PrimaryCare

Entwicklung des Aktivitätsgrads der Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker

La version française de cet article a été publiée dans le numéro 48 de PrimaryCare.

Hélène Jaccard Ruedin, Carine Bétrisey
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Die vorliegende Arbeit untersucht die Entwicklung des Aktivitätsgrads von Leistungserbringern im Bereich der Allgemeinmedizin von 1998 bis 2004. Ermittelt wird der Aktivitätsgrad anhand der Anzahl Konsultationen, die der obligatorischen Krankenversicherung in Rechnung gestellt wurden, und der Anzahl PatientInnen, die von diesen ÄrztInnen behandelt wurden. Mit dieser Vorgehensweise lässt sich die Entwicklung des Angebots und des Aktivitätsgrads der Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker für verschiedene Regionentypen schweizweit vergleichen. Die Ergebnisse lassen eine Zunahme der Anzahl praktizierender ÄrztInnen und gleichzeitig eine Abnahme ihres Aktivitätsgrads vermuten. Während des gesamten untersuchten Zeitraums war der Aktivitätsgrad in den städtischen Regionen deutlich tiefer als in den Randregionen. Bei einer vergleichbaren Angebotsdichte wird das Angebot an Allgemeinmedizin in den städtischen Regionen von einer grossen Zahl von teilzeitlich arbeitenden ÄrztInnen gewährleistet. In den Randregionen dagegen wird das gleiche Angebot an medizinischer Versorgung durch weniger ÄrztInnen mit einem überdurchschnittlichen Aktivitätsgrad gesichert. Da das Angebot der anderen Fachrichtungen in den Randregionen recht eingeschränkt ist, kann ausserdem vermutet werden, dass die Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker in diesen Regionen auch einen Teil der spezialisierten Leistungen übernehmen, einschliesslich der pädiatrischen und gynäkologischen Leistungen. Somit besteht die Gefahr, dass das Angebot der Hausärztinnen und Hausärzte in den Randregionen überschätzt wird, wenn man sich ausschliesslich auf diese Kategorie beschränkt und die von den anderen Fachärzten erbrachten Leistungen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, bei der Untersuchung des Angebots ambulanter medizinischer Leistungen den Aktivitätsgrad der ÄrztInnen zu berücksichtigen und die Entwicklung dieses Parameters zu verfolgen.

Kontext

In der Schweiz werden knapp 90% der ambulanten Behandlungen durch ÄrztInnen gewährleistet, die in Privatpraxen tätig sind und nach Einzelleistungsabrechnung entschädigt werden. Wenn die Zahl der niedergelassenen ÄrztInnen und damit auch der Wettbewerb zunehmen, können theoretisch bestimmte Leistungserbringer bei dieser Entschädigungsform die Abnahme der Patientenzahl durch eine Steigerung der Zahl der durchgeführten medizinischen Leistungen kompensieren [1]. Ein solches Verhalten, aus dem eine sogenannte «angebotsinduzierte Nachfrage» resultiert, lässt sich nur schwer nachweisen und quantifizieren, da die Zunahme der Anzahl ÄrztInnen auch einen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung bedeuten kann und es schwierig ist, diese beiden Auswirkungen voneinander abzugrenzen.
In der Schweiz wurden 2002 gesetzliche Massnahmen zur Einschränkung des freien Zugangs zu neuen Praxiseröffnungen eingeführt. Damit war das Ziel verbunden, die Zahl der niedergelassenen ÄrztInnen zu stabilisieren und gegebenenfalls eine allfällige angebotsinduzierte Nachfrage zu beschränken. Die Tendenz der Ärzteschaft, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, wurde aber bei den Ausgangsdaten, die zur Umsetzung dieser Massnahme angewendet wurden, ausser acht gelassen. Dieser Trend, der unter den jungen ÄrztInnen stärker ausgeprägt ist, besteht sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Vor diesem Hintergrund muss deshalb bei Überlegungen zur Zahl der erteilten Praxisbewilligungen auch dem Aktivitätsgrad der ÄrztInnen Rechnung getragen werden [2]. Die Anwendung eines solchen Ansatzes ist jedoch schwierig, da keine Daten verfügbar sind, welche die Arbeitszeit der in einer Praxis tätigen ÄrztInnen erfassen. In der vorliegenden Arbeit wird deren Aktivitätsgrad geschätzt, ausgehend von den medizinischen Konsultationen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verrechnet wurden. Es werden folgende Fragen untersucht:

- Wie hat sich der Aktivitätsgrad der praktizierenden ÄrztInnen von 1998 bis 2004 entwickelt?
- Bestehen regionale Unterschiede, und welches Ausmass weisen diese auf?

