Hausarzt der Frau» - ein Zukunftsmodell?, *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau*, 44, 154-161
- Kuhn Hanspeter (2005): Zulassungsstopp verlängert – Informationen für die Ärztinnen und Ärzte, die noch keine Praxis eröffnet haben, *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 23, 1389-1391
- Layat Carin (2002): Qu'est-ce qu'un médecin de premier recours ?, Université de Genève, Faculté de Médecine, *Information/med*, 17 Janvier ([http://edumed.unige.ch/information/med/article.php3?id\\_article=29](http://edumed.unige.ch/information/med/article.php3?id_article=29))
- Lustenberger Ruedi (2004): 04.3786 – Interpellation. Medizinische Grundversorgung in dünn besiedelten Regionen, eingereicht im Nationalrat, 17. Dezember; Antwort des Bundesrates, 23. März 2005
- Marty Franz (2005): Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Ärztezeitung von Mitte 1997 bis Ende 2004, *Primary Care*, Nr. 20, 455-458, Fortsetzung: Nr. 21, 478-480
- Marty Franz, Alex Steinacher, Paul Geiger und Reto Castelberg (2004): Auswirkung des Zulassungsstopps auf die Zahl der Praxiseröffnungen in der Schweiz. Eine Analyse aufgrund der Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Ärztezeitung der Jahre 2000 bis 2003, *Primary Care*, Nr. 3-4, 43-45
- Monnier Michel (2004): Médecins de premier recours en Suisse romande: Qui sont-ils? Que font-ils?, *Primary Care*, Nr. 41, 782-784
- Monnier Michel (2004): Médecins de premier recours: pénurie ou pléthore? Etat des lieux et devenir, *Primary Care*, Nr. 40, 755-758
- Monnier Michel (2005): Médecin de premier recours: quel intérêt pour les étudiants en médecine?, *Primary Care*, Nr. 4, 76-77
- Noth Jürg und Stefan Spycher – BASS (2002): Auswirkungen der Einführung des Santésuisse-Datenpools auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern nach Artikel 56 KVG. Gutachen für Santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer, Mai
- NZZ Neue Zürcher Zeitung (2005): Institut für Hausarztmedizin an der Uni Basel. Sicherstellung der Primärversorgung, 22. März
- NZZ Neue Zürcher Zeitung (2005): Mehr Gewicht für die Hausarztmedizin. Elisabeth Bandi-Ott leitet neue Einheit an der Universität, 26. Oktober

- Obsan Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2004): Monitoring, Einzelindikatoren: Allgemeinpraktiker in privater Praxis (Indikator 5.1.2); Konsultationsrate Hausärzte (Indikator 6.5.1.1); Konsultationsrate Fachärzte (ausgenommen Gynäkologie) (Indikator 6.5.2.1), <http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/d/index.htm>, November
- Regierungsrat des Kantons Zürich (2005): 523. Anfrage (Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte im Kanton Zürich), Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 12. April 2005
- Roche Lexikon Medizin (2003), 5. Aufl., München: Urban & Fischer
- Rüefli Christian – Büro Vatter (2004): Wirkungsanalyse Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringen (Art. 55a KVG), Bundesamt für Sozialversicherung [Hrsg.], Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 3/04, Bern
- Santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer (2004): Datenpool Portrait. santésuisse Datenpool, Solothurn, 13. Mai
- Schweizerische Ärztezeitung (2000): Die am häufigsten gestellten Fragen zu TARMED, Nr. 10, 498f.
- SGB Sozialgesetzbuch (2005): Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, vom 20. Dezember 1988, Rechtsstand 1. Mai 2005
- Spycher Stefan – BASS (2004): Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Literaturanalyse und Expertengespräche zur Prognose und Planung des ambulanten medizinischen Personals in der Schweiz, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan [Hrsg.], Neuchâtel
- Strub Silvia und Stefan Spycher -BASS (2004): Dokumentation «Inventar der Schweizer Gesundheitsdatenbanken», Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Hrsg.], Neuchâtel
- Tesson Geoffrey, Vernon Curran, Roger Strasser und Raymond Pong (2005): Adapting medical education to meet physician recruitment needs of rural and remote regions in Canada, the U.S. and Australia, International Symposium of Past and Future Trends of Health Workforce, Barcelona, 21-23 April
- Tschudi Peter, Klaus Bally, Ruedi Isler und Ursina Haller (2005): Lehre in Hausarztmedizin am Institut für Hausarztmedizin in Basel, *Primary Care*, Nr. 11, 264f.
- Villiger Lukas und A. Haefeli (2005): Beurteilung der medizinischen Versorgungslage im Kanton Aargau, *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 27, 1648-1651
- WHO World Health Organization (1978): Alma-Ata 1978: Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, Union of Soviet Socialist Republics, 6-12 September 1978, Geneva: WHO
- Wikipedia – The free Encyclopedia (2005): Primary Care, März ([http://en.wikipedia.org/wiki/Primary\\_care](http://en.wikipedia.org/wiki/Primary_care)):
- Wonca Europe – Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (2002): Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin, z.B. unter <http://www.sgam.ch>

