

Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit - wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von TARMED-Daten

Dubach, Philipp; Künzi, Kilian

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Dubach, P., & Künzi, K. (2008). *Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit - wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von TARMED-Daten*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-359883>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung?

Eine Analyse von TARMED-Daten

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

Dr. Philipp Dubach, Kilian Künzi

Bern, 15. Februar 2008

Dank

Die vorliegende Studie verdankt ihr Entstehen dem Entgegenkommen und Mitwirken zahlreicher Personen und Institutionen. Vertreter/innen der beiden zentralen Sammelstellen von TARMED-Daten haben uns zu Expertengesprächen empfangen und uns bereitwillig über die Struktur der Datenbanken und die Analysemöglichkeiten informiert. Bei santésuisse nahmen Herr Marco D'Angelo, Frau Sarah Eggenschwiler und Herr Dr. Christian Rütschi am Gespräch teil, bei NewIndex Herr Philip Baumann und Herr Marco Gut. Herrn Dr. Andreas Haefeli (Verwaltungsratspräsident NewIndex) danken wir für seine Anregungen zum Studiendesign.

Santésuisse stellte uns die TARMED-Daten in unkomplizierter und zuvorkommender Weise zur Verfügung. Dafür und für die kompetente Beratung gebührt den Verantwortlichen unser Dank. Frau Maria Hodel und Frau Dr. Catherine Gasser (Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik) danken wir für das grosse Engagement und die Geduld, mit der sie das Projekt begleitet haben.

Inhaltsverzeichnis

Dank	I
Inhaltsverzeichnis	II
Zusammenfassung	IV
1 Ausgangslage und Fragestellung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Fragestellung	1
2 Methodisches Vorgehen	4
3 Datengrundlage	6
3.1 TARMED	6
3.2 Tarifpool santésuisse	6
3.3 Trust Center/NAKO-Datenpool NewIndex	8
4 Klassifikation	12
4.1 Generalistenleistungen und Grundversorgerpositionen	13
4.2 Konsultationen	13
4.3 Betreuung und Besprechungen	14
4.4 Administration	15
4.5 Konsilien	15
4.6 Spezialistentätigkeiten	15
4.7 Notfallpauschale	16
4.8 Nichtärztliche Leistungen	16
4.9 Masseinheit: Leistungen, Taxpunkte, Minutage	16
5 Auswertungen	19
5.1 Zugänglichkeit der TARMED-Daten	19
5.2 Datensätze: Beschreibung und Plausibilisierung	20
5.2.1 Abdeckung der Leistungserbringer	20
5.2.2 Minutage: Zeitkonzepte und Arbeitszeitvolumen	21
5.2.3 Anwendung des TARMED	23
5.3 Tätigkeitsprofile und Leistungen in der Grundversorgung	24
5.3.1 Tätigkeitsprofile	24
5.3.1.1 Grundversorger	24
5.3.1.2 Spezialist/innen	25
5.3.2 Analyse einzelner Leistungskategorien	26
5.3.2.1 Konsultationspositionen	27

5.3.2.2	Positionen mit Grundversorger-Beteiligung	29
5.3.2.3	Generalistenleistung	29
5.3.2.4	Grundversorgerpositionen	31
5.3.3	Sensitivitätsanalyse	32
5.4	Häufigkeitsverteilungen: Besuchspositionen	34
6	Schlussbemerkungen	37
7	Literaturverzeichnis	39

Zusammenfassung

Die **Lage der Grundversorgungsmedizin** in der Schweiz wird kontrovers diskutiert. Zu den Meinungsverschiedenheiten trägt bei, dass die statistischen Daten zur medizinischen Grundversorgung lückenhaft sind. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit das Büro für arbeits- und sozialpolitischen Studien BASS mit einer explorativen Studie beauftragt. Sie soll klären, ob eine **Analyse von Abrechnungsdaten des Arzttarifs TARMED** zusätzliche Erkenntnisse bringen könnte. Dabei sind die folgenden Fragen zu erörtern:

■ Welche TARMED-Daten sind bei den zentralen Sammelstellen der Krankenkassen (santésuisse) und der Ärzteschaft (Trust Center/NewIndex) vorhanden (Form, Abdeckungsgrad usw.) und wie ist ihre Nutzbarkeit für Fragestellungen im Bereich der ärztlichen Versorgung zu beurteilen?

■ Welche Positionen des TARMED bezeichnen Leistungen der Grundversorgung? Wie können die Positionen des TARMED zu Kategorien zusammengefügt werden, um aussagekräftige Tätigkeitsprofile unterschiedlicher Facharzttrichtungen zu erhalten?

■ In welcher Hinsicht unterscheiden sich die Tätigkeitsprofile verschiedener Fachrichtungen? Werden Leistungen der Grundversorgung in erster Linie von Ärzt/innen wahrgenommen, die über einen Grundversorgertitel (hier: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktische Ärzt/innen, Kinder- und Jugendmedizin) verfügen? Gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Grundversorgertiteln?

■ Erbringen auch Spezialist/innen einen beachtlichen Anteil an Leistungen in der Grundversorgung? Gibt es hierbei Unterschiede zwischen verschiedenen Facharzttiteln?

Datengrundlage

Der **Arzttarif TARMED** ist 2004 eingeführt worden. Er ersetzt die früheren kantonalen Tarife und den Spitalleistungskatalog durch eine gesamtschweizerisch geltende Taxordnung und gilt seither für die ambulante Behandlung in den freien Arztpraxen und den Spitälern, nicht aber für die stationäre Spitalbehandlung und die Zusatzversicherungen. Der TARMED bildet die ärztlichen Diagnosen und Therapien mit 4'600 verschiedenen Positionen ab. Ihnen sind unter anderem eine bestimmte Anzahl Taxpunkte zugeordnet sowie der durchschnittliche Zeitbedarf einer Leistung (Minutage).

Die TARMED-Abrechnungsdaten werden an zwei verschiedenen Stellen gesamtschweizerisch gesammelt: (a) im sog. Tarifpool des Verbandes

der Schweizer Krankenversicherer santésuisse (santésuisse-Tarifpool) und (b) im Datenpool der Schweizer Ärzteschaft resp. deren Trust Center und der nationalen Konsolidierungsstelle, die von der Firma NewIndex betrieben wird.

Der **Tarifpool von santésuisse** enthält ausschliesslich Leistungen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden. Er beruht auf einer freiwilligen Erhebung bei den Krankenversicherern. Sein Abdeckungsgrad bezüglich OKP-Leistungen, die von frei praktizierenden Ärzt/innen abgerechnet werden, liegt bei ungefähr 60%. Weil die Patient/innen eines einzelnen Arztes bzw. einer einzelnen Ärztin bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind, ist davon auszugehen, dass die Leistungserbringer im santésuisse-Tarifpool breit abgedeckt sind.

Die **nationale Konsolidierungsstelle (NAKO-Stelle) von NewIndex** verwaltet TARMED-Daten, die von aktuell elf regionalen Trust Centern geliefert werden. Die einem Trust Center angeschlossenen Arztpraxen übermitteln auf elektronischem Weg anonymisierte Kopien ihrer Patientenrechnungen an die Trust Center, diese leiten die Daten an die NAKO-Stelle weiter. Dort werden die Daten für statistische Analysen aufbereitet und den verschiedenen Nutzern (Kantonale Ärztegesellschaften, Fachgesellschaften, FMH, einzelne Arztpraxen) in aggregierter Form zugänglich gemacht.

Die Trust Center-Daten unterscheiden sich darin vom santésuisse-Tarifpool, dass sie grundsätzlich sämtliche fakturierten Leistungen erfassen, also auch solche, die für andere Versicherungen wie SUVA oder IV erbracht werden. Dagegen ist der Abdeckungsgrad bezüglich der Leistungserbringer relativ unsicher. Für die Ärzt/innen besteht keine Verpflichtung, sich an ein Trust Center anzuschliessen oder sämtliche elektronischen Rechnungen in das System einzuspeisen. Im Frühling 2007 verfügte der NAKO-Datenpool von NewIndex über Rechnungen aus insgesamt 8'000 Praxen. Gemessen am Anteil der Praxen auf dem Gesamtmarkt betrug die Abdeckung damit etwas mehr als 50%. Bei den Ärzt/innen, die sich als Grundversorger/innen einstufen, beträgt die Abdeckung im Durchschnitt 70%, bei der Psychiatrie 56%, bei den Spezialist/innen 35%.

