

Standpunkt

Die Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten ist ein politischer «Dauerbrenner»: Seit Beginn dieses Jahrtausends beschäftigt das Thema die Akteure. Den Hintergrund dazu bilden die wachsenden Gesundheitskosten – eine Entwicklung, die niemanden kalt lassen kann. Doch so richtig warm geworden mit dem gesetzgeberischen Prozess im Verlauf der vergangenen eineinhalb Jahrzehnte zum «Zulassungsstopp» ist aber ehrlicherweise wohl auch kaum jemand.

Die Bewertung des politischen Prozesses im Rückblick ist das eine. Die fundierte Auseinandersetzung mit den konkreten Auswirkungen einer regulatorischen Massnahme das andere. Auf einer solchen Basis sollten nach Möglichkeit zukünftige Weichenstellungen beurteilt, besprochen und schliesslich auch beschlossen werden können. Das gilt auch für ein Steuerungsinstrument wie die Zulassungsbeschränkung. Mit dem neuesten Bulletin liefert das Obsan dazu in aktualisierter Form Zahlen und Einschätzungen. Studien wie die vorliegende helfen damit, das Bild zu schärfen und datengestützte Entscheide zu fällen.

Die GDK unterstützt das Vorhaben des Bundesrates, die auf Mitte 2019 befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung nahtlos durch eine unbefristete, griffigere Lösung zu ersetzen. Dass es eine direkte, unterbruchfreie Anschlusslösung braucht, macht insbesondere der Blick auf die Entwicklung in der kurzen Zwischenphase ohne Regelung der Zulassungsbeschränkung (Ende 2011 bis Mitte 2013) deutlich. Angesichts ihrer Versorgungsverantwortung ist es für die Kantone von Bedeutung, grundsätzlich über die Möglichkeit zu verfügen, auch die ambulante Versorgung bei Bedarf in eigener Kompetenz gezielt steuern zu können. Verzichten wir deshalb auf Experimente, die zu einer neuerlichen Unterbrechung diesbezüglich führen könnten, weil sie entweder nicht mehrheitsfähig sind oder keine Wirkung erzielen.

Dr. Thomas Heiniger,
Regierungsrat, Präsident der GDK

Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen

Entwicklung des Ärztebestands und der Kosten

Dieses Bulletin greift die Debatte über die Beschränkung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) – allgemein bekannt als Zulassungsstopp oder Zulassungsregelung – auf. Es informiert über die Aktualisierung der wichtigsten Indikatoren des Obsan Bulletins 4/2015 (Roth & Sturny, 2015) und enthält zudem neue Analysen zu den Kosten und Konsultationen von Ärztinnen und Ärzten in Praxen.

Wie die erste Publikation zu diesem Thema gezeigt hat, wurde nach Ende des Zulassungsstopps eine starke Zunahme der Anzahl Spezialärztinnen und Spezialärzte verzeichnet. Diese Entwicklung wirft wichtige Fragen in Bezug auf die Kosten zulasten der OKP und die Struktur des Versorgungsangebots auf:

- Haben sich die Kosten und die Konsultationen gleichermaßen erhöht wie die Ärztezahl?
- Gibt es Änderungen in der Angebotsstruktur, die den Zuwachs der Ärztezahl rechtfertigen würden, wie beispielsweise einen Anstieg der Teilzeitarbeit oder Praxiseröffnungen in Gebieten mit Unterversorgung?

Dieses Bulletin geht diesen beiden Fragen nach und leistet damit einen nützlichen Beitrag zur Diskussion. Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Anzahl Spezialärztinnen und Spezialärzte und ihre OKP-Kosten haben nach Ende des Zulassungsstopps und in den ersten Halbjahren nach seiner Wiedereinführung stark zugenommen.
- Bei der Anzahl Konsultationen pro versicherte Person wird seit dem Auslaufen der Zulassungsbeschränkung eine moderate Erhöhung verzeichnet.
- Die Erhöhung der Teilzeitarbeit konnte anhand der verwendeten Daten nicht eindeutig nachgewiesen werden.
- Neue Praxen werden vorwiegend in städtischen Gebieten eröffnet.
- Im Zeitraum ohne Zulassungsbeschränkung entfielen zwei Drittel der neu zugelassenen Spezialärztinnen und Spezialärzte auf fünf Spezialisierungen.

Zunahme der Anzahl Spezialärztinnen und Spezialärzte

Von Januar 2006 bis Dezember 2016 hat sich die Dichte der Ärztinnen und Ärzte (Anzahl Ärzt/innen¹ pro 10 000 Einwohner/innen), die mindestens eine Leistung über die OKP abgerechnet haben, in der Spezialmedizin und in der Grundversorgung unterschiedlich entwickelt (G1).

In der Spezialmedizin ist nach Auslaufen des Zulassungsstopps, d. h. von Januar 2012 bis Juni 2013, eine starke Zunahme zu erkennen (+6,1% im Jahresdurchschnitt). Die Anzahl Spezialärztinnen und Spezialärzte stieg auch während der Übergangsregelung, wenn auch weniger stark. In den beiden ersten Halbjahren der Übergangsregelung (2. Halbjahr 2013 und 1. Halbjahr 2014) war weiterhin ein kräftiges Wachstum zu verzeichnen (+4,6%), über den gesamten Zeitraum gesehen fiel der Anstieg hingegen weniger deutlich aus (+1,8%).² Am geringsten war die Zunahme der Spezialärztedichte während des Zulassungsstopps (+0,5%), der die Praxiseröffnungen am stärksten einschränkte.