Diese Fragen werden zunächst für die ganze Schweiz geprüft. Anschliessend wird vertieft das Angebot in den Randregionen untersucht.

Methode und Datenquellen

Diese deskriptive Longitudinalstudie wurde für die Jahre 1998 bis 2004 für die gesamte Schweiz durchgeführt.

Geographische Einheit

Die geographische Grundeinheit ist die Region räumlicher Mobilität (MS-Region) gemäss der Typisierung des Bundesamts für Statistik. Sie ist auf der Grundlage der Daten der Eidgenössischen Volkszählung aus dem Jahr 2000 definiert, wobei sozio-

ökonomische und geographische Faktoren berücksichtigt wurden. Ausgehend von dieser Grundeinheit wurden sechs Regionentypen definiert, drei urbane Regionentypen und drei periphere Regionentypen:

– Urbane Regionen: Zentren mit Universitätsspital, Metropolräume und tertiäre Agglomerationen.
– Periphere Regionen (Randregionen): industrielle, touristische und rurale Regionen.

Praktizierende Ärztinnen und Ärzte

Die Informationen zu den praktizierenden ÄrztInnen stammen aus zwei Datenquellen:

■ aus dem *Zahlstellenregister* (ZSR, santésuisse), der administrativen Datenbank, die von den Leistungserbringern und Krankenversicherern für die Abrechnung der Leistungen verwendet wird. Die Leistungserbringer werden anhand ihres letzten eidgenössischen Facharzttitels und des Standorts ihrer Praxis identifiziert. Bei der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf der Kategorie «Allgemeinmedizin», die für diese Studie die ÄrztInnen mit einem eidgenössischen Facharzttitel in Allgemeinmedizin oder innerer Medizin, die praktizierenden ÄrztInnen und die Gruppenpraxen beinhaltet.

Die anderen Fachrichtungen werden detailliert in einem Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) untersucht, der im Dezember 2007 erscheinen wird. Hier kommen sie nur im Rahmen der Evaluation der ärztlichen Versorgung in den Randregionen zur Sprache. Sie sind in drei Kategorien gegliedert: Gynäkologie[1], Pädiatrie und «Fachmedizin» (Subspezialitäten in innerer Medizin, Tropenmedizin, Dermatologie-Venerologie, Chirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie, Ophthalmologie, ORL, Neurochirurgie, Herzchirurgie, Urologie, Kiefer- und Gesichtschirurgie, ästhetischer Chirurgie).

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss der Umstand berücksichtigt werden, dass aus der Anzahl Zahlstellennummern nicht direkt die Zahl der niedergelassenen ÄrztInnen hervorgeht.

■ aus dem *Datenpool von santésuisse*. Daraus gehen für jeden Leistungserbringer die ungefähre Zahl der Konsultationen, die er der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verrechnete, sowie die Anzahl PatientInnen hervor, die im Verlauf eines Jahres behandelt wurden. In dieser Analyse werden nur ÄrztInnen berücksichtigt, die der OKP mindestens eine Konsultation pro Jahr in Rechnung stellten.

Diese Datenbank beruht auf den Rechnungen, die den Krankenversicherungen zugestellt wurden. Sie enthält keine Angaben zu den Konsultationen, die der Unfallversicherung oder den Privatversicherungen verrechnet wurden. Ebenso sind darin keine Informationen zu den Rechnungen enthalten, die von den Haushalten beglichen und nicht an eine Krankenversicherung weitergeleitet wurden. Festzuhalten ist ausserdem, dass in dieser Datenbank keine Angaben zum Gesundheitszustand der PatientInnen und zur Art und Dauer der Konsultationen verfügbar sind. Es wurden keine Informationen zu den verrechneten Beträgen zur Verfügung gestellt.

Schätzung der Aktivität (Vollzeitaktivität, VZA)

Dieser Ansatz beruht auf einer analogen Methode, die regelmässig in Kanada angewandt wird [3, 4]. Er wurde von einer Arbeitsgruppe mit ExpertInnen aus verschiedenen Kreisen entwickelt (FMH, BAG, Kantone, santésuisse, Obsan) und zuvor beschrieben [5]. Dieser Ansatz umfasst drei Schritte:

■ Der *erste Schritt* besteht darin, den Schwellenwert bezüglich der Aktivität festzulegen, der einer Vollzeitaktivität entspricht. Dabei werden die allgemeinen Trends im Bereich der Arztpraxen berücksichtigt. Zu diesem Zweck wird zunächst die Verteilung der Jahresaktivität (Anzahl Konsultationen und PatientInnen) aller Leistungserbringer einer Fachrichtung untersucht. Der Schwellenwert für eine Vollzeitaktivität wird für jedes Jahr beim 75. Perzentil festgelegt. Dieser Schwellenwert ging in den letzten Jahren zurück: Während der entsprechende Wert im Jahr 1998 in der Allgemeinmedizin 6042 Konsultationen (1291 PatientInnen) entsprach, lag er im Jahr 2004 bei 5561 Konsultationen (1251 PatientInnen). Diese Abnahme lässt vermuten, dass Änderungen bei der Praxistätigkeit eingetreten sind (weniger, dafür aber längere Konsultationen). Werden diese Änderungen im Verlauf der Longitudinalstudie nicht berücksichtigt, sind zwei Arten von Resultatverzerrung möglich: Wenn der VZA-Schwellenwert von 1998 auf die nachfolgenden Jahre angewandt wird, werden die Aktivitätsgrade zunehmend unterschätzt (weil die Konsultationen länger werden). Wird der für die Jahre nach 1998 berechnete Schwellenwert nicht korrigiert, besteht die Gefahr, dass mit der Zeit das Angebot überschätzt wird, das einer VZA von 100% entspricht. Die Arbeitsgruppe korrigierte daher diesen Trend, indem der für jedes Jahr festgelegte Schwellenwert mit dem Schwellenwert von 1998 gewichtet wurde. In der Allgemeinmedizin entsprach eine VZA von 100% im Jahr 2004 schliesslich 5801 Konsultationen ([6042+5561]/2) und 1271 PatientInnen ([1291+1251]/2).

■ In einem *zweiten Schritt* wird jeder Leistungserbringende gewichtet, indem dessen Aktivität mit dem Wert verglichen wird, der einer Aktivität von 100% entspricht. So wurde beispielsweise einem Allgemeinmediziner, der 3000 Konsultationen verrechnete und 700 PatientInnen behandelte, ein VZA-Wert von 52% bei den Konsultationen und von 55% bei den PatientInnen zugeordnet. Im allgemeinen verändern sich die Schwellenwerte für diese beiden Indikatoren nur sehr gering. Trotzdem ist es wichtig, die beiden Werte zu berücksichtigen, da die Anzahl Konsultationen mit der Morbidität der PatientInnen zusammenhängt. Aus diesem Grund wird als definitive VZA eines Leistungserbringers der Durchschnitt aus seiner $VZA_{Konsultationen}$ und seiner $VZA_{Patienten}$ verwendet. In unserem Beispiel entspricht dies 53,5%.

■ Der *dritte Schritt* bezieht sich auf die Berechnung des Angebots in einer bestimmten Region. Dazu werden die VZA-

1 Der Einfachheit halber wird hier der Begriff Gynäkologie für die Gynäkologie und die Geburtshilfe verwendet.

Tabelle 1

Entwicklung der Anzahl Zahlstellennummern (ZS-Nr.), von Vollzeitaktivität (VZA) und Aktivitätsgrad in der Allgemeinmedizin nach Regionentypen, 1998–2004.

Regionentypen	Anzahl ZS-Nr.		Anzahl VZA		VZA / ZS-Nr.	
	1998	2004 (% Diff.)	1998	2004 (% Diff.)	1998	2004 (% Diff.)
Zentren mit Universitätsspital	1823	2085 (+14%)	944	1038 (+10%)	0,52	0,50 (–4%)
Metropolräume	1680	1881 (+12%)	1228	1270 (+3%)	0,73	0,68 (–7%)
Tertiäre Agglomerationen	957	1047 (+9%)	710	770 (+8%)	0,74	0,74 (0%)
Industrielle Regionen	924	994 (+8%)	798	829 (+4%)	0,86	0,83 (–5%)
Touristische Regionen	313	337 (+8%)	215	240 (+12%)	0,69	0,71 (+3%)
Rurale Regionen	579	618 (+7%)	488	518 (+6%)	0,84	0,84 (0%)
Total	6276	6962 (+11%)	4383	4664 (+6%)	0,70	0,67 (–4%)

Quellen: ZSR, Datenpool santésuisse. Analysen: Obsan.