## 8 Anhang

### 8.1 Definitionsbeispiele Grundversorger/innen

Tabelle 15: Vier ausgewählte Beispiele von Definitionen des Begriffs «primary care» bzw. Grundversorgung

Institution / Definition	Bemerkungen
<p><b>World Health Organization (WHO) – Erklärung v. Alma-Ata 1978</b>            «Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound, and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community ...            It is the first level of contact of individuals, the family, and the community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work ...»</p>	<p>Die Definition der WHO versteht «primary (health) care» in einer umfassenderen Weise, als dies gemeinhin der Fall ist und auch für die vorliegende Studie Sinn macht. Während der WHO-Begriff auf die gesamte Bevölkerung eines Landes fokussiert und auch öffentliche Gesundheitsprogramme wie die Sicherstellung von sauberem Trinkwasser beinhaltet, konzentrieren sich die von medizinischen Organisationen vertretenen Definitionen auf die Bereitstellung eines personenbezogenen Gesundheitsdienstes.</p>
<p><b>Institute of Medicine (IOM) 1996</b>            «Primary care is the provision of integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community.»</p>	<p>Das Komitee der IOM räumt ein, dass die Verwendung einer funktionalen Definition der Grundversorgung keine definitive Antwort auf die Frage gibt, wer als Grundversorger/in bezeichnet werden kann. Es handle sich um eine normative Definition, die grundsätzlich nicht dazu dienen sollte, zwischen den verschiedenen Ärzteguppen etc. zu differenzieren. Falls eine solche Differenzierung dennoch gemacht werden müsse, dann schlägt das Komitee vor, die gegenwärtige Ausbildung der Versorger und ihre Tätigkeiten in den Praxen als Ausgangspunkt zu nehmen. Aus dieser Perspektive sei es klar, dass diejenigen, welche in der Familienmedizin, in allgemeiner Innerer Medizin, der allgemeinen Pädiatrie, aber auch viele Pflegefachleute etc. am ehesten zum Bereich der Grundversorgung gehörten. Einige Ärzte aus anderen Fachbereichen könnten ebenfalls dazugerechnet werden. So sei eine Teil der Geburtshelfer/Gynäkologen zweifellos grundversorgungsorientiert, während ein anderer Teil chirurgisch orientiert sei. Auch Unterspezialist/innen, insbesondere der Inneren Medizin stellen z.T. Grundversorgung sicher. Dies z.B. für ihre Patienten mit chronischen Leiden, für die sie vermutlich das ganze Spektrum an Behandlungen übernehmen. Demgegenüber würden Spezialisten der Notfallmedizin zwar die «Erstkontakt»-Bedingung erfüllen und eine Triagefunktion wahrnehmen. Ihr Ansatz sei aber nicht notwendigerweise ganzheitlich, die Behandlung nicht kontinuierlich und enthalte nicht das ganze Spektrum der Grundversorgung. Gleiches gelte z.B. auch für allgemeine Zahnärzte, die zwar die allgemeine Zahnbehandlung im Sinne einer Grundversorgung bereitstellen, aber die ganze Bandbreite der Gesundheitsversorgung fehle.</p>
<p><b>American Medical Association (AMA) 1996</b>            «The AMA believes that primary care consists of the provision of a broad range of personal medical care (preventive, diagnostic, palliative, therapeutic, curative, counseling and rehabilitative) in a manner that is accessible, comprehensive and coordinated by a licensed MD/DO physician over time. Care may be provided to an age-specific or gender-specific group of patients, as long as the care of the individual patient meets the above criteria.»</p>	<p>Die von der IOM eingeführte Definition wurde von American Medical Association (AMA) stark kritisiert. Die AMA verwies insbesondere darauf, dass es sich bei den in der Grundversorgung tätigen Personen ausschliesslich um lizenzierte Arzt/innen handeln müsse und dass innerhalb der Definition auch eine Einschränkung der Behandlungspopulation z.B. auf Kinder und Jugendliche möglich sein sollte.</p>
<p><b>Freie Internetenzyklopädie Wikipedia 2005</b>            «... primary care is a specialism that acts as a first point of consultation for all patients. Generally, primary care physicians are based in the community, as opposed to the hospital. Alternative names for the field are general practice and family medicine. Because of the nature of problems presented to a <i>primary care physician</i>, he/she has to keep a holistic view of the patient, investigating carefully if the problem presented can be managed by reassurance and symptomatic treatment or by intervention.»</p>	