In der ärztlichen Grundversorgung waren die Veränderungen über alle drei Zeiträume hinweg (Kasten 2) moderater. Auf einen leichten Rückgang während des Zulassungsstopps (-0,3% im Jahresdurchschnitt) folgte ein geringfügiger Anstieg nach Auslaufen der Beschränkung (+0,9%). Am ausgeprägtesten war die Zunahme der Grundversorgerdichte während der Übergangsregelung (+1,3%). Insgesamt ist seit 2011 ein leichter Anstieg der Grundversorgerdichte zu verzeichnen. In dieser Zeit wurden mehrere Massnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin und der Grundversorgung eingeführt.

Die starke Zunahme der Ärztedichte in der Spezialmedizin nach Ende des Zulassungsstopps wirft mehrere Fragen auf, die im Folgenden durchleuchtet werden:

- Haben die Anzahl Konsultationen und die Kosten im gleichen Ausmass zugenommen?
- Hat sich die Struktur des Versorgungsangebots verändert?
- Welche Entwicklung ist auf Kantonebene zu beobachten?

Kasten 1: Definitionen

Ärztedichte: Anzahl Ärztinnen und Ärzte pro 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner

Kategorie «Ärztliche Grundversorgung»: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Allgemeine Innere Medizin, praktische Ärztin/praktischer Arzt, Gruppenpraxen, Kinder- und Jugendmedizin

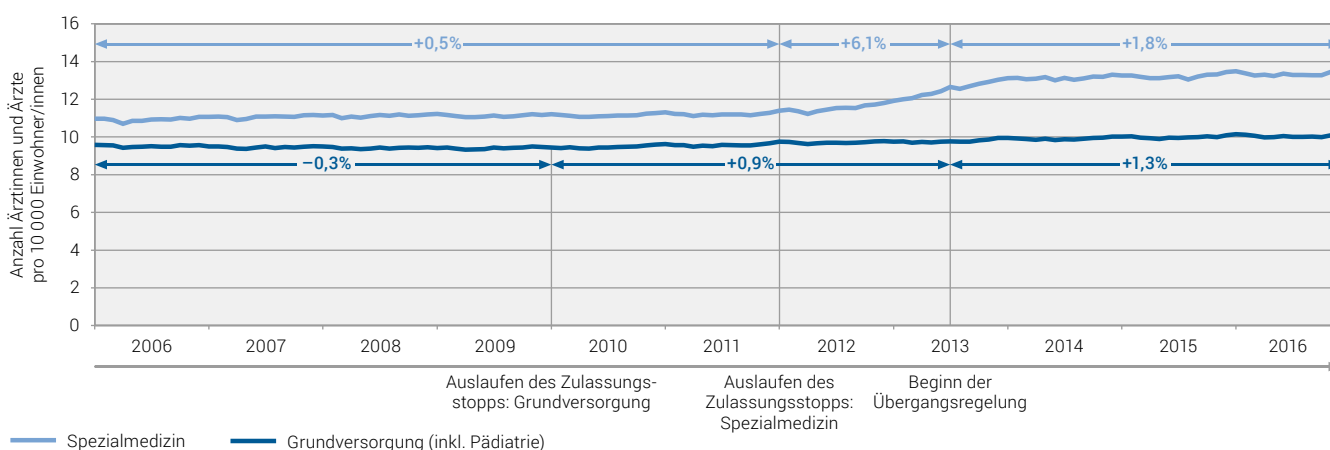
Konsultationen: Anzahl Konsultationen und Hausbesuche

OKP-Kosten: Ausgaben, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden

Versicherte: Anzahl Versicherte gemäss Angaben des Risikoausgleichs

Dichte der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte, die zulasten der OKP abgerechnet haben, und jahresdurchschnittliche Veränderung, 2006–2016

G1



Quellen: SASIS AG – Datenpool; BFS – STATPOP/Analyse Obsan

© Obsan 2017

¹ Die Analyse basiert auf der Anzahl Zahlstellenregisternummern. Es liegen keine Angaben zum Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte vor.

² Die möglichen Ursachen für die Zunahme der Ärztedichte in den ersten Halbjahren der Übergangsregelung werden im Bulletin 4/2015 im Detail erläutert.

Geringer Anstieg der Konsultationen, starker Anstieg der Kosten

Über den gesamten Analysezeitraum gesehen erhöhte sich die Anzahl Konsultationen pro versicherte Person in beiden Ärztekategorien nur leicht (+0,5% im Jahresdurchschnitt in der Grundversorgung und +1,8% in der Spezialmedizin). Im letzten Quartal 2016 suchte jede versicherte Person im Durchschnitt 0,9-mal eine Grundversorgerin bzw. einen Grundversorger auf und 0,6-mal eine Spezialärztin oder einen Spezialarzt.