Prozente addiert, die für die Leistungserbringer dieser Region ermittelt wurden. Wird Jahr für Jahr für alle Leistungserbringer einer Fachrichtung die gleiche Methode angewandt, behalten regionale und zeitliche Vergleiche ihre Gültigkeit.
Bei diesem Ansatz wird die Dauer der Konsultationen nicht berücksichtigt, da diese Information nicht verfügbar ist. Man spricht daher besser von Vollzeitaktivität als von Vollzeitäquivalenz, weil der letztgenannte Begriff in der Regel mit einer Zeiteinheit assoziiert wird.

Verwendete Indikatoren

Die nachfolgenden Analysen beruhen auf vier Indikatoren:

1 Anzahl Zahlstellen/10 000 Einwohner: Ärztedichte
2 VZA/10 000 Einwohner: VZA-Dichte
3 Anzahl VZA / Anzahl ZS-Nr.: Aktivitätsgrad
4 Konsultationen / ZS-Nr.: Aktivitätsgrad, ausgedrückt durch das Dienstleistungsvolumen

Der vierte Indikator ist eine der Komponenten der Vollzeitaktivität. Dank diesem kann das Angebot pro Praxis konkreter zum Ausdruck gebracht werden.

Ergebnisse

1998 waren 56% der im Zahlstellenregister (ZSR) eingetragenen Leistungserbringer dieser Kategorie in den Zentren mit Universitätsspital und in den Metropolräumen tätig (Tab. 1). Je mehr man sich von den städtischen Zentren entfernte, desto mehr nahm deren Zahl ab. Der tiefste Anteil wurde in den touristischen Regionen verzeichnet (5%). Von 1998 bis 2004 stieg die Zahl der ZS-Nummern landesweit um 11%. Diese Zunahme erfolgte in allen sechs MS-Regionentypen, doch sie war in den städtischen Regionen (+9–14%) ausgeprägter als in den peripheren Regionen (+7–8%).
Mit Ausnahme der touristischen Regionen nahm der Aktivitätsgrad mit zunehmender Nähe zu den städtischen Zentren ab. Der tiefste Aktivitätsgrad wurde in den Zentren mit Universitätsspital verzeichnet (Tab. 1). Auf gesamtschweizerischer Ebene ging der Aktivitätsgrad von 1998 bis 2004 um 4% zurück. Die stärkste Abnahme erfolgte in den Metropolräumen (–7%), während die Leistungserbringer in den touristischen Regionen ihren Aktivitätsgrad im gleichen Zeitraum steigerten (+3%). Auf Grund des Rückgangs des Aktivitätsgrads stieg die VZA-Dichte weniger stark an als die Ärztedichte (landesweit +2%). Abgesehen von den Metropolräumen, in denen der Aktivitätsgrad im Betrachtungszeitraum stark abnahm, wurde dieser Anstieg in allen Regionentypen verzeichnet (Tab. 2).
Was die VZA-Dichte betrifft, bestehen zwischen den Regionen nur verhältnismässig geringe Unterschiede. Sie schwankt zwischen 5,8 und 6,9 VZA/10 000 Einwohner. Doch die Realität der Leistungserbringer, die diese VZA-Dichte gewährleisten, ist je nach Region unterschiedlich. In den städtischen Regionen wird dieses Angebot durch eine grosse Zahl von ÄrztInnen mit einem teilweise tiefen Aktivitätsgrad erbracht. In den peripheren Regionen dagegen wird ein vergleichbares Angebot von weniger ÄrztInnen mit einem überdurchschnittlichen

Tabelle 2

Entwicklung der Vollzeitaktivitätsdichte der Allgemeinmedizin nach Regionentypen, 1998–2004.

Regionentypen	Anzahl VZA//10 000 Einwohner	
	1998	2004 (% Diff.)
Zentren mit Universitätsspital,	5,9	6,3 (+6%)
Metropolräume	5,9	5,8 (–2%)
Tertiäre Agglomerationen	6,4	6,7 (+5%)
Industrielle Regionen	6,5	6,6 (+2%)
Touristische Regionen	6,2	6,9 (+11%)
Rurale Regionen	6,4	6,6 (+3%)
Total	6,2	6,3 (+2%)

Quellen: ESPOP, BFS. Datenpool santésuisse. Analysen: Obsan.