Quelle: WHO (1978), Donaldson et al. 1996, AMA (1996), Wikipedia 2005

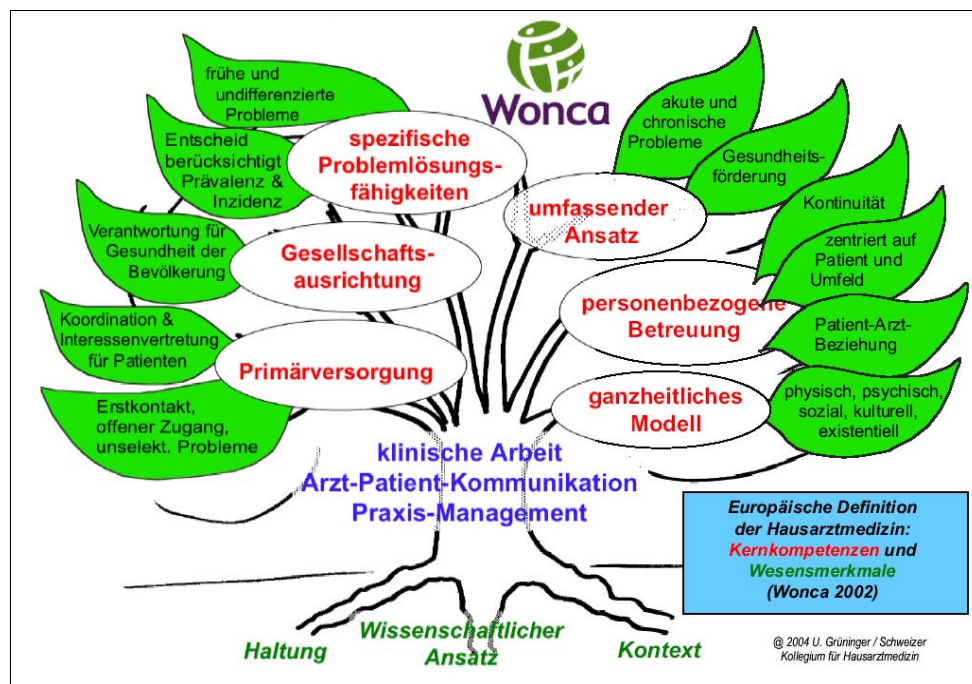


Tabelle 16: Allgemeinmedizin definiert durch die Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin Wonca