In der Spezialmedizin war nach Auslaufen der Zulassungsbeschränkung ein stärkeres Wachstum der Anzahl Konsultationen zu beobachten: +3,3% im Jahresdurchschnitt im Zeitraum ohne Zulassungsstopp und +2,6% während der Übergangsregelung (G2). In der Grundversorgung war die Zunahme während des Zulassungsstopps am grössten (+1,2% im Jahresdurchschnitt), ansonsten waren die Konsultationen pro versicherte Person nahezu stabil.

Im letzten Quartal 2016 betragen die OKP-Kosten pro versicherte Person in der Spezialmedizin 150 Franken und in der Grundversorgung 138 Franken. Die OKP-Kosten der Spezialärztinnen und Spezialärzte sowie der Grundversorgerinnen und Grundversorger erhöhten sich zwischen 2006 und 2016 nicht gleich stark.

In der Spezialmedizin stiegen die OKP-Kosten mit der Aufhebung der Zulassungsbeschränkung deutlich an (+7,8% im Jahresdurchschnitt (G4)). Moderater erwies sich der Anstieg während des Zulassungsstopps und der Übergangsregelung (+3,6% bzw. +4,5%). In den ersten Quartalen der Übergangsregelung nahmen die OKP-Kosten hingegen weiter kräftig zu. Der Kostenanstieg macht sich erst zeitlich verzögert in seinem ganzen Umfang bemerkbar. Er stellt sich nicht kurzfristig ein und endet auch nicht abrupt mit dem Beginn der Übergangsregelung. Vielmehr entspricht das starke Kostenwachstum einem Schwelleneffekt. Auch wenn die Kostenwachstumsrate anschliessend wieder auf ein übliches Niveau gefallen ist, so muss der erhöhte Ausgangswert nach Ende der Zulassungssteuerung doch berücksichtigt werden.

Kasten 2: Änderungen der Zulassungsregelung für Leistungserbringer, die zulasten der OKP tätig sind

Um die Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern, werden drei Zeiträume unterschieden (T1). Diese Zeiträume variieren, je nachdem, ob es sich um die ärztliche Grundversorgung oder um die Spezialmedizin handelt:

Überblick über die verschiedenen Zeiträume der Zulassungssteuerung T1

Zeiträume	Grundversorgung	Spezialmedizin
Zulassungsstopp	Juli 2002 bis Dezember 2009	Juli 2002 bis Dezember 2011
Ohne Zulassungsbeschränkung	Januar 2010 bis Juni 2013	Januar 2012 bis Juni 2013
Übergangsregelung	Juli 2013 bis Juni 2019	Juli 2013 bis Juni 2019

Anmerkung: Die Analysen dieses Bulletins beziehen sich nicht auf die gesamten Zeiträume, sondern lediglich auf die Jahre 2006 bis 2016.

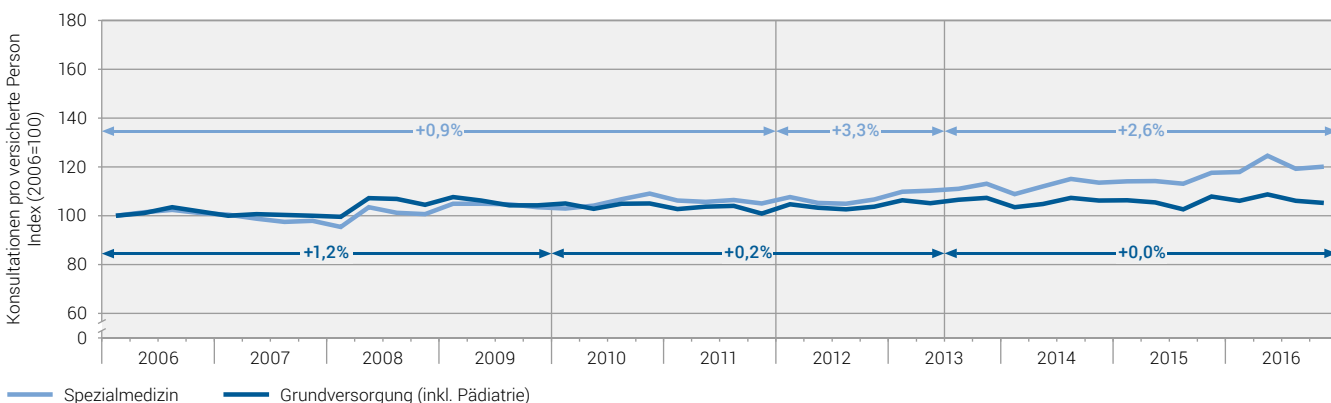
Quelle: eigene Darstellung

© Obsan 2017

Im Jahr 2002 erliess der Bundesrat eine Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP (SR 832.103). Für die Umsetzung dieser Beschränkung waren die Kantone zuständig. Sie war ursprünglich auf drei Jahre befristet. In der Folge wurde sie für Grundversorgerinnen und Grundversorger bis am 31. Dezember 2009 und für Spezialärztinnen und Spezialärzte bis am 31. Dezember 2011 verlängert (G3). Nach einem vorübergehenden Zeitraum ohne Zulassungsbeschränkung wurde am 1. Juli 2013 eine flexiblere Form der Zulassungssteuerung eingeführt. Ausgenommen von der Regelung sind Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben (AS 2013 2065). Diese Übergangslösung gilt bis zum 30. Juni 2019. Für ihre Umsetzung sind die Kantone zuständig.