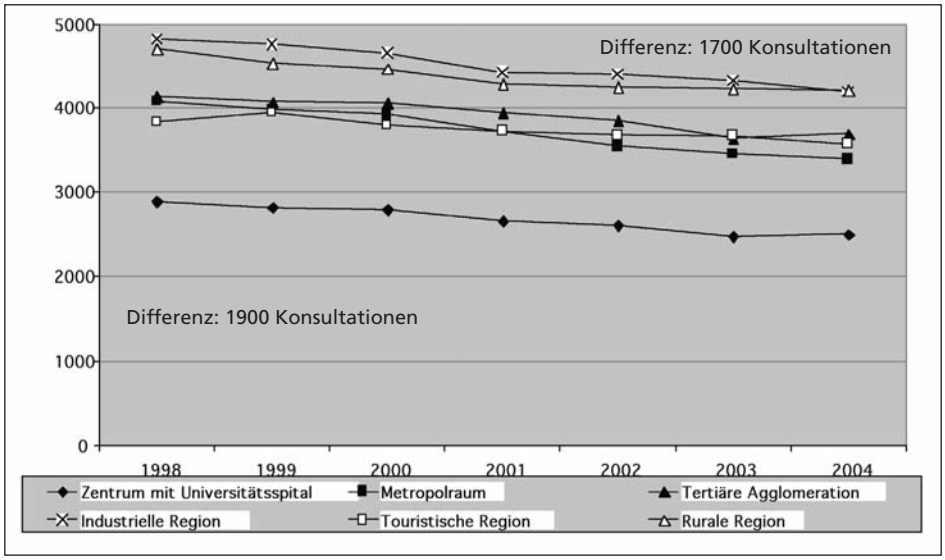

Abbildung 1

Entwicklung der Anzahl Konsultationen pro Zahlstellennummer zwischen 1998 und 2004 in den Regionentypen für die Allgemeinmedizin. Quellen: ZSR, Datenpool santésuisse. Analysen: Obsan.

Aktivitätsgrad gewährleistet. So realisierte ein Leistungserbringer in einer ruralen Region bereits 1998 durchschnittlich bis zu 1900 Konsultationen mehr pro Jahr als ein Kollege in einem Zentrum mit Universitätsspital (Abb. 1). Abgesehen von den touristischen Regionen nahm die Zahl der verrechneten Konsultationen von 1998 bis 2004 in allen Regionentypen in einem mehr oder weniger ähnlichen Ausmass ab. Die regionalen Unterschiede blieben dadurch praktisch erhalten (+1700 Konsultationen/Leistungserbringer in den ruralen Regionen im Vergleich mit den Zentren mit Universitätsspital).

Entwicklung des Angebots in den Randregionen

Auf Grund des höheren Aktivitätsgrads in den peripheren Regionen bestehen in Bezug auf die Angebotsdichte, ausgedrückt als VZA-Dichte, im Bereich der Allgemeinmedizin keine regionalen Unterschiede. Beschränkt man sich jedoch ausschliesslich auf diese Kategorie, besteht die Gefahr, dass das Angebot in den peripheren Regionen überschätzt wird. Denn die Grenzen zwischen dem Angebot im Bereich der Allgemeinmedizin und dem Angebot der übrigen Fachrichtungen sind fliessend. So können die AllgemeinmedizinerInnen auch Leistungen im Bereich der übrigen fachärztlichen Versorgung erbringen, und die «FachärztInnen» können auch allgemeinmedizinisch tätig sein [6]. Demzufolge müssen bei der Untersuchung des Angebots im Bereich der Allgemeinmedizin auch die regionalen Unterschiede berücksichtigt werden, die bei den anderen Fachrichtungen festgestellt wurden. Dies gilt insbesondere für die Pädiatrie und die Gynäkologie, die in den Randregionen häufig von AllgemeinpraktikerInnen abgedeckt werden.

Da PädiaterInnen und GynäkologInnen hauptsächlich in städtischen Regionen tätig sind, verstärken sich die regionalen Unterschiede, wenn diese beiden Fachrichtungen in die Evaluation miteinbezogen werden (Tab. 3). Rechnet man die «FachmedizinerInnen» dazu, stellt man noch ausgeprägtere Unterschiede fest. Dies legt die Vermutung nahe, dass die AllgemeinmedizinerInnen in den peripheren Regionen ein grösseres Tätigkeitsfeld abdecken müssen. Entsprechende Unterschiede sind im übrigen auch in den Metropolräumen festzustellen, doch die Auswirkungen sind nicht die gleichen wie in den peripheren Regionen.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit beschreibt die Entwicklung des Aktivitätsgrads der Leistungserbringer für die Kategorie Allgemeinmedizin entsprechend dem Regio-

Tabelle 3

Vollzeitaktivitätsdichte nach Fachrichtungen und Regionentypen, 2004.