Die Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin als Disziplin	Die Allgemeinmedizin als Spezialgebiet
<p>«A) Die Allgemeinmedizin stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person.</p> <p>B) Sie nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patientenangelegenheiten übernimmt.</p> <p>C) Sie arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist.</p> <p>D) Sie bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht.</p> <p>E) Sie ist für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich.</p> <p>F) Sie verfügt über einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung bestimmt wird.</p> <p>G) Sie befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen der einzelnen Patienten.</p> <p>H) Sie befasst sich mit Erkrankungen, die sich im Frühstadium ihres Auftretens in undifferenzierter Form darstellen und möglicherweise eine dringende Intervention erfordern.</p> <p>I) Sie fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention.</p> <p>J) Sie trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit.</p> <p>K) Sie beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihrer physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existenziellen Dimensionen.»</p>	<p>«Allgemeinmediziner sind Spezialisten, die eine Ausbildung in den Grundprinzipien der Disziplin erfahren haben. Als Hausärzte sind sie in erster Linie für eine umfassende und kontinuierliche Betreuung aller Personen verantwortlich, die der medizinischen Hilfe bedürfen, und zwar unabhängig von deren Alter, Geschlecht und Erkrankung. Sie betreuen Menschen im Rahmen ihrer Familie, ihrer Gemeinschaft und ihrer Kultur, wobei sie stets die Autonomie ihrer Patienten respektieren. Sie sind sich ihrer beruflichen Verantwortung innerhalb der von ihnen versorgten Gemeinschaft bewusst. Bei der Erarbeitung von Behandlungsplänen mit ihren Patienten berücksichtigen sie physische, psychologische, soziale, kulturelle und existenzielle Faktoren, wobei sie sich das durch wiederholte Kontakte erworbene Wissen und das entstandene Vertrauensverhältnis zunutze machen. Allgemeinmediziner / Hausärzte nehmen ihre berufliche Rolle wahr, indem sie Gesundheit fördern, Krankheiten vorbeugen, und Heilung, Betreuung oder Linderung anbieten. Nach Maßgabe der gesundheitlichen Bedürfnisse und der in der Gemeinschaft verfügbaren Ressourcen geschieht dies entweder auf direktem Wege oder durch die Leistungen anderer, wobei Ärzte für Allgemeinmedizin ihren Patienten nötigenfalls beim Zugang zu derartigen Leistungen behilflich sind. Sie tragen die Verantwortung für die Weiterentwicklung und Erhaltung ihrer eigenen beruflichen Fähigkeiten, ihres persönlichen Gleichgewichts und ihrer Werte als Grundlage für eine wirksame und sichere Patientenbetreuung.»</p>

Quelle: Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, 2002

Abbildung 20: Bildliche Übersicht über die von der WONCA Europa definierten Merkmale der Hausarztmedizin («WONCA-Baum»)



Quelle: Kollegium für Hausarztmedizin (<http://www.kollegium.ch>)

Tabelle 17: Definition der «hausärztlichen Versorgung» nach deutschem Sozialgesetzbuch (SGB)

Inhalte der hausärztlichen Versorgung	Teilnehmer/innen an der hausärztlichen Versorgung
<p>«Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,</li> <li>2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,</li> <li>3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,</li> <li>4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.»</li> </ol>	<p>«An der hausärztlichen Versorgung nehmen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Allgemeinärzte,</li> <li>2. Kinderärzte,</li> <li>3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben,</li> <li>4. Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 [Approbation, Aus-/Weiterbildung/Facharzt Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt] in das Arztregister eingetragen sind und</li> <li>5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, teil (Hausärzte) [«Besitzstandwahrung»].</li> </ol> <p>Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Der Zulassungsausschuss kann für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von Satz 1 abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Der Zulassungsausschuss kann Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen.»</p>