Für die vorliegende Studie wurden Datensätze aus dem Tarifpool von santésuisse ausgewertet. NewIndex machte seine Daten nicht zugänglich.

Klassifikation

Die rund 4'600 Leistungspositionen des TARMED wurden für die Auswertungen in mehreren

Zusammenfassung

Kategorien zusammengefasst. Die wichtigsten Kategorien sind:

■ **Grundversorgerpositionen:** Positionen, die im TARMED explizit als Leistungen der Grundversorgung bezeichnet sind. Es handelt sich allerdings um nur vier Positionen. Diese Positionen dürfen gemäss den Anwendungsrichtlinien des TARMED (sog. qualitative Dignität) von vier Facharzttiteln verwendet werden: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie und Praktische Ärzt/innen.

■ **Generalistenleistungen:** Diagnosen und Therapien, die keine spezialmedizinische Fachausbildung voraussetzen (ca. 380 Positionen). Im TARMED wird dies darin ersichtlich, dass diese Positionen von allen Ärzt/innen ungeachtet ihres Weiterbildungstitels verwendet werden dürfen.

■ **Spezialistenleistungen:** Diagnosen und Therapien, die nur von Spezialist/innen vorgenommen werden. Die Anwendungsrichtlinien des TARMED schränken die Anwendung dieser Positionen auf die entsprechenden Facharzttitel ein.

■ **Konsultationen:** Konsultationspositionen bilden eine Art Sammelbecken für nicht anderweitig tarifizierte Tätigkeiten im Rahmen von Sitzungen mit Patient/innen (Begrüssung, Verabschiedung, Akteneinsichten, Übergaben und Anordnungen an Hilfspersonal usw.). Sie lassen keinen Rückschluss auf den fachlich-medizinischen Gehalt der Sitzung zu: Auch Spezialisten wenden diese Positionen an, wenn sie Diagnosen und Therapien fakturieren.

Für das Analysekonzept ist es wichtig, dass die Vorschriften, welche die Verwendung einer Position auf bestimmte Facharzttitel beschränken (Konzept der qualitativen Dignität), in der Praxis nicht strikt vollzogen werden. Bei der Einführung des TARMED war den Ärzt/innen eine Besitzstandsgarantie gewährt worden: Sie sicherte den bereits vor der Einführung des TARMED aktiven Ärzt/innen zu, dass sie auch unter den neuen TARMED-Tarifen Leistungen ausserhalb ihres Fachbereichs fakturieren dürfen, wenn sie diese während drei Jahren vor der Inkraftsetzung regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht hatten. Es ist daher in der konkreten Anwendung des TARMED möglich, dass Fachärzt/innen mit einem Grundversorgertitel auf Spezialistenpositionen abrechnen und umgekehrt.

Auswertungen

Im Rahmen der explorativen Studie war es nicht möglich, sämtliche Analysen auf der Basis von Individualdaten der Leistungserbringer durchzuführen. Die Analysen wurden daher in zwei Teile gegliedert:

■ Durchschnittliche Tätigkeitsprofile ausgewählter Facharzttitel (Aggregatdatenanalyse)

■ Individuelle Häufigkeit von (Haus-)Besuchen bei ausgewählten Facharzttiteln (Individualdatenanalyse)

Die Auswertungen betreffen die Rechnungsdaten von Leistungen, die im Jahr 2006 erbracht wurden. Ausgewählt wurden elf Facharzttrichtungen. Dazu gehörten einerseits die Grundversorgertitel (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktische Ärzt/innen, Kinder- und Jugendmedizin), andererseits Spezialistentitel mit unterschiedlicher Nähe zur Grundversorgung (Gynäkologie, Rheumatologie, Kardiologie, Radiologie, Ophthalmologie, Psychiatrie). Die Auswertungen richten sich nach der ärztlichen Zeit, die gemäss der Minutage des TARMED für einzelne Leistungen veranschlagt wird.

Tätigkeitsanalyse

Die Tätigkeitsanalyse zeigt, dass sich die Tätigkeitsprofile der Fachärzt/innen mit einem Grundversorgertitel deutlich von den Tätigkeitsprofilen der Spezialist/innen abheben. Auch innerhalb der Spezialist/innen wird eine verschiedene starke Abgrenzung zur Grundversorgung ersichtlich. Die Unterschiede treten vor allem in drei Kategorien hervor: Spezialistenleistungen, Grundversorgerpositionen, Konsultationen.

Die **Tabelle** auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die **drei Profile** und die ihnen zugehörigen Facharzttrichtungen.

Zusätzlich zu den aufgeführten Differenzen ist den Grundversorgertiteln gemeinsam, dass sie kaum **Konsilien** verbuchen. Dies ist allerdings auch bei diversen Spezialist/innen der Fall (Gynäkologie, Radiologie, Ophthalmologie, Psychiatrie). Das Fehlen von Konsilien verbindet die Grundversorger/innen, grenzt sie aber noch nicht hinreichend von allen Spezialist/innen ab.

Nicht geeignet, um Grundversorger/innen von anderen Fachrichtungen abzugrenzen, sind die **Generalistenleistungen**. Es gibt mehrere Fachrichtungen von Spezialist/innen, die ähnlich grosse oder sogar grössere Anteile aufweisen als die typischen Grundversorgertitel. Eine genauere Analyse zeigt, dass es sich dabei häufig um Leistungen handelt, die zwar von allen Ärzt/innen fakturiert werden dürfen, aber fachlich eng auf das jeweilige Spezialistengebiet bezogen sind (Gynäkologie, Radiologie, Rheumatologie). Bei den Grundversorgertiteln sind die Generalistenleistungen dagegen fachlich breiter gestreut (Ausnahme: Kinder- und Jugendmedizin).

Den drei Profilen nicht eindeutig zuzuordnen lässt sich die **Chirurgie**. Ihr Tätigkeitsprofil weist einen überraschend geringen Anteil an Spezialis-

Tabelle: Tätigkeitsprofile der TARMED-Analyse

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

tenleistungen (18%) und einen hohen Anteil an Konsultationspositionen (47%) aus. Vermutlich ist dies darauf zurückzuführen, dass viele Spezialistenleistungen der Chirurgie über die Spitäler verrechnet werden, während die Chirurg/innen vorwiegend diejenigen Leistungen fakturieren, die sie in ihren privaten Sprechstunden erbringen. Dies verweist auf Grenzen der TARMED-Analyse.

Häufigkeitsverteilungen

Wenn das primäre Aufgabenfeld eines Arztes bzw. einer Ärztin nicht aufgrund des Facharztstitels, sondern aufgrund der Tätigkeiten beurteilt werden soll, sind Kenntnisse von Häufigkeitsverteilungen wichtig. So ist es denkbar, dass bestimmte Schwellenwerte festgelegt werden, die darüber entscheiden, ob ein Arzt bzw. eine Ärztin als Grundversorger/in zählt.

Wie solche Verteilungen einzelner Positionen oder Leistungskategorien aussehen können, wurde am Beispiel der **Besuchspositionen** untersucht. Diese Leistung scheint deshalb gut geeignet, weil ihr Status als typische Grundversorger-Tätigkeit unbestritten sein dürfte. Gleichzeitig handelt es sich um eine Dienstleistung, die nicht auf ein spezifisches medizinisches Fachgebiet konzentriert ist. Die Verteilungen wurden nach der durchschnittlichen Besuchszeit pro Woche erstellt.