Vollzeitaktivität/10000 Einwohner						
Fachrichtungen	**Allgemeinmedizin**	**Gynäkologie**	**Pädiatrie**	**«Grundversorgung»**	**«Fachmedizin»**	**«Fachmedizin» + «Grundversorgung»**
Zentren mit Universitätsspital	6,3	3,3	5,5	15,1	6,7	21,8
Metropolräume	5,8	1,9	3,6	11,3	2,5	14,8
Tertiäre Agglomerationen	6,7	2,6	4,2	13,5	5,5	19,0
Industrielle Regionen	6,6	1,9	3,0	11,5	3,0	14,5
Touristische Regionen	6,9	1,8	2,0	10,7	3,1	13,8
Rurale Regionen	6,6	1,3	2,2	10,1	1,9	12,0
Total	6,3	2,3	3,7	12,3	4,3	16,6

Quellen: ESPOP, BFS.Datenpool santésuisse. Analysen: Obsan. «Grundversorgung»: Allgemeinmedizin + Gynäkologie + Pädiatrie.
«Fachmedizin»: ohne Psychiatrie

nentyp, in dem sich die jeweilige Praxis befindet. Der Aktivitätsgrad wird ausgehend vom Tätigkeitsvolumen geschätzt, das der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in Rechnung gestellt wurde. Bei der Auslegung der Ergebnisse muss mehreren Einschränkungen Rechnung getragen werden.

So ist zu berücksichtigen, dass aus der Anzahl Zahlstellennummern nicht direkt die Zahl der Leistungserbringer abgeleitet werden kann. Es können mehrere Leistungserbringer unter dem gleichen Zahlstellencode Leistungen verrechnen, und bestimmte Leistungserbringer können Leistungen unter verschiedenen Codes in Rechnung stellen. Es gibt auch Leistungserbringer, die ihren Zahlstellencode nach dem Verkauf ihrer Praxis behalten. Die Leistungserbringer werden im Zahlstellenregister zwar anhand ihres letzten FMH-Titels identifiziert, doch es besteht die Möglichkeit, dass ein Teil von ihnen auch andere Aktivitäten ausübt, die nicht dem letzten erlangten Titel entsprechen. Solche Informationen stehen jedoch im Datenpool von santésuisse nicht zur Verfügung.

In der vorliegenden Arbeit wird das Tätigkeitsvolumen durch die Zahl der verrechneten Konsultationen ausgedrückt. Es wäre jedoch wünschenswert, dass auch die Dauer der Konsultationen oder sogar Informationen zu den erbrachten Leistungen in die Analyse integriert werden könnten. Doch diese Daten sind im Datenpool von santésuisse nicht enthalten. Ein anderer Ansatz würde darin bestehen, dass die Kosten der Konsultationen berücksichtigt würden. Doch diese Informationen wurden dem Obsan nicht zur Verfügung gestellt. Schliesslich ist festzuhalten, dass der tatsächliche Umfang der Aktivitäten durch die aufgeführten Daten nicht vollständig zum Ausdruck kommt. Denn in diesen Daten sind weder die Leistungen, die anderen Versicherungen (Unfall, Invalidenversicherung, Zusatzversicherungen) verrechnet wurden, noch die Leistungen, bei denen die Rechnung von den Haushalten nicht an den Versicherer weitergeleitet wurde, enthalten. Der Begriff «Vollzeitaktivität» bleibt ein theoretisches und willkürlich festgelegtes Konzept. Da jedoch alle Leistungserbringer nach der gleichen Methode beurteilt wurden, sind die Vergleiche aussagekräftig. Ausserdem ermöglicht dieser Ansatz eine genauere Schätzung der Entwicklung des Angebots im Bereich der ambulanten Versorgung als eine Zählung der in der Praxis tätigen Personen.

Aus dieser Analyse geht hervor, dass der Aktivitätsgrad, abgesehen von den touristischen Regionen, in allen Regionentypen zurückgegangen ist. Diese Entwicklung wird auch in anderen Industrieländern verzeichnet. So nahm beispielsweise in Kanada die Wochenarbeitszeit der HausärztInnen von 1993 bis 2003 um 8,5% ab. Die Anzahl Konsultationen pro Jahr sank in diesem Zeitraum um 4,3% [2]. Aus dieser Studie ging hervor, dass die Arbeitszeit sowohl bei den Ärztinnen als auch bei den Ärzten abgenommen hatte, wobei das Tätigkeitsvolumen bei den weiblichen Leistungserbringern tiefer lag als bei ihren männlichen Kollegen. Auch in der Schweiz scheint der tiefere Aktivitätsgrad mit einem höheren Anteil der weiblichen Leistungserbringer zusammenzuhängen [5]. Diesbezüglich ist aber darauf hinzuweisen, dass die Ärztinnen im Jahr 2004 im Bereich der Allgemeinmedizin einen Anteil von lediglich 20% an der Gesamtzahl der Leistungserbringer hatten. Zum damaligen Zeitpunkt hatte also die Feminisierung wahrscheinlich nur geringe Auswirkungen.