Quelle: SGB V, § 73 (SGB 2005)

Tabelle 18: Definitionen aus zwei grossen Nachschlagewerken aus dem Gesundheitsbereich

	Allgemeinmedizin	Hausarzt
<b>Roche Lexikon der Medizin</b>	<p>«Medizinisches Fachgebiet, das sich fächerübergreifend mit der lebensbegleitenden hausärztlichen Betreuung von Menschen jeden Alters bei gesundheitlichen Leiden, Problemen oder Gefährdungen unter Berücksichtigung biologischer, psychischer u. sozialer Dimensionen befasst. Zu den Aufgaben des Allgemeinarztes gehören die Betreuung von akut oder chronisch Erkrankten, die Vorsorge u. Gesundheitsberatung, die Früherkennung von Krankheiten, das Einleiten von Rehabilitationsmaßnahmen, die Zusammenarbeit mit u. das Hinzuziehen von anderen Ärzten, Angehörigen anderer Fachberufe u. Institutionen, die für die gesundheitliche Betreuung Bedeutung haben, die Unterstützung gesundheitsfördernder Aktivitäten sowie das Zusammenführen der medizinisch wichtigen Patientendaten.»</p>	<p>«Arzt in freier Praxis mit oder ohne Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin oder der Bezeichnung praktischer Arzt, der für die Grund- u. Erstversorgung bei Krankheitsfällen zuständig ist; wichtige Aufgaben bei der ambulanten Behandlung u. Überweisung zum Facharzt; in das Aufgabengebiet des Hausarztes fallen auch Hausbesuche.»</p>
<b>Brockhaus Gesundheit</b>	<p>«Medizinische Fachrichtung, die sich fächerübergreifend mit der Diagnose und Therapie von Krankheiten beschäftigt. Im Ggs. zum Facharzt wendet der Allgemeinmediziner meist keine aufwendigen technischen und apparativen Verfahren zur Erkennung und Heilung von Krankheiten an. Zur A. gehören auch die Krankheitsvorsorge, die Beratung zu einer gesunden Lebensweise und die Hilfestellung bei gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemen. Der Allgemeinarzt praktiziert meist in freier Praxis.»</p>	<p>«Niedergelassener Arzt oder Facharzt, der bei gesundheitlichen Problemen im Allgemeinen als Erster konsultiert wird und Patienten bei Bedarf auch zu Hause besucht. Als H. arbeiten überwiegend Ärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und praktische Ärzte. Die Stellung des Hausarztes innerhalb des Gesundheitssystems soll seit längerer Zeit aufgewertet werden. So soll ihm die Organisation und Koordination des gesamten Behandlungsverlaufs der Patienten übertragen werden ...»</p>

Quelle: Roche Lexikon der Medizin (2003), Brockhaus Gesundheit (2003)

Tabelle 19: Ausgewählte Hinweise der per E-Mail kontaktierten Expertinnen und Experten