Die Analyse führt insgesamt eher tiefe Besuchszeiten zu Tage, was auch damit zusammenhängen könnte, dass nicht alle frei praktizierenden Ärzt/innen mit einem Vollzeitpensum tätig sind. Für alle Fachrichtungen gilt, dass nur eine Minderheit der Ärzt/innen pro Woche durchschnittlich mehr als eine Stunde mit Besuchen bringt. In acht von elf Fachrichtungen liegt dieser Anteil sogar unter 5%.

Mit Abstand am meisten Zeit auf Besuchen verbringen die **Allgemeinmediziner/innen** und **Internist/innen**, an dritter Stelle folgen die **Praktischen Ärzt/innen**. 70% der Allgemeinmediziner/innen und 63% der Internist/innen fakturieren pro Woche im Durchschnitt mindestens 20 Minuten Besuchszeit, bei den Praktischen Ärzt/innen sind es 35%. Bei den grösseren Besuchszeiten sind die Werte der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin dann weitgehend identisch: Auf mehr als 90 Minuten Besuchszeit pro Woche kommen je 25%, auf mehr als 3 Stunden noch 8%.

Folgerungen

Welche Folgerungen lassen sich aus unseren Ergebnissen für eine mögliche Verbesserung der statistischen Grundlagen zur medizinischen Grundversorgung ziehen?

■ Der TARMED ist mit gewissen Vorbehalten durchaus geeignet, Tätigkeitsprofile von praktizierenden Ärzt/innen zu zeichnen. **Die Durchschnittsprofile pro Facharzttrichtung sind insgesamt plausibel** und erlauben es, verschiedene Gruppen zu bilden und voneinander abzugrenzen. Die unterscheidungsrelevanten Kategorien könnten sich allenfalls eignen, um im Einzelfall unabhängig vom Facharztstitel zu bestimmen, ob ein Arzt bzw. eine Ärzt/in hauptsächlich im Bereich der Grundversorgung tätig ist.

■ Für die **Zuteilung von Einzelfällen** müssten für eine oder mehrere Kategorien **Schwellenwerte** definiert werden. So könnte man etwa festlegen, dass ein Arzt als Grundversorger gilt, wenn er pro Jahr mehr als 60% der fakturierten Zeit auf Grundversorgerpositionen und Konsultationen verbucht. Methodisch setzt dies Häufigkeitsanalysen auf der Basis von Individualdaten der Leistungserbringer voraus. Ob sich für die

Zusammenfassung

anvisierten Kategorien sinnvolle und konsensfähige Schwellenwerte finden lassen, wäre in einer Folgestudie näher zu untersuchen. Am Beispiel der Besuchszeiten konnten einige Herausforderungen bei der Festlegung von Schwellenwerten veranschaulicht werden. Insbesondere muss durch eine Analyse von Einzelfällen abgesichert werden, dass neue Zuordnungen aufgrund der Schwellenwertanalyse tatsächlich zu einem nachvollziehbaren und besseren Ergebnis führen als die herkömmliche Einstufung nach Facharzttitel. Besonders erklärungsbedürftig erscheint die Situation, in der Fachärzt/innen mit Grundversorgertitel den Schwellenwert für Grundversorger/innen nicht erreichen.

■ Ein sehr grosser Vorteil von TARMED-Analysen wäre es, wenn sie präzise quantitative Aussagen darüber erlauben würden, **wie stark ein Arzt bzw. Ärzt/in in der Grundversorgung engagiert ist**. Aktuell ist dies nicht möglich, weil die Konsultationspositionen keinen genauen Rückschluss auf den fachlich-medizinischen Gehalt einer Sitzung erlauben. Präzisere Aussagen wären vermutlich möglich, wenn anhand der TARMED-Daten **einzelne Sitzungen rekonstruiert** und als Grundversorgungs- oder Spezialisten-Sitzungen eingestuft würden. Dazu wäre es jedoch notwendig, die Daten nach einzelnen Leistungserbringern, Patient/innen und Datum aufzugliedern. Dies wäre nach unserem Kenntnisstand einzig mit den Daten des NAKO-Datenpools von NewIndex möglich.

■ Bei einer detaillierten Analyse von TARMED-Daten müssten zwei mögliche Quellen von Verzerrungen thematisiert und näher untersucht werden: (a) der Abdeckungsgrad der verwendeten Daten bezüglich Leistungen und Leistungserbringern; (b) mögliche Einflüsse der Taxierung und fachrichtungsspezifischen Abgrenzung von TARMED-Positionen auf das Abrechnungsverhalten der Ärzt/innen.

1 Ausgangslage und Fragestellung

1.1 Ausgangslage

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG, Abt. Gesundheitsberufe) erstellte das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) 2005 einen Bericht zur **«Grundversorgungsmedizin»** in der Schweiz (Künzi 2005), in welchem die Diskussion zur Frage der Grundversorger/innen / Hausarzt/innen und ihrer zahlenmässigen Entwicklung anhand von verfügbaren Datenquellen (FMH-Ärzttestatistik, santésuisse-Datenpool, Eidg. Betriebszählung, Schweiz. Arbeitskräfteerhebung, Eidg. Volkszählung, Praxiseröffnungsinserte in der Schweizerischen Ärztezeitung usw.) und anhand von Expertengesprächen (FMH, santésuisse, College für Management im Gesundheitswesen, Kollegium für Hausarztmedizin, Kantonsarzt Zürich, Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern) aufgearbeitet wurde. Das erste Kapitel widmete sich dabei ausführlich der schwierigen Definition des Begriffs «Grundversorger/in». Die Studie zeigte u.a., dass die **statistischen Daten lückenhaft** sind, dies vor allem in zwei Punkten:

- Erstens zählen die meisten Statistiken die Anzahl Grundversorger/innen einzig nach Köpfen bzw. Titeln, **das Arbeitsvolumen ist nicht bekannt**.
- Zweitens ist statistisch relativ wenig bekannt darüber, **welche Tätigkeiten die Ärzt/innen ausüben**. Erfasst ist einzig der Facharztstitel, nicht aber die konkrete Leistung, die ein Arzt oder eine Ärztin im Praxisalltag erbringt.

Vorabklärungen haben ergeben, dass an den aufgeführten Themen grosses Interesse besteht.¹ Im Rahmen der Expertengespräche fiel die Diskussion auch auf **TARMED-Abrechnungsdaten**, deren Auswertung entsprechende zusätzliche Erkenntnisse bringen könnte. Allerdings wurde auch darauf hingewiesen, dass bei der Arbeit mit TARMED-Daten die Grauzone gross sein dürfte und evtl. normative Einteilungen (z.B. Erstellen einer positiven Liste von Grundleistungen) nötig sein würden.²

Vor diesem Hintergrund hat das BAG das Büro BASS mit einer **explorativen Studie** beauftragt. Sie soll anhand einer Analyse von TARMED-Daten Aufschluss geben über das Tätigkeitsprofil der verschiedenen Facharzttrichtungen und nach Möglichkeit aufzeigen, welche Facharzttrichtungen «ähnliche Dienste» anbieten wie die «Grundversorger/innen».

1.2 Fragestellung

«Grundversorgung» und «Grundversorger/in» sind gesundheitspolitisch und standespolitisch stark besetzte Begriffe. Die Kategorisierung der Ärzt/innen in Grundversorger/innen und Spezialist/innen ist daher ein heikles Unterfangen. Der herkömmliche Weg führt über die **erworbenen Facharztstitel** der Ärzt/innen (Ebene Qualifikation). Ein Vorteil dieses Vorgehens ist seine Einfachheit. Ein Nachteil kann sein, dass nicht in jedem Fall eine Übereinstimmung zwischen dem erworbenen Facharztstitel und der konkreten ärztlichen Tätigkeit herrscht. Es stellt sich daher die Frage, ob es Möglichkeiten gibt, die **berufliche bzw. ärztliche Aktivität** (Ebene Tätigkeit) unabhängig von den erworbenen Facharzttiteln zu betrachten und damit die Grundversorger-Definition über die Facharztstitel zu verfeinern.