Konsultationen pro versicherte Person bei frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten, 2006–2016

G2



Anmerkung: Die Serien der Konsultationen wurden mithilfe des X12-Verfahrens von SAS saisonbereinigt (Einzelheiten siehe Kasten 4).



Im gesamten Beobachtungszeitraum nahmen die OKP-Kosten in der Spezialmedizin stärker zu als die Kosten der Kategorie «verschiedene Leistungserbringer³». Besonders gross war der Unterschied nach Auslaufen des Zulassungsstopps (G 4). Hier zeigt sich, dass der Kostenanstieg in diesem Zeitraum tatsächlich aussergewöhnlich war.

Demgegenüber haben sich die OKP-Kosten in der Grundversorgung ähnlich entwickelt wie die Kosten der verschiedenen Leistungserbringer. Am stärksten gestiegen sind sie während der Übergangsregelung (+4,0%). Zum Vergleich: Vor 2010 belief sich das Kostenwachstum auf +1,0% und nach Ende des Zulassungsstopps auf +2,3%. Eine mögliche Erklärung sind verschiedene Massnahmen zugunsten der Grundversorgung, wie die Anpassung des TARMED.

Änderungen in der Angebotsstruktur?

Die zweite in diesem Bulletin nachgegangene Frage betrifft Änderungen in der Angebotsstruktur. Dabei werden schwerpunktmässig drei mögliche Veränderungen untersucht, die den Anstieg der Ärztedichte aus gesundheitspolitischer Sicht erklären oder rechtfertigen könnten:

- Zunahme der Teilzeitarbeit
- Praxiseröffnungen in Gebieten mit Unterversorgung
- Ausgleich des Ärztemangels in bestimmten Fachbereichen

Eine Erhöhung der Teilzeitarbeit ist anhand der analysierten Daten nicht eindeutig feststellbar

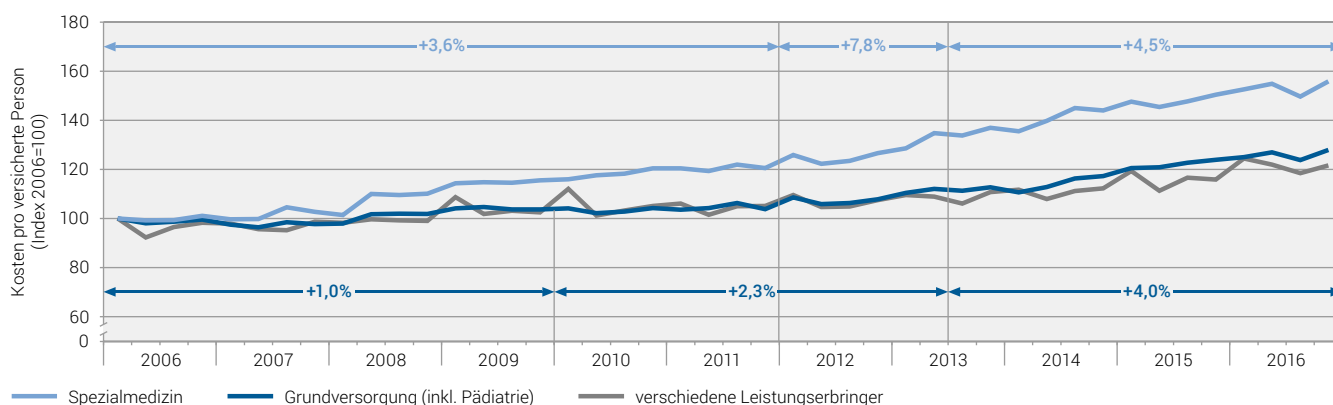
In mehreren Studien wurde nachgewiesen, dass der Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz rückläufig ist. Zwischen 2008 und 2016 sank er bei der gesamten Ärzteschaft von 9,0 auf 8,8 Halbtage pro Woche (Hostettler, 2017). Im ambulanten Sektor ging das Arbeitspensum von 8,7 auf 8,2 Halbtage zurück.

Anhand der verwendeten Daten lässt sich der Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte nicht präzise ermitteln. Die Konsultationen sowie die Kosten pro Ärztin oder Arzt lassen jedoch Rückschlüsse auf die Entwicklung der Arbeitspensen zu.

Die Konsultationen pro Ärztin bzw. Arzt weisen eine leicht rückläufige Tendenz auf, haben sich aber nur geringfügig verändert (G5). In der Grundversorgung nahmen sie bis 2008 zu, gingen dann wieder zurück und haben sich anschliessend auf dem Niveau von 2006 eingependelt. In der Spezialmedizin sind bis Ende 2011 kaum Veränderungen festzustellen. Der Rückgang in der Spezialmedizin nach Ende des Zulassungsstopps (–3,2% im Jahresdurchschnitt) ist eher auf die Zulassung neuer Ärztinnen und Ärzte zurückzuführen, die eine bestimmte Zeit brauchen, bis sie einen Patientenstamm aufgebaut haben, als auf einen starken Anstieg der Teilzeitarbeit. Die erneute Zunahme der Anzahl Konsultationen pro Ärztin bzw. Arzt zwei Jahre später bekräftigt diese Annahme.