<p><b>Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (Michael Jordi, Franz Wyss, Roland Unternährer, Semya Ayoubi)</b>          «Unseres Erachtens gehören zu den Grundversorgern: <b>Ärzte mit Praxistätigkeit</b> und <b>Facharzttitle ‚Allgemeinmedizin‘, ‚Pädiatrie‘, ‚Innere Medizin‘ ohne weitere FMH-Titel, Weiterbildungstitel ‚Praktischer Arzt‘</b>. Die Behandlung der <b>Spitalambulatorien</b> ist tatsächlich ein Problem. Man müsste sie dazuzählen, soweit es gelingt, die Erstanlaufskliniken zu isolieren. Nicht dazuzählen wären die spezialisierten Spitalambulatorien (Ophthalmologie, Dermatologie etc.). Wir wissen dass die Zahl der Selbststeinweiser in spitalgebundene Notfalldienste in den letzten Jahren stark zunahm. Eine Studie aus dem Kanton Aargau kam zum Schluss, dass 80% der Patientinnen und Patienten, welche sich selbst eingewiesen haben, ohne weiteres von einem Grundversorger behandelt hätten werden können. Falls nicht nur die ambulante, sondern auch die stationäre Grundversorgung gemeint ist, wären noch die Krankenhausstatistik und die medizinische Statistik der Krankenhäuser beizuziehen. Generell existiert unseres Wissens <b>nur sehr wenig Literatur</b> über die Grundversorger/Hausärzte.»</p>
<p><b>Walter Weiss, Dr., Chef Sektion Gesundheit, Bundesamt für Statistik</b>          Es handle sich um eine <b>sehr schwierige Definitionsfrage</b>. Für die Schweiz existiere seines Wissens <b>keine Literatur</b> etc. International müsse unter «primary health care» gesucht werden. <b>Ambulatorien und Polykliniken</b> müsste man grundsätzlich zur Grundversorgung zählen, da dort die Leute ohne Voranmeldung hingehen können. Eine direkte Befragung der Ärzte selbst würde nicht viel bringen. Das Erreichen wäre schwierig und die meisten würden antworten: «Ja, ich bin Hausarzt bei einem Teil meiner Patientinnen und Patienten.»</p>
<p><b>Hélène Jaccard Ruedin, Dr. med., Schweizerisches Gesundheitsobservatorium</b>          «Die <b>Fragestellung ist sehr interessant</b>. Ich habe <b>leider nicht Vieles</b>. Ich rate Ihnen auf die Webpages von <b>Santé Canada</b> zu gehen. In Kanada werden sehr viele Studien über Grundversorger gemacht.»</p>
<p><b>Gianfranco Domenighetti, Leiter Abt. Gesundheit des Kantons Tessin, Prof. an Universitäten Lausanne und Lugano</b>          «Comme vous le dites, il n'y a <b>pas suffisamment de données pour une analyse approfondie</b> de la médecine de base au niveau de la Suisse. Je crois que seulement la <b>banque de donnée de Santéuisse</b> pourrait être exploitée. Seuls <b>quelques études par échantillons</b> ont analysé partiellement quelques questions. Je ne crois pas d'être en mesure de vous donner des informations ou des éclairages significatifs.»</p>
<p><b>Fred Paccaud, Prof., Direktor des Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive IUMSP, Lausanne</b>          «<b>Je ne me sens guère compétent pour répondre sur ces questions</b>. Concernant la définition des soins primaires, peut-être que le Prof. Alain Pécoud, directeur de la Polyclinique médicale à Lausanne saura vous faire quelques suggestions. Concernant les modalités de rattachement des soins ambulatoires aux hôpitaux, les deux personnes qui connaissent probablement le mieux ce problème en Suisse sont soit Thomas Spuhler qui est quelque part dans l'administration sanitaire du Canton de Berne ou Jean-Christophe Luthi, qui dirige l'Observatoire valaisan de la santé. Pour ce qui est de la sur- et sous-utilisation des soins, Bernard Burand et John-Paul Vader, au sein de l'IUMSP, sauront vous renseigner complètement sur ce sujet.»</p>