¹ Zur ersten Frage ist unterdessen eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums erschienen, die das ambulante medizinische Angebot in der Praxis unter Berücksichtigung des Aktivitätsgrads der Ärzt/innen zu ermitteln versucht (Jaccard Ruedin et al. 2007). Des Weiteren befindet sich die Ärzttestatistik FMH in einer Revision. Die revidierte Statistik soll ebenfalls Angaben zum Arbeitsvolumen enthalten.

² Der Experte des Kollegiums für Hausarztmedizin erwähnte z.B. eine vermutete Grauzone bei Internist/innen, die evtl. zu einem grossen Anteil hauptsächlich kardiologisch und daneben nur noch in kleinerem Umfang hausärztlich tätig seien. Es sei aber unsicher, ob sich hier Erkenntnisse aus den TARMED-Daten ergeben würden.

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion wird die **Lage der Grundversorgungsmedizin** kontrovers beurteilt. Auf der einen Seite wird vor drohenden Versorgungsengpässen angesichts der Altersstruktur der praktizierenden «Grundversorger/innen», vor allem in ländlichen Gebieten, gewarnt wie auch angesichts des geringen Interesses der Medizinstudierenden an einer Weiterbildung in Allgemeiner Medizin. Dem steht die Einschätzung einiger (politischer) Vertreter/innen entgegen, dass von einer generellen «Krise der Grundversorgung» kaum die Rede sein könne.

Die unterschiedlichen Einschätzungen dürften auch damit zusammenhängen, dass das Verständnis von «Grundversorgung» nicht immer einheitlich ist. Die skeptische Auffassung fusst tendenziell auf einem Verständnis von Grundversorgung, das an der Person des Hausarztes/der Hausärztin und seiner/ihrer **Funktion im Gesundheitssystem** orientiert ist. Der Hausarzt bzw. die Hausärztin garantiert eine (kostengünstige) medizinische Grundversorgung, für die ein umfassender und interdisziplinärer medizinischer Ansatz, die Offenheit gegenüber allen Nutzer/innen und Gesundheitsproblemen, die Langzeitbetreuung von Patient/innen und eine personenbezogene, auf das familiäre und das lebensweltliche Umfeld bezogene Herangehensweise kennzeichnend sind. Davon ist ein Verständnis von «Grundversorgung» zu unterscheiden, das primär auf die **medizinischen Aktivitäten** gerichtet ist. Die Grundversorgung besteht in diesem Verständnis aus medizinischen Tätigkeiten, die – negativ formuliert – keine Spezialistenausbildung erfordern und in der Regel keine aufwendigen technischen oder apparativen Verfahren voraussetzen. Fokussiert man einzig auf die Grundversorgung als ein Set spezifischer medizinischer Tätigkeiten, so ist es möglich, dass man zu anderen Einschätzungen über die Lage der Grundversorgungsmedizin kommt als bei einer Analyse, welche die Person des Hausarztes bzw. der Hausärztin ins Zentrum stellt.

Das angesprochene Verhältnis zwischen Grundversorgungsleistungen und den Personen, welche diese Leistungen erbringen, steht im Zentrum der vorliegenden Studie. Wir möchten wissen, welche Ärztinnen und Ärzte in welchem Umfang in der Grundversorgung engagiert sind. Eine Datenquelle, die das Leistungsspektrum der Ärzt/innen zumindest teilweise abbildet, sind deren Abrechnungen. Seit Anfang 2004 wird für ambulante Behandlungen in freien Arztpraxen und in Spitälern der einheitliche **Arzttarif TARMED** verwendet. Er bildet die ärztlichen Diagnosen und Eingriffe mit rund 4'600 Leistungspositionen ab. Die TARMED-Daten werden an zwei verschiedenen Stellen gesamtschweizerisch gesammelt: (a) im sog. Tarifpool des Verbandes der Schweizer Krankenversicherer santésuisse (santésuisse-Tarifpool) und (b) im Datenpool der Schweizer Ärzteschaft resp. deren Trust Center und der nationalen Konsolidierungsstelle (NAKO-Datenpool), die von der Firma NewIndex betrieben wird.

Im Rahmen der Studie ist zum einen zu klären, inwieweit sich die Struktur des TARMED eignet, um Tätigkeiten der Grundversorgung zu definieren und gegenüber Spezialistenleistungen abzugrenzen. Zum anderen werden – basierend auf einem solchen Kategorisierungsvorschlag – Tätigkeitsprofile von ausgewählten Facharzttrichtungen gezeichnet und miteinander verglichen.

Wir verwenden somit **drei Begriffe der Grundversorgung**, die klar voneinander zu unterscheiden sind:

■ **Facharzttitel:** Orientiert man sich an der Aus- und Weiterbildung von Mediziner/innen, so gelten vier Facharzttitel als typische Grundversorgertitel:

- a) Fachärzt/innen für Allgemeinmedizin
- b) Fachärzt/innen für Allgemeine Innere Medizin
- c) Fachärzt/innen ohne Facharzttitel bzw. Praktische Ärzt/innen
- d) Ebenfalls hinzugerechnet werden häufig die Fachärzt/innen für Allgemeine Pädiatrie, wobei in einem Punkt – hinsichtlich des Alters – eine Eingrenzung auf eine bestimmte Patientengruppe erfolgt (vgl. Künzi 2005, 4-15).

■ **Leistung:** In Kapitel 4 unternehmen wir den Versuch, unter den TARMED-Positionen diejenigen Leistungen zu identifizieren, die für die ärztliche Grundversorgung typisch sind. Unter Leistungen der Grundversorgung verstehen wir dabei medizinische Aktivitäten, die auf die Behandlung allgemeiner Krankheiten gerichtet sind. Negativ lassen sie sich dahingehend definieren, dass sie keine Spezialistenausbildung voraussetzen und nicht mit komplexen technischen oder apparativen Verfahren verbunden sind.

■ **Funktion:** Das an der Funktion des Grundversorgers bzw. der Grundversorgerin im Gesundheitssystem orientierte Konzept ist der umfassendste der drei Begriffe. Er beschränkt sich nicht auf einen Titel oder einzelne medizinische Leistungen, sondern enthält zusätzliche Kriterien, welche die Grundversorgungsmedizin ausmachen. Dazu gehören namentlich:

- a) der unselektierte Zugang für alle Patient/innen
- b) die Funktion des Grundversorgers bzw. der Grundversorgerin als Eintrittsstelle in das Versorgungssystem
- c) die kontinuierliche Betreuung
- d) der umfassende medizinische Ansatz
- e) die Zuständigkeit für dringliche Fälle.

Im Zentrum der Arbeit stehen die ersten beiden Begriffe. Wir untersuchen für ausgewählte Fachrichtungen, in welchem Ausmass sie medizinische Leistungen erbringen, die dem Bereich der Grundversorgung zugerechnet werden können. Der dritte und umfassendste Begriff ist mit den verfügbaren statistischen Daten nur schwierig zu fassen. Soweit als möglich wird jedoch geprüft, wie breit das Spektrum an Grundversorgungsleistungen ist, welche die verschiedenen Fachrichtungen wahrnehmen. Damit wird zumindest ein wichtiger Aspekt des «funktionalen» Begriffs des Grundversorgers bzw. der Grundversorgerin abgedeckt.

Konkret werden die folgenden **Fragen** behandelt:

- Welche TARMED-Daten sind bei NewIndex resp. santésuisse vorhanden (Form, Abdeckungsgrad usw.) und wie ist ihre Nutzbarkeit für Fragestellungen im Bereich ärztliche Versorgung zu beurteilen?
- Welche Positionen des TARMED bezeichnen Leistungen der Grundversorgung? Wie können die Positionen des TARMED zu Kategorien zusammengefügt werden, um aussagekräftige Tätigkeitsprofile unterschiedlicher Facharzttrichtungen zu erhalten?
- In welcher Hinsicht unterscheiden sich die Tätigkeitsprofile verschiedener Fachrichtungen? Werden Leistungen der Grundversorgung in erster Linie von Ärzt/innen wahrgenommen, die über einen Grundversorgertitel (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktische Ärzt/innen, Kinder- und Jugendmedizin) verfügen? Gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Grundversorgertiteln?
- Erbringen auch Spezialist/innen einen beachtlichen Anteil an Leistungen in der Grundversorgung? Gibt es hierbei Unterschiede zwischen verschiedenen Facharzttiteln?