OKP-Kosten pro versicherte Person nach Kategorie der Leistungserbringer, 2006–2016

G4



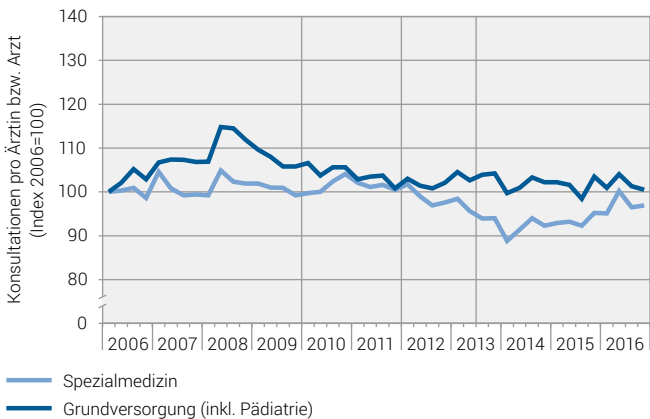
Anmerkung: Die Serien der OKP-Kosten wurden mithilfe des X12-Verfahrens von SAS saisonbereinigt (Einzelheiten siehe Kasten 4).

Quelle: SASIS AG – Datenpool/Analyse Obsan

© Obsan 2017

³ Unter die Kategorie «verschiedene Leistungserbringer» fallen alle Leistungserbringer ausser Spitäler und Ärztinnen und Ärzte. Die Spitäler wurden aufgrund des starken Anstiegs der OKP-Kosten infolge der Einführung der neuen Spitalfinanzierung ausgeschlossen.

Konsultationen pro frei praktizierende Ärztin bzw. frei praktizierendem Arzt, 2006–2016 G 5



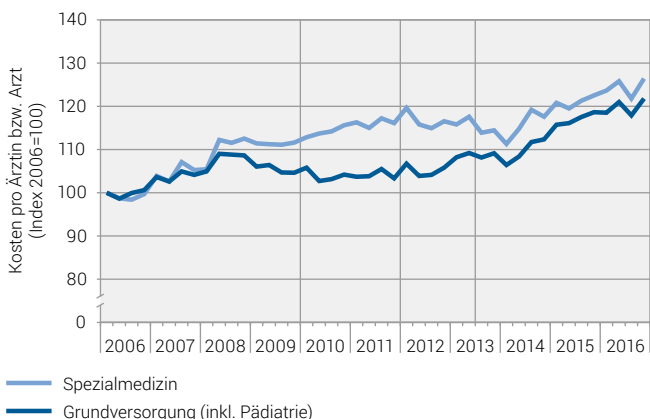
Anmerkung: Die Serien der Konsultationen wurden mithilfe des X12-Verfahrens von SAS saisonbereinigt (Einzelheiten siehe Kasten 4).

Quelle: SASIS AG – Datenpool/Analyse Obsan © Obsan 2017

Die Kosten pro Ärztin bzw. Arzt nehmen tendenziell zu (G6). 2012 und 2013 waren die OKP-Kosten pro Spezialärztin bzw. Spezialarzt hingegen leicht rückläufig. Auch hier ist das oben genannte Argument in Bezug auf den Aufbau des Patientenstamms möglicherweise ein Erklärungsfaktor. Der Anstieg kann sowohl die Entwicklung des Beschäftigungsgrads als auch eine Änderung der erbrachten Leistungen widerspiegeln.

Ab 2012 zeigen die analysierten Daten eine zunehmende Anzahl Gruppenpraxen. Eine Gruppenpraxis gilt als einzelner Leistungserbringer, umfasst aber die Konsultationen und die Kosten mehrerer Ärztinnen und Ärzte. Daher sind die Anzahl Konsultationen und die OKP-Kosten pro Grundversorgerin bzw. Grundversorger leicht überschätzt. Möglicherweise trifft diese Feststellung auch auf die Spezialmedizin zu, anhand der verfügbaren Daten lässt sich diese Hypothese jedoch nicht überprüfen.

OKP-Kosten pro frei praktizierende Ärztin bzw. frei praktizierendem Arzt, 2006–2016 G 6



Anmerkung: Die Serien der OKP-Kosten wurden mithilfe des X12-Verfahrens von SAS saisonbereinigt (Einzelheiten siehe Kasten 4).