<p><b>Peter Bechtold, PD Dr. med., Leiter des College für Management im Gesundheitswesen (College-M), Bern</b>          Eine Definition <b>in allgemeiner Form ist relativ leicht</b> möglich: Zu den Grundversorgern gehören alle <b>Allgemeinmediziner</b>, dann <b>Innere Medizin mit Praxis, Pädiatrie mit Praxis, Gynäkologie mit Praxis</b>. Viele Ärzte der Inneren Medizin sind aber auch bereits Sekundärversorger. Das richtige Vorgehen wäre über die Versicherungsleistungen im Sinne von Grundversorgung. Es gibt überall <b>Durchmischungen</b> und Streuverluste, so dass es de facto <b>keine Definition</b> gibt, <b>die von allen anerkannt wird</b>. In den skandinavischen Ländern wird unter Grundversorger (Managed Care) vor allem ein «Triageur/Gate-Keeper» verstanden. Die grosse Schwierigkeit wird darin liegen, eine Definition/ein Vorgehen zu finden, welche/s von allen Interessengruppen anerkannt wird. Bevor dies nicht der Fall ist, machen weitere Schritte/Erhebungen oder statistische Auswertungen keinen Sinn.</p>
<p><b>Jürg Jau, FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Verantwortlicher für die Ärztstatistik-FMH</b>          Für das Indikatorensystem des Gesundheitsmonitorings des Obsan besteht eine bekannte Definition, die auf den <b>Facharzttiteln</b> und der <b>freien Praxistätigkeit</b> beruht. Grundsätzlich kommt es sehr darauf an, welche Eingrenzung man verwenden will. Nimmt man die enge europäische Definition der WONCA, dann gehören eigentlich nur die Allgemeinmediziner zu den Grundversorgern. Im Umfeld der <b>TARMED-Einführung</b> hat die FMH bei den Ärzten eine <b>Umfrage</b> gemacht, in welcher unter anderem auch die Frage «Grundversorger ja/nein» (unselektierte Patientenannahme) angesprochen wurde. Auf dieser Basis erhielt man eine grössere Zahl an Grundversorgern, als bei einer Auswertung der reinen Titelzahlen. So haben sich vergleichsweise viele Spitalärzte als Grundversorger bezeichnet. Hierbei dürfte es sich vermutlich um Ärzte handeln, die in den neu aufgebauten Ambulatorien arbeiten.</p>
<p><b>Santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer (Michael Bertschi, Marco d'Angelo); Protokoll Arbeitsgruppe «Ärztstatistik» (FMH, Obsan, BAG, GDK, Santésuisse, BASS)</b>          Im Rahmen eine 10 köpfigen <b>Arbeitsgruppe «Ärztstatistik»</b>, in welcher die FMH, Obsan, BAG, GDK, Santésuisse und auch das Büro BASS vertreten sind, werden derzeit verschiedene wichtige Fragen diskutiert. Die von der Gruppe erarbeitete Ärzte-Definition (Ärztedemographie) stellt auf die ZSR-Nummer (<b>Zahlstellenregister Santésuisse</b>, Rechnungsstellerstatistik) ab. Das grosse <b>Problem der FMH-Statistik ist die Frage Teilzeit-/Vollzeit-Ärzte</b>. Santésuisse hat auf der Grundlage ihres Datenpools eine plausible Methode entwickelt, wie die <b>Vollzeitäquivalente</b> bei den Ärzten ermittelt werden können [die Methode ist in Abschnitt 4.1.2 dargestellt].</p>
<p><b>Claudia Pütz, Dr., Techniker Krankenkasse (Deutschland)</b>          Der Begriff «Grundversorgung» bzw. «Grundversorger/in» wird in Deutschland nicht verwendet. Verbreitet sind die Termini <b>«hausarztorientierte» oder «hausarztzentrierte Versorgung»</b>. Seit Januar 2005 sind die deutschen Krankenkassen verpflichtet ein Hausarztmodell anzubieten. Den Versicherten, die das Hausarztmodell wählen, wird ein Bonus gewährt. Diese Massnahme ist in Zusammenhang mit der 2004 neu eingeführten «Praxisgebühr» zu sehen, welche als eine Art Selbstbehalt für die Arztpatient/innen funktioniert, den es früher in Deutschland im Gegensatz zur Schweiz nicht gab. Die hausarztzentrierte Versorgung ist im Sozialgesetzbuch (SGB), Buch V, insbes. § 73, definiert [SGB 2005; die Definition wurde oben in Tabelle 17 aufgeführt].</p>

Quelle: E-Mail-Befragung, April 2005, von 17 ausgewählten Expert/innen