2 Methodisches Vorgehen

Methodisch stützt sich die Studie hauptsächlich auf **zwei Quellen**:

■ Zum Vergleich der beiden Datenbanken, welche TARMED-Daten gesamtschweizerisch verwalten, führten wir im Rahmen von Site visits **leitfadengestützte Gespräche mit Expert/innen** von NewIndex und santésuisse. Dabei wurden auch das Studiendesign und das analytische Potenzial der TARMED-Daten diskutiert.

■ Um Tätigkeitsprofile unterschiedlicher Ärztgruppen zu zeichnen, wurden **TARMED-Daten des Jahres 2006** für insgesamt elf Fachrichtungen statistisch ausgewertet. Die Datensätze stammen aus dem Tarifpool von santésuisse, NewIndex machte seine Daten für die vorliegende Studie nicht zugänglich.

Dreh- und Angelpunkt der Studie ist die **Aggregation der TARMED-Positionen zu aussagekräftigen Kategorien**. Bereits in einem frühen Arbeitsstadium wurde ersichtlich, dass eine Identifikation von Grundversorgungsleistungen im TARMED relativ schwierig ist. Der TARMED umfasst rund 4'600 Leistungen. Nur vier dieser Positionen sind explizit für **Leistungen in der Grundversorgung** gedacht. Es ist einsichtig, dass auf diese Weise nicht alle Leistungen der Grundversorgung umfassend abgedeckt sind. Darauf wurde auch in den Expertengesprächen aufmerksam gemacht. Wie lassen sich nun die zusätzlichen Grundversorgerleistungen im TARMED ermitteln?

Als möglicher Schlüssel bietet sich die so genannte **qualitative Dignität** an. Die qualitative Dignität gibt an, welche Fachärzt/innen (Weiterbildungstitel, Fachausweise) berechtigt sind, eine Leistung zulasten der Sozialversicherung abzurechnen. Rund 440 Positionen des TARMED weisen die Dignität «alle» auf und können deshalb von allen Ärzt/innen benutzt werden. Dazu gehören etwa – um drei Beispiele herauszugreifen – das Anlegen von härtenden Verbänden, das Durchführen von Elektrokardiogrammen oder Lokalanästhesien. Es liegt nun nahe, dass diese Leistungen mit Dignität «alle» dem entsprechen, was wir als Leistungen der Grundversorgung definiert haben (siehe Abschnitt 1.2): Es handelt sich um medizinische Leistungen, die keiner Spezialausbildung bedürfen und die für die medizinische Versorgung der breiten Bevölkerung von zentraler Bedeutung sind. Wir bezeichnen diese Leistungen als Generalistenleistungen (dazu ausführlich Abschnitt 4.1).

Die Trias «Grundversorgerposition», «Generalistenleistung» und «Spezialistenleistung» reicht aber nicht aus, um alle Positionen des TARMED auf angemessene Weise zu klassifizieren. Zum einen gibt es diverse Positionen mit Dignität «alle», die keinen Rückschluss auf die fachlich-medizinische Tätigkeit (Generalistenleistung oder Spezialistenleistung) erlauben. Dies ist beispielsweise bei Positionen der Fall, die allgemein für Konsultationen oder für administrative Tätigkeiten reserviert sind. Zum anderen gibt es Positionen, deren qualitative Dignität nicht in die Dichotomie von Generalistenleistung und Spezialistenleistung passt. Dies ist der Fall bei Leistungen, die gemäss ihrer Dignität von Fachärzt/innen anzuwenden sind, die einen Grundversorgertitel besitzen. So gibt es mehrere Positionen, die ausschliesslich von Kinder- und Jugendmediziner/innen verwendet werden dürfen oder einzelne Positionen, die Internist/innen zusammen mit Spezialist/innen abrechnen dürfen. Handelt es sich dabei nun um Generalistenleistungen oder Spezialistenleistungen? Die Überlegungen zeigen, dass eine differenziertere Klassifikation von Nöten ist.

Bei der Auswertung der TARMED-Daten sind deshalb zwei Phasen zu unterscheiden:

■ **Klassifikation**: Die TARMED-Positionen werden für Analysezwecke verschiedenen Gruppen zugeordnet. Dabei ist es wichtig, die Gruppen so zu wählen, dass Zuordnungsprobleme und die Folgen von heiklen Klassifikationsentscheidungen im Rahmen der Analyse rekonstruiert werden können.

■ **Analyse**: Es wird untersucht, in welcher Hinsicht sich die Tätigkeitsprofile der verschiedenen Facharzt-richtungen unterscheiden. Dabei stehen zwei Fragen im Vordergrund: Erstens ist grundsätzlich zu prüfen,

in welchem Ausmass die TARMED-Daten zuverlässige Aussagen über den Umfang erbrachter Leistungen im Bereich der Grundversorgung zulassen. Allein bei der Klassifikation lässt sich diese Frage nicht hinreichend klären: Nach Aussage der Expert/innen werden die 4'600 TARMED-Positionen sehr unterschiedlich oft verwendet. Es ist somit möglich, dass sich vermeintliche Klassifikationsprobleme in der Praxis als irrelevant entpuppen oder umgekehrt einige wenige Positionen besondere Interpretationsprobleme aufwerfen. Zweitens wird im derart abgesteckten Rahmen untersucht, wie sich die Tätigkeitsprofile verschiedener Facharzttrichtungen unterscheiden und in welchem Umfang Ärzt/innen mit einem Grundversorgertitel und Spezialist/innen nachweislich im Bereich der Grundversorgung tätig sind.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass die Studie den Charakter einer **Grundlagenarbeit** hat. Sie konzentriert sich darauf, die Eignung von TARMED-Daten zur Analyse der Tätigkeitsstrukturen von Grundversorger/innen und Fachspezialist/innen zu prüfen und die entsprechenden Beschreibungen zu erarbeiten. Im Rahmen der Studie wird keine Bewertung der Forschungsergebnisse mit Blick auf übergeordnete gesundheitspolitische Fragestellungen vorgenommen. Die Frage etwa nach der Qualität oder der Wirtschaftlichkeit von Grundversorgungsleistungen, die von Grundversorger/innen oder von Spezialist/innen erbracht werden, wird nicht erörtert.

3 Datengrundlage

Daten des TARMED werden an zwei Stellen für die gesamte Schweiz verwaltet: Erstens im Tarifpool von santésuisse, zweitens im Datenpool der Schweizer Ärzteschaft resp. deren Trust Center und der nationalen Konsolidierungsstelle (NAKO-Datenpool). In welchen Punkten unterscheiden sich die beiden Sammelstellen? Wie viele Ärzt/innen sind ihnen angeschlossen, welche ärztlichen Leistungen werden in den Daten abgebildet?

3.1 TARMED

Die Einführung und die Umsetzung des neuen Arzttarifs TARMED, in Kraft ab 1. Januar 2004, stellt sicher eine der grössten Änderungen der letzten Jahre für die ambulanten Leistungserbringer dar. Der TARMED ersetzt die früheren kantonalen Tarife und den Spitalleistungskatalog durch eine gesamtschweizerisch geltende Taxordnung und gilt seither für die ambulante Behandlung in den freien Arztpraxen und den Spitälern, nicht aber für die stationäre Spitalbehandlung und die Zusatzversicherungen.

Die mehr als 4'600 Positionen des TARMED enthalten sämtliche diagnostischen und therapeutischen Leistungen, welche von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden. Jeder Position ist eine bestimmte Anzahl Taxpunkte zugewiesen, sie setzen sich zusammen aus Taxpunkten für die ärztliche Leistung und Taxpunkten für die technische Leistung. Bei den meisten Positionen ist zudem der durchschnittliche Zeitbedarf der Leistung angegeben, wobei fünf Zeitkonzepte existieren: Leistung im engeren Sinne, Vor-/Nachbereitung, Bericht, Raumbelegung, Wechsel (siehe Abschnitt 4.9). Die qualitative Dignität einer Positionen gibt an, welche Fachärzt/innen (Facharztstitel, Schwerpunkt, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise gemäss Weiterbildungsverordnung FMH) berechtigt sind, eine Leistung zulasten der Sozialversicherung abzurechnen. Wichtig zu sehen ist dabei, dass rund 440 Positionen von allen Ärzt/innen benutzt werden dürfen (Dignität «alle»).