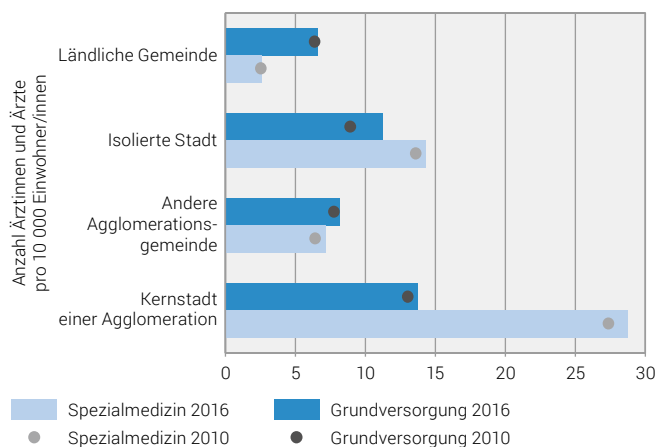
Quelle: SASIS AG – Datenpool/Analyse Obsan © Obsan 2017

Bei Praxiseröffnungen werden städtische Gebiete bevorzugt

Neu zugelassene Ärztinnen und Ärzte eröffnen ihre Praxis nicht zwingend in Gebieten mit ärztlicher Unterversorgung, die eher auf dem Land zu finden sind. In ländlichen Gemeinden blieb die Ärztedichte zwischen 2010 und 2016 sowohl in der Spezialmedizin als auch in der Grundversorgung stabil (G7). In den anderen Gebietstypen zeigt sich eine stärkere Zunahme der Ärztedichte.

Ärztinnen und Ärzte treten in den Kernstädten einer Agglomeration konzentriert auf. Im Jahr 2016 kamen in der Grundversorgung 13,7 Ärztinnen und Ärzte auf 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner, in der Spezialmedizin deren 28,8 (2010: 13,0 bzw. 27,4). Die geringste Ärztedichte weisen im Jahr 2016 mit 6,6 Grundversorgerinnen bzw. Grundversorgern und 2,6 Spezialärztinnen bzw. Spezialärzten pro 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner die ländlichen Gemeinden auf.

Dichte der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte pro 10 000 Einwohner/innen nach Gebietstyp, 2010 und 2016 G 7



Quellen: FMH – Ärztestatistik; BFS – STATPOP/Analyse Obsan © Obsan 2017

Kasten 3: Verwendete Daten

Der Datenpool der SASIS AG, einer Tochtergesellschaft von santésuisse, liefert detaillierte Informationen zu den OKP-Kosten und zur Zahl der Zahlstellenregisternummern (ZSR-Nummern), deren Inhaber zulasten der OKP abgerechnet haben. Verwendet wurden die Monatsdaten des Datenpools.

Die Ergebnisse zur Ärztedichte nach Gebietstyp basieren auf den Daten der Ärztestatistik (2010 und 2016) der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Diese beschreibt die schweizerische Ärzteschaft in Bezug auf ihre Berufstätigkeit an einem Stichtag und gibt Auskunft über die zeitliche Entwicklung.

Die Mehrheit der Praxiseröffnungen und der Kosten entfallen auf ein paar wenige Spezialisierungen

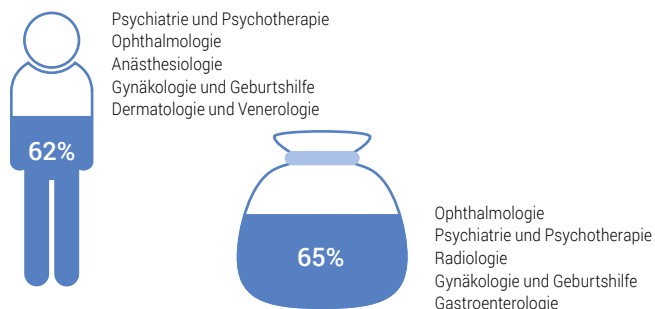
Nicht alle Spezialisierungen sind gleich stark vom Ende des Zulassungsstopps betroffen. Während der Ärztebestand bei einigen Spezialisierungen stark wächst, stagniert er bei anderen oder geht sogar zurück.

Die Zunahme der Anzahl Spezialärzte und Spezialärztinnen betrifft eine beschränkte Anzahl Spezialisierungen: Fast zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte, die sich nach dem Auslaufen der Zulassungsbeschränkung niedergelassen haben, praktizieren in fünf Spezialgebieten (G8). Ob in der Schweiz in Bezug auf diese Spezialisierungen eine Unterversorgung geherrscht hat, ist schwer abzuschätzen. Allerdings fällt auf, dass diese neuen Spezialärztinnen und Spezialärzte ihre Praxis eher in Kantonen eröffnen, die bereits eine hohe Ärztedichte aufweisen. Tatsächlich besteht bei diesen fünf Spezialisierungen eine positive Korrelation zwischen der kantonalen Ärztedichte und der Anzahl neuer Spezialärztinnen und Spezialärzte.

Die Mehrheit der neuen Praxen und der Kosten entfallen auf wenige Spezialisierungen

G8

Spezialisierungen mit dem grössten Anstieg des Ärztebestands



Spezialisierungen mit dem grössten OKP-Kostenwachstum

Quelle: SASIS AG – Datenpool/Analyse Obsan

© Obsan 2017

Betrachtet man die OKP-Kosten pro versicherte Person, so ist das OKP-Kostenwachstum sämtlicher Spezialärztinnen und Spezialärzte nach dem Wegfall des Zulassungsstopps zu zwei Dritteln fünf Spezialisierungen zuzuschreiben (G8). Interessant ist, dass drei Spezialisierungen für 53% des OKP-Kostenanstiegs der Spezialärztinnen und Spezialärzte in diesem Zeitraum verantwortlich sind.