Neben einer gewünschten Reduktion der Arbeitszeit, die allenfalls mit der Feminisierung zusammenhängt, könnte diese Abnahme des Aktivitätsgrads weitere Ursachen haben. Ausgehend von der Analyse kann aber die relative Bedeutung der einzelnen Elemente nicht festgestellt werden. Es könnte sich auch um Änderungen im Bereich der Praxistätigkeit handeln, indem weniger, aber dafür längere Konsultationen durchgeführt werden. Eine weitere Möglichkeit ist eine Verlagerung einer bisherigen OKP-Aktivität zu Aktivitäten, die den Zusatzversicherungen in Rechnung gestellt werden, und zu Aktivitäten in anderen Bereichen des Gesundheitswesens (stationärer Bereich, Pflegeheime usw.). Schliesslich könnte diese Entwicklung auch das Ergebnis von anderen Verhaltensweisen der PatientInnen sein, die unter Umständen weniger Konsultationen in Anspruch nehmen oder vermehrt Leistungen der ambulanten Dienste von Spitälern und von FachärztInnen in Anspruch nehmen. Denkbar ist auch ein «Wettbewerbseffekt» im Zusammenhang mit der Zunahme der Ärztedichte. Das letztere Element würde darauf hindeuten, dass die Möglichkeiten für die Generierung einer angebotsinduzierten Nachfrage nicht unbegrenzt sind. Diese Tatsache wurde bereits in Deutschland festgestellt [7]. Doch auf nationaler und regionaler Ebene wird die Zunahme der Ärztedichte durch die Abnahme des Aktivitätsgrads nur zu einem gewissen Teil kompensiert. So nahm das Angebot – ausgedrückt durch die VZA-Dichte – im Betrachtungszeitraum leicht zu.

Das Tätigkeitsvolumen nimmt zwar in allen Regionentypen tendenziell ab, doch der Aktivitätsgrad ist in den peripheren Regionen nach wie vor deutlich höher als in den städtischen Regionen. In den Randregionen wird ein vergleichbares Angebot von weniger ÄrztInnen mit einem überdurchschnittlichen Aktivitätsgrad gewährleistet. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass die Konsultationen in den städtischen Regionen länger dauern als in den peripheren Regionen. Dies wurde jedenfalls in anderen europäischen Ländern festgestellt [8]. Was die Pädiatrie und die Gynäkologie betrifft, nimmt die Aktivität der Leistungserbringer zu, wenn deren Zahl abnimmt[2]. In jenen Regionen, in denen die Leistungserbringer bereits hohe Aktivitätsgrade aufweisen, könnte eine ähnliche Entwicklung in der Allgemeinmedizin mit negativen Auswirkungen verbunden sein. Es ist anzunehmen, dass diese ÄrztInnen bei der Schliessung von anderen Praxen nur über beschränkte Kapazitäten für eine Steigerung ihres Arbeitsvolumens verfügen. Wenn bei solchen ÄrztInnen die Zahl der zu behandelnden PatientInnen zunimmt, besteht die Gefahr, dass die Dauer der Konsulta-

2 Bétrisey C. Jaccard Ruedin H. Entwicklung des Aktivitätsgrads in der ambulanten Medizin von 1998 bis 2004. Arbeitsdokument Nr. 29 des Obsan, Dezember 2007. www.obsan.ch

tionen und die Qualität der medizinischen Versorgung abnehmen [9].