Die Gesellschaft TARMED Suisse, die von Leistungserbringern (Spitalverband H+, FMH) und Kostenträgern (santésuisse, Versicherer gemäss Bundesgesetz über die Unfall-, Militär und Invalidenversicherung) getragen wird, entwickelt den Arzttarif laufend weiter. Aktuell ist die fünfte Version in Kraft. Für die Rechnungsdaten des Jahres 2006, auf die sich unsere Studie bezieht, sind die Versionen 1.02 (bis 31.3.2006) und 1.03 (ab 1.4.2006) ausschlaggebend. Die verschiedenen TARMED-Datenbanken und die dazugehörigen Dokumentationen können auf der Website von TARMED Suisse heruntergeladen werden.³

3.2 Tarifpool santésuisse

Bei santésuisse, dem Verband der Schweizer Krankenversicherer, sind grundsätzlich zwei Datenbanken zu unterscheiden: der ältere Datenpool und der jüngere Tarifpool. Der **Datenpool** dient den Krankenversicherern als Brancheninformationssystem, um Aussagen über das Verhalten von Leistungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitskontrollen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung (z.B. TARMED-Einführung) zu machen. Er reicht bis ins Jahr 1997 zurück und enthält Leistungs- und Prämienabrechnungen von Versicherten. Die Krankenversicherer liefern die Daten monatlich und einmal jährlich (definitive Jahresdaten) auf freiwilliger Basis. Einige kleinere Krankenversicherer sind hauptsächlich wegen der fehlenden Infrastruktur noch nicht beim Datenpool angeschlossen. Insgesamt sind jedoch gegen 98% aller Versicherten der Schweiz abgedeckt.

³ <http://www.tarmedsuisse.ch/87.html> (eingesehen am 21. Oktober 2007).

Der **Tarifpool** entstand im Zuge der TARMED-Einführung ab 2004 zusätzlich zum santésuisse-Datenpool. Er ergänzt die Leistungserbringer-Statistik des Datenpools mit detaillierten Zahlen zu den einzelnen medizinischen Leistungsanbietern pro TARMED-Position. Damit liefert er santésuisse einerseits eine wichtige Grundlage für die Kontrolle und Weiterentwicklung des TARMED, andererseits erlaubt er verbesserte Wirtschaftlichkeitsprüfungen und eine effizientere Kostenkontrolle.

Der Tarifpool enthält ausschliesslich Leistungen, welche die Ärzt/innen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbringen («Abrechnungsdatenbank»). 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, welche die Versicherten z.B. auf Grund einer hohen Franchise gar nicht an die Versicherer einreichen («Out of pocket-Leistungen»)⁴.

Während der Datenpool eine Makrosicht auf die Kostenentwicklung bietet, ermöglicht es der Tarifpool, die Anwendung einzelner Tarifpositionen zu analysieren (vgl. Kraft 2005, D'Angelo 2005, Kraft 2007). Basis bildet dabei das einheitliche Rechnungsformular. **Sämtliche Informationen des Rechnungsformulars** werden in Form von definierten Tabellen an den Tarifpool geliefert. Dies setzt allerdings voraus, dass die Krankenversicherer ein VORSYSTEM betreiben, um die Rechnungen entsprechend zu erfassen – entweder via elektronische Abrechnung oder via Scanning (Kraft 2007).

Obwohl der Tarifpool auf einer systematischen Erfassung aller Informationen des Rechnungsformulars beruht, sind die einzelnen Rechnungen in der Datenbankstruktur nicht abgebildet. Vielmehr liefern die Versicherer **summierte Daten** pro Monat, Leistungserbringer und Tariftyp. Auch der Blick auf die einzelne versicherte Person ist damit nicht möglich. Analysen zu den Patient/innen können nur nach Kriterien des Risikoausgleichs – Alter und Geschlecht – erstellt werden (Kraft 2007).

Basis für die **Erfassung der Leistungserbringer** bildet das Zahlstellenregister (ZSR), welches alle zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Leistungserbringer enthält. Genau genommen verzeichnet das Zahlstellenregister nicht Personen oder Organisationen, sondern Rechnungssteller. Das hat zur Folge, dass mehrere Personen sich eine einzelne ZSR-Nummer teilen oder einzelne Leistungserbringer je nach Tätigkeit über mehrere Nummern abrechnen können. Auch haben Ärzt/innen, die in zwei Kantonen tätig sind, zwei ZSR-Nummern, weil die Zulassung über den Kanton erfolgt.

Der im Zahlstellenregister verzeichnete Titel entspricht in der Regel der Facharzttitel der FMH, der bei der Vergabe der ZSR-Nummer verzeichnet wird. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass der letzte erworbene Facharzttitel dem tatsächlichen Arbeitsgebiet am besten entspricht. Beschwerden sich Ärzt/innen, weil ihr faktisches Tätigkeitsgebiet und der im Zahlstellenregister verzeichnete Titel nicht übereinstimmen, so prüft santésuisse den Fall und passt gegebenenfalls die Zuteilung im Zahlstellenregister an. Ebenfalls im Zahlstellenregister enthalten sind das Alter – allerdings wird es erst seit ca. vier bis fünf Jahren konsequent erhoben – und das Geschlecht der Leistungserbringer. Diese beiden Informationen werden jedoch nicht in den Tarifpool übernommen, sondern müssten bei Bedarf – und falls mit Vorgaben des Datenschutzes vereinbar – über ein Matching-Verfahren ergänzt werden. Schliesslich kann über die ZSR-Nummer der

⁴ 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. In einem Interview (Künzi 2005) beurteilt ein Experte der KHM die Problematik der fehlenden Rechnungen als unterschiedlich gravierend: Gerade bei den Kinderärzt/innen bestehe ein wesentlicher Anteil an IV-Rechnungen. Bei einem in einer Alpenregion tätigen Grundversorger könne der Anteil an UVG-Abrechnungen 20 bis 25% betragen. Andernorts sei er tiefer. In der Schweiz betrage der Durchschnitt vielleicht 5 Prozent.

Standortkanton der Praxis ermittelt werden. Nähere Angaben zum Praxisstandort oder zur Wohngemeinde sind nicht verfügbar.

Der **Abdeckungsgrad** des Tarifpools kann grundsätzlich nicht über demjenigen des Datenpools liegen. Im Moment ist er noch deutlich tiefer. Den Versicherern ist es freigestellt, ob sie Daten in den Tarifpool liefern. Ein Anreiz besteht für sie darin, dass der Tarifpool ihnen die konsolidierten Daten zurückspielt und sie ihre Werte mit der Gesamtpopulation vergleichen können. Eine Schwelle besteht insofern, als die Versicherer über das notwendige Vorkonzept verfügen müssen, um *santésuisse* die summierten Rechnungsdaten zu übermitteln. Mangels eines solchen Systems sind manche Versicherer noch nicht in der Lage, die erforderlichen Daten zu liefern. Bei Leistungen, die von praktizierenden Ärzt/innen abgerechnet werden, beträgt der Abdeckungsgrad des Tarifpools gegenüber dem Datenpool aktuell 60%, bei ambulanten Leistungen von Spitälern 50%. Er variiert recht stark nach Kantonen, beträgt aber überall mindestens 30%. Relativ niedrig ist er in der Romandie, während in der Ostschweiz ein Abdeckungsgrad von nahezu 90% erreicht ist. Tendenziell sind die Allgemeinpraktiker/innen etwas besser vertreten als die Spezialist/innen, weil sie als häufige Rechnungssteller eher auf elektronische Rechnungssysteme umstellen.