Kantonale Aspekte

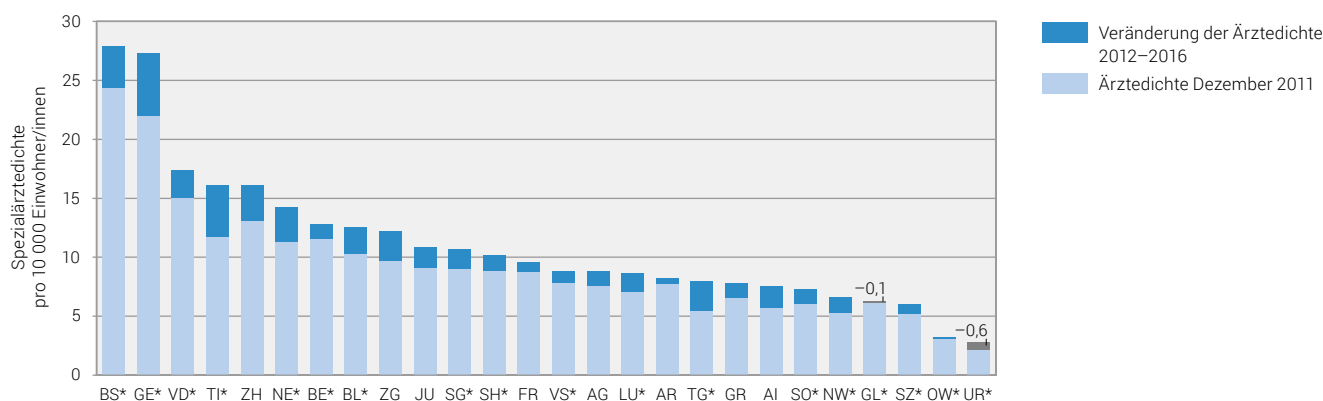
In den Kantonen präsentieren sich die Spezialärztedichte und ihre Entwicklung sehr unterschiedlich. Im Dezember 2011, d.h. vor Ende des Zulassungsstopps, wiesen die Kantone Basel-Stadt und Genf die höchste Dichte an Spezialärztinnen und Spezialärzten auf (G9). Sie war fast achtmal höher als in den Kantonen Uri und Obwalden. Ende 2016 fand zwischen den Kantonen keine Angleichung der Spezialärztedichte statt. Im Gegenteil, die Unterschiede haben sich noch vergrössert. Im Kanton Basel-Stadt ist die Spezialärztedichte zehnmal höher als im Kanton Uri.

Zwischen 2012 und 2016 nahm die Ärztedichte in der Spezialmedizin in allen Kantonen ausser in Glarus und Uri zu. Am grössten war das Wachstum (in absoluten Werten) in den Kantonen Genf und Tessin (+5,3 bzw. +4,4 Spezialärztinnen und -ärzte pro 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner). Im Vergleich zur Situation Ende 2011 verzeichneten die Kantone Thurgau und Tessin den grössten relativen Anstieg der Ärztedichte (+45% bzw. +38%).

Zwischen 2012 und 2016 besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Veränderung der Spezialärztedichte und der Entwicklung der Kosten pro versicherte Person in der Spezialmedizin (Korrelationskoeffizient: 0,4⁴). Auf kantonaler Ebene ist es jedoch schwierig, die Auswirkungen der verschiedenen Zeiträume der Zulassungsregelung auf die Kosten, die Konsultationen und die Ärztezahle zu modellieren, da ihre Umsetzung von der kantonalen Situation abhängt. Dieses Problem schränkt die Interpretation der Ergebnisse erheblich ein. Zusätzlich erschwert wird die Analyse durch die interkantonalen Patientenflüsse. Auf

Dichte der frei praktizierenden Spezialärztinnen und Spezialärzte, die zulasten der OKP abgerechnet haben, nach Kanton, 2011 und 2016

G9



* Bedeutet, dass der Kanton im Juli 2013 erneut eine Zulassungsbeschränkung für die Spezialmedizin eingeführt hat (Rüefli et al., 2016).

Quellen: SASIS AG – Datenpool; BFS – STATPOP/Analyse Obsan

© Obsan 2017

⁴ Statistisch signifikant auf dem 5%-Niveau.

der Grundlage deskriptiver Ergebnisse ist es auf Kantonsebene daher schwierig zu folgern, ob der Zulassungsstopp geeignet ist, die OKP-Kosten einzudämmen.