Was die VZA-Dichte anbelangt, ist nur das Angebot im Bereich der Allgemeinmedizin in allen Regionentypen mehr oder weniger vergleichbar. Beschränkt man sich jedoch ausschliesslich auf diese Kategorie, besteht die Gefahr, dass das Angebot in den ruralen Regionen und in einem geringeren Ausmass auch in den touristischen und industriellen Regionen überschätzt wird. Denn dieses Angebot umfasst ein grösseres Tätigkeitsfeld als in den städtischen Regionen. Je mehr der Aktivitätsrahmen auf andere Fachrichtungen ausgedehnt wird, desto mehr nimmt das Angebot in den peripheren Regionen im Vergleich zum landesweiten Durchschnitt und zum Angebot in den städtischen Regionen ab.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass die Leistungserbringer im Bereich der Allgemeinmedizin tendenziell ihr Tätigkeitsvolumen abbauen und sich mehr in städtischen Regionen konzentrieren. Im Betrachtungszeitraum blieben die regionalen Unterschiede bestehen. Dies gilt insbesondere für den Aktivitätsgrad, der in den peripheren Regionen deutlich über dem landesweiten Durchschnitt liegt. Ausserdem wenden die Leistungserbringer in den peripheren Regionen wahrscheinlich einen Teil ihrer Arbeitszeit für Fachrichtungen auf, die dort nicht von entsprechenden FachärztInnen abgedeckt werden. Wenn die festgestellten Entwicklungen anhalten und kein ausreichender Nachwuchs gewährleistet ist, könnten sich die in den Randregionen tätigen Leistungserbringer veranlasst sehen, ihre Arbeitsbelastung durch kürzere Konsultationen auszugleichen. Dies wiederum könnte sich negativ auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirken.

Diese Analyse unterstreicht die Notwendigkeit, den Aktivitätsgrad bei der Beurteilung des Angebots im Bereich der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen und dessen Entwicklung entsprechend zu verfolgen. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium führt weitere Arbeiten durch, um verschiedene Aspekte der ambulanten Medizin, wie die Dauer und das Tätigkeitsspektrum der Konsultationen, zu vertiefen und ein Monitoring des Tätigkeitsgrads in der Praxis zu entwickeln.

Literatur

1 Crivelli L, Domenighetti G. [The physician/population ratio in Switzerland: the impact of its regional variation on mortality, health expenditures and user's satisfaction]. Cah Sociol Demogr Med. 2003;43(3):397–425.
2 Watson D, Slade S, Buske L, Tepper J. Intergenerational differences in workloads among primary care physicians: a ten-year, population-based study. Health Aff. (Millwood) 2006;25(6):1620–8.
3 Pong R, Pitblado J. Beyond counting heads: some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians. CMAJ. 2002;7(1):12–20.
4 Pong R, Pitblado J. Dont't take 'geography' for granted! Some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians. CMAJ. 2001;6(2):103–112.
5 Jaccard Ruedin H, Roth M, Bétrisey C, Marzo N, Busato A. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse. Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé, 2007.
6 Nocera S, Wanzenried G. On the dynamics of physician density: Theory and empirical Evidence for Switzerland. Bern: Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern, 2002:http://ideas.repec.org/p/ube/dpvwib/dp0208.html.
7 Andersen H, Schwarze J. Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb. Eine empirische Analyse der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. Berlin: Berliner Zentrum Public Health, 1997.
8 Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation in general practice: a standard operating procedure? Patient Educ Couns. 2004;54(2):227–33.
9 Campbell J, Ramsay J, Green J. Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. Br J Gen Pract. 2001;51(469):644–50.

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

TARMED KAPITELREVISION «BILDGEBENDE VERFAHREN» ERFOLGREICH BEENDET

Der Bundesrat hat der TARMED-Version 1.05 zugestimmt und somit auch die TARMED-Kapitelrevision 30 (Bildgebende Verfahren) genehmigt. Eine lange Leidensgeschichte konnte somit erfolgreich abgeschlossen werden. Die FMH war schliesslich massgeblich an der Umsetzung der Vorgaben beteiligt. Nachdem sie im Herbst 2006 das Veto zur damaligen Version eingelegt hatte, konnten unter dem Lead der FMH die Vereinfachung der Nomenklatur, das Monitoring-Konzept und die Berechnung von Betriebsstelle (Radiologen) und Administrativ- und Infrastruktur-Pauschale (AIP-Nichtradiologen) gemeinsam mit allen Partnern erfolgreich abgeschlossen werden. Sowohl die FMH-interne Abwicklung des Projekts als auch die Verhandlungen mit den Kostenträgern könnten für weitere Kapitelrevisionen beispielhaft sein.

Mit den Artikeln im **Heft 50 der «Schweizerischen Ärztezeitung»** informieren Radiologen (François Bossard), Nichtradiologen (Beat Dubs) und der Tarifdienst (Kari Bachofen) über die Änderungen dieser Revision des Kapitels 30.

Diese Beiträge enthalten wichtige Hinweise darauf, was zukünftig in eine Rechnung hinein gehört (nämlich die AIP plus die technischen Grundleistungen).

Bitte beachten Sie dazu auch die Website www.arzttarif.ch.

Dr. Ernst Gähler, Leiter Ressort Tarife und Verträge FMH
Dr. Beat Dubs, Leiter Tarifgruppe KHM