Santésuisse betreibt den Tarifpool im Auftrag der Krankenversicherer, ist jedoch auch offen für Anfragen von Dritten wie Bundesämtern oder Forschenden (vgl. Kraft 2007). Aus Gründen des Datenschutzes werden Informationen einzig in anonymisierter Form weiter gegeben, so dass kein Rückschluss auf einzelne Leistungserbringer möglich ist. Aufgrund der Struktur des Tarifpools sind grundsätzlich keine Detaillierungen nach einzelnen Rechnungen oder Versicherten möglich.

3.3 Trust Center/NAKO-Datenpool NewIndex

Im Rahmen der TARMED-Einführung entstanden in der Schweiz sog. Trust Center als kantonale oder regionale Sammelstellen für Rechnungsdaten. Die Trust Center sind mehrheitlich Aktiengesellschaften, die den angeschlossenen Ärzt/innen gehören. In Einzelfällen sind daran auch die Kantonalen Ärztesellschaften beteiligt.

Die aktuell insgesamt elf **Trust Center** dienen sowohl als Datensammelstellen wie auch als Dienstleistungszentren. Zweck ist, die Ärzteschaft mit eigenen Statistiken zu versorgen und den elektronischen Datenaustausch zwischen Arztpraxen und Krankenversicherern einzuführen. Die angeschlossenen Arztpraxen übermitteln elektronische Kopien ihrer Patientenrechnungen an die Trust Center, wobei die Informationen verschlüsselt und anonymisiert werden. Die Trust Center leiten diese Daten – die Zustimmung der Arztpraxen vorausgesetzt – an die **nationale Konsolidierungsstelle** (NAKO) weiter. Dort werden sie für statistische Analysen aufbereitet und den verschiedenen Nutzern (Kantonale Ärztesellschaften, Fachgesellschaften, FMH, einzelne Arztpraxen) in aggregierter Form zugänglich gemacht. Das wichtigste Instrument ist dabei der «Praxispiegel», in dem eine Arztpraxis ihre eigenen Daten mit denjenigen von Praxen aus demselben Fachbereich und derselben Region vergleichen kann.

Die Aufgabenteilung zwischen Trust Centern und Konsolidierungsstelle lässt sich dahingehend beschreiben, dass die Trust Center als Sammelstelle, Supportstelle und Akquisitionsstelle in Erscheinung treten und die Arztpraxen in bestimmten Auswertungsfragen beraten. Die Konsolidierungsstelle dagegen verwaltet den Datenpool, organisiert die Nutzung und entscheidet über die Verwendung der Daten sowie die Zusammenarbeit mit Dritten. Die Trust Center dienen weiter als Archivierungsstelle der elektronischen Rechnungskopien für den Datentransfer im «Tiers Garant», und zwar durch ein «Holprinzip» der Krankenkassen: Die Rechnungskopien können – sofern eine vertragliche Grundlage dafür besteht – von Krankenversicherern elektronisch bezogen und digital verarbeitet werden. Aktuell bestellen die Kassen bei den Trust Centern rund 150'000 Rechnungen pro Monat.

Die nationale Konsolidierungsstelle wird von der Firma **NewIndex** betrieben, deren Trägerschaft in erster Linie aus den Kantonalen Ärztesellschaften besteht, die eine Mehrheitsbeteiligung von 85% besitzen. Zu den weiteren Trägern gehören die FMH und der Management Partner Ärztekasse. Die Firma ist im Jahr 2000 mit dem Auftrag gegründet worden, die Standesorganisationen der Ärzteschaft in der Einführung und Anwendung des neuen Arzttarifs TARMED zu unterstützen; sie war wesentlich am Aufbau der Trust Center beteiligt. 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 damit unter anderem verhindern, dass die TARMED-Anpassungen nur auf Grund der Daten der Krankenversicherer vorgenommen werden.

Die Trust Center-Daten unterscheiden sich darin vom santésuisse-Tarifpool, dass sie grundsätzlich **sämtliche ärztliche Leistungen** erfassen («Leistungsdatenbank»), also auch solche, die für andere Versicherungen wie SUVA oder IV erbracht werden. Ebenfalls sind diejenigen Leistungen verzeichnet, welche die Patienten auf Grund der Franchise aus der eigenen Tasche bezahlen. Die Grenze wird da erreicht, wo Leistungen ausserhalb des Tarifs erbracht werden. Nicht erschliessen lassen sich etwa vertrauensärztliche, gutachterische oder ausbildnerische Tätigkeiten. Nach Angaben der Experten von NewIndex könnten solche Informationen für die Analyse von Tätigkeitsstrukturen der Grundversorger/innen durchaus von Bedeutung sein. Auswertungen des NAKO-Datenpools hätten nämlich gezeigt, dass sich die Grundversorger/innen immer stärker aus ihrem eigentlichen Arbeitsgebiet zurückziehen würden und der Anteil an Personen, die ihre Praxis in Teilzeit betreiben, mittlerweile bei ungefähr 75% liege.

Die Probleme bei den Trust Center-Daten dürften im relativ **unsicheren Abdeckungsgrad bezüglich der Leistungserbringer** liegen. Für die Ärzt/innen besteht keine Verpflichtung, sich an ein Trust Center anzuschliessen oder sämtliche elektronischen Rechnungen in das System einzuspeisen. Zum Zeitpunkt der Site visit (April 2007) verfügte der NAKO-Datenpool von NewIndex über insgesamt 8'000 Praxen. Gemessen am Anteil der Praxen auf dem Gesamtmarkt betrug die Abdeckung damit etwas mehr als 50%. Bei den Ärzt/innen, die sich als Grundversorger/innen einstufen, beträgt die Abdeckung im Durchschnitt 70%, bei der Psychiatrie 56%, bei den Spezialist/innen 35%. Nach Angaben der Experten von NewIndex variiert der Abdeckungsgrad zwischen den Kantonen relativ stark und ist davon abhängig, wie aktiv die Kantonalen Ärztesellschaften ihre Mitglieder dazu auffordern, sich an den Trust Centern zu beteiligen. Keine Daten verfügbar sind für den Kanton Waadt, dessen Ärztesellschaft eine eigene Lösung suchte. Grundsätzlich ist es den Ärzt/innen, die ihre Rechnungen einem Trust Center übermitteln, möglich, die Weitergabe an die nationale Konsolidierungsstelle zu untersagen. Solche Fälle sind aber nach Angabe der Experten ausgesprochen selten. Viel entscheidender für den Abdeckungsgrad ist die Grundsatzfrage, ob sich Ärzt/innen für die Zusammenarbeit mit einem Trust Center entscheiden. Zudem ist damit noch nicht garantiert, dass sie tatsächlich alle Rechnungen regelmässig an das Trust Center weiterleiten.

Im NAKO-Datenpool werden **sämtliche Angaben verwaltet, die auf den Rechnungen enthalten sind**. Basiseinheit der Datenbank bilden die Arztpraxen, die über die ZSR-Nummern identifiziert werden. Den Praxen sind Patient/innen zugeordnet, und diesen wiederum einzelne Rechnungen und Sitzungen, wobei die Sitzungen über das Datum identifiziert werden. Diese Daten stehen in der Datenbank «atomisiert» zur Verfügung und können für Auswertungen weitgehend nach Belieben zusammengesetzt werden. So kann etwa die Häufigkeit einer bestimmten TARMED-Position über das gesamte Kollektiv ermittelt werden oder die Zusammensetzung der Sitzungen eines bestimmten Typs von Fachärzt/innen. Die persönlichen Angaben zu den Ärzt/innen und ihrem Umfeld sind relativ knapp: Bekannt sind der Praxisstandort (Region) und die Einstufung des Standorts nach den Kriterien «Stadt» – «Agglomeration» – «Land». Nicht bekannt sind dagegen das Alter und das Geschlecht der Ärzt/innen, auch zur Praxisform (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis) liegen keine Angaben vor.