Schlussfolgerungen

Dieses Bulletin ergänzt die Informationen der ersten Publikation zum Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte (Roth & Sturny, 2015). Es geht von der Feststellung aus, dass die Ärztedichte in der Spezialmedizin nach dem Ende des Zulassungsstopps stark zugenommen hat. Darüber hinaus präsentiert es die Entwicklung der OKP-Kosten sowie der Konsultationen und diskutiert Hypothesen, die diese Zunahme der Spezialärztedichte erklären könnten. Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Nach dem Auslaufen der Zulassungsbeschränkung ist die Zahl der Spezialärztinnen und Spezialärzte stark angestiegen, während die Zahl der Grundversorgerinnen und Grundversorger relativ stabil geblieben ist. Die Anzahl Spezialärztinnen und Spezialärzte hat in den ersten Halbjahren der Übergangsregelung weiter zugenommen.
- In der Spezialmedizin haben sich die OKP-Kosten pro versicherte Person gleich entwickelt wie der Ärztebestand. Im Zeitraum ohne Zulassungsbeschränkung macht sich ein Schwelleneffekt bemerkbar, der zu einem anhaltenden Wachstum der OKP-Kosten führt.
- Bei der Zahl der Konsultationen pro versicherte Person ist sowohl während des Zulassungsstopps als auch nach Auslaufen der Zulassungsbeschränkung und während der Übergangsregelung eine moderatere Erhöhung festzustellen.
- Die Zunahme des Spezialärztebestands lässt sich mit den durchgeführten Analysen gesundheitspolitisch nicht erklären. Die Erhöhung der Teilzeitarbeit konnte auf der Grundlage der verwendeten Daten nicht eindeutig nachgewiesen werden. Die Ärztinnen und Ärzte treten eher in städtischen Gebieten und weniger in Regionen mit ärztlicher Unterversorgung konzentriert auf.
- Bei den Kantonen zeigen sich grosse Unterschiede. Während die Zahl der Spezialärztinnen und Spezialärzte nach Auslaufen des Zulassungsstopps in einigen Kantonen stark anstieg, verzeichneten andere einen geringfügigeren Zuwachs oder sogar einen Rückgang.

Dieses Bulletin liefert wichtige Erkenntnisse in der Diskussion um die Regelung der Zulassung von frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten. Es zeigt die Entwicklung der Ärztebestände und der damit verbundenen Kosten auf und beleuchtet zudem die Entwicklung der Konsultationen.

Die ärztliche Unter- oder Überversorgung ist in dieser Debatte ein zentrales Thema. Um die Diskussion über die Zulassung von Leistungserbringern fortzusetzen, wären weitere Analysen wünschenswert. So sollte zum Beispiel die Entwicklung der Tätigkeitsmodelle der Ärzteschaft, insbesondere deren Beschäftigungsgrad, näher untersucht werden. Anhand der Strukturdaten der Arztpraxen und der ambulanten Zentren (MAS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) sollten diese Analysen möglich sein. In künftige Analysen ebenfalls integriert werden sollten die Patientenflüsse zwischen den Kantonen, die in den letzten Jahren zugenommen haben. Faktoren wie die Bevölkerungsentwicklung und der Leistungstransfer vom stationären zum ambulanten Bereich wären ebenfalls zu berücksichtigen.

Kasten 4: Methodische Erläuterungen

Saisonbereinigung der Kosten- und Konsultationsserien

Die Monatsdaten des Datenpools (Kosten und Konsultationen) werden stark von saisonalen Faktoren beeinflusst (z. B. Buchungseffekt im Januar, Anzahl Werktage pro Monat). Um sicherzustellen, dass die Ergebnisse die Realität angemessen wiedergeben, müssen die saisonbedingten Schwankungen dieser Serien berücksichtigt werden. Dazu werden Saisonbereinigungsmodelle verwendet, mit denen die innerhalb eines Jahres auftretenden Veränderungen geglättet werden.

Für diese Studie wurde das Standardverfahren von SAS (proc X12) verwendet. Für die Monats- und Quartalsserien wurden die Qualitätsstandardtests für die Saisonbereinigung (Output-Tabelle F3) miteinander verglichen. Grundlage der vorliegenden Analysen bilden die Quartalsserien der Kosten und Konsultationen, da ihre Qualitätstests besser ausfielen als die der Monatsserien.

Halbjahresserien können mit diesem Verfahren nicht verwendet werden. Die Quartalsserie ergibt sich, indem die Monate des Quartals aggregiert werden.

Obsan-Publikationen über die Ärzteschaft

Hostettler, S. & Kraft, E. (2017). *36 175 berufstätige Ärztinnen und Ärzte*. *Schweizerische Ärztezeitung*, 98(13): 394–400.

Roth, S. & Sturny, I. (2015). *Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen – Entwicklung des Ärztebestands* (Obsan Bulletin 4/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Rüefli, C.; Huegli, E. und Berner, D. (2016). *Umsetzung von Art. 55a KVG durch die Kantone*. Bern: Büro Vatter.

Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Ermittlung des zukünftigen Bestandes und Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebiet: Konzeptionelles Modell*. Bericht im Rahmen des Teilauftrags «Koordination der ärztlichen Weiterbildung». Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Burla, L. & Widmer, M. (2017). *Ermittlung des zukünftigen Bestandes und Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebiet – Bericht II: Erstes Berechnungsmodell*. Bericht im Rahmen des Teilauftrags «Koordination der ärztlichen Weiterbildung». Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum**Herausgeber**

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Redaktion

Sacha Roth, Isabelle Sturny (Obsan)

Zitierweise

Roth, S. & Sturny, I. (2017). Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen – Entwicklung des Ärztebestands und der Kosten (Obsan Bulletin 4/2017). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. 058 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Originaltext

Französisch; diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-1704).

Übersetzung

Sprachdienste BFS

Layout/Grafiken

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress/Print

Bestellungen Print

Tel. 058 463 60 60, Fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch (gratis)

BFS-Nummer

1033-1704

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen (gratis)

© Obsan 2017



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.