Den kantonalen Gesellschaften und Fachgesellschaften bzw. deren Mitgliedern stehen zwei Analyseinstrumente zur Verfügung: Erstens gibt es sog. NAKO-Tools, die als Online-Monitore primär für die Verbände konzipiert sind. Sie erlauben es den medizinischen Gesellschaften, die Entwicklung des Abrechnungsverhaltens ihrer Mitglieder sowie deren Umsatzentwicklungen weitgehend selbständig zu beobachten und zu analysieren. Innerhalb der Tools werden die Daten in sechs Würfeln aufbereitet, die Kennzahlen zu den Themen «Datengrundlage», «Struktur Arztpraxen», «Ärztliche Leistungen», «Patientenkollektiv», «Umsätze der Praxen» und «Tarmed-Anwendung» umfassen. Die NAKO-Tools enthalten ausschliesslich anonymisierte und aggregierte Daten über Fachgruppen, Kantone, Regionen und die gesamte Schweiz.

Zweitens gibt es den ebenfalls online verfügbaren Praxisspiegel, der den einzelnen Ärzt/innen die Möglichkeit eines «Benchmarking» eröffnet. Frei praktizierende Ärzt/innen, die ihre Daten dem Trust Center liefern und die Weiterleitung an die nationale Konsolidierungsstelle gutheissen, können sich über den Praxisspiegel mit ihren Kolleg/innen vergleichen. Dabei sind allerdings nur Vergleiche mit Ärzt/innen desselben Fachbereichs möglich, die Vergleichsdaten werden ausserdem auf regionaler oder nationaler Ebene zusammengefasst. Dies hat Folgen für die Selbstdeklaration der Ärzt/innen: Liefern sie ihre Daten an das Trust Center, so geben sie nicht zwingend ihren Facharztstitel an, sondern den Fachbereich, in dem sie faktisch tätig sind und für den sie über den Praxisspiegel Vergleichsdaten einsehen möchten. Gemäss den Experten von NewIndex kann es vorkommen, dass es bei den Selbstdeklarationen zu Differenzen zwischen erworbenem Facharztstitel und angegebenem Fachbereich kommen kann. Insbesondere sei zu vermuten, dass sich Spezialist/innen – z.B. Gynäkolog/innen – für ein Fach im Bereich der Grundversorgung (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin) anmelden.

Gemäss Angaben der Experten von NewIndex ist die Zahl der **TARMED-Positionen, welche die Ärzt/innen tatsächlich anwenden**, relativ klein. Ein einzelner Arzt/eine einzelne Ärztin komme mit sehr wenigen Positionen aus, für die Grundversorger gelte, dass sie in der Regel ungefähr 30 bis 40 Positionen benutzen. Nehme man sämtliche Grundversorger/innen in den Blick, so zeigten Auswertungen des Datenpools, dass mit den 80 am häufigsten verwendeten TARMED-Positionen 96% des Umsatzes generiert würden. Bei den Spezialist/innen komme man auf ungefähr 90%. Die Experten weisen zudem darauf hin, dass die Verwendung der eigentlichen «Grundversorgerpositionen» stark variere und nicht allein von der tatsächlichen Aktivität, sondern auch vom Abrechnungsverhalten abhängt. Das Problem bestehe darin, dass sich etwa die «Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung» weder in der zeitlichen Dauer noch in der Anzahl Tarifpunkte von den Konsultationspositionen unterscheide, die allen Ärzten zugänglich sind. Deutliche Unterschiede würden sich dagegen bei den Besuchen zeigen, diese Position werde von den Spezialist/innen nur sehr selten verwendet. Auch bei den Notfalldiensten seien Unterschiede sichtbar.

Aus Datenschutzgründen machen die Tools von NewIndex **aggregierte Daten** zugänglich. Die Würfeln der NAKO-Tools sind beispielsweise derart angelegt, dass sie Gesamtsummen oder Durchschnittswerte für eine gewählte Kombination von Merkmalen angeben. Nicht verfügbar sind dagegen Häufigkeitsverteilungen. Man kann beispielsweise berechnen, wie viele Minuten die Allgemeinmediziner/innen im Jahr 2006 in der Schweiz durchschnittlich für Hausbesuche aufwendete. Das NAKO-Tool zeigt jedoch nicht, wie viele Allgemeinmediziner/innen bis zu 1%, bis zu 5% oder bis zu 10% ihrer (verrechneten) Arbeitszeit mit Hausbesuchen verbrachten. Dies schränkt die Analysemöglichkeiten ein. Nach Angaben der Experten von NewIndex wäre es grundsätzlich möglich, auch Auswertungen zu Häufigkeitsverteilungen zu erstellen. Jedoch wäre der Bewilligungs- und Bearbeitungsprozess ungleich aufwändiger als bei Auswertungen, die mehr oder weniger direkt über das bestehende Tool abgerufen werden können.

Die Datenherrschaft über den NAKO-Datenpool liegt bei den Ärztgesellschaften. NewIndex erstellt Auswertungen in deren Auftrag. Über einen möglichen Zugang für Dritte wird fallweise entschieden. Mass-

gebend sind dabei die Einschätzungen des Verwaltungsrates von NewIndex und des so genannten NAKO-Gremiums, welches die Gesuche um Auswertungen beurteilt.

Die nachfolgende **Tabelle 1** gibt abschliessend einen **vergleichenden Überblick** über die beiden TAR-MED-Datenbanken von santésuisse und NewIndex.

Tabelle 1: Übersichtstabelle TARMED-Datenbanken

	Tarifpool santésuisse	NAKO-Datenpool NewIndex
Datenproduzentin	santésuisse - die Schweizer Krankenversicherer, Solothurn.	NewIndex (nationale Konsolidierungsstelle), Winterthur, in Zusammenarbeit mit freipraktizierenden Ärzt/innen, die einem der regionalen Trust Center in der Schweiz angeschlossen sind.
Erhebungszweck	Der santésuisse-Datenpool dient grundsätzlich den Krankenversicherern als Brancheninformationssystem, um Aussagen über das Verhalten von Leistungserbringern (u.a. Wirtschaftlichkeitskontrollen) sowie über die Prämien- und Kostenentwicklung zu machen. Der santésuisse-Tarifpool ergänzt die Leistungserbringerstatistik mit detaillierteren Zahlen zur Anwendung der TARMED-Positionen.	Der NAKO-Datenpool dient der Schweizer Ärzteschaft als Grundlage zur Überwachung der Tarifierung und zur Monitorisierung der Entwicklungen in der Leistungserbringung sowie deren Kosten. In Zukunft soll der Datenpool erweitert und verfeinert werden, um insbesondere auch das Nachfrageverhalten der Patient/innen sowie weitergehende Informationen über die Leistungsfähigkeit und die Kosten der ambulanten medizinischen Versorgung in der Schweiz zu gewinnen.
Datentyp und Analysemöglichkeiten	Summierte Daten der abgerechneten Leistungen pro Monat, Leistungserbringer und Tariftyp. Häufigkeitsauswertungen zu Leistungserbringern (z.B. Verteilung der Leistungserbringer nach Anzahl verrechneter Hausbesuche pro Jahr) sind möglich.	Anonymisierte Individualdaten abgerechneter Leistungen der frei praktizierenden Ärzt/innen. In den NAKO-Tools (Online-Monitor) sind diese in aggregierter Form aufbereitet. Häufigkeitsauswertungen zu Leistungserbringern sind über die NAKO-Tools nicht möglich, verfügbar sind aggregierte Mittelwerte.
Erhebungstyp und Abdeckungsgrad	Teilerhebung bei den anerkannten Krankenversicherern. Die Erhebung beschränkt sich auf die dem Datenpool angeschlossenen Mitglieder (Krankenversicherer mit rund 98% der Versicherten). Der Abdeckungsgrad des Tarifpools gegenüber dem Datenpool beträgt bei Leistungen, die von praktizierenden Ärzt/innen abgerechnet werden, aktuell 60%, bei ambulanten Leistungen von Spitalern 50%. Pro Kanton beträgt er mindestens 30% (Romandie: eher tiefe Werte, Ostschweiz: ca. 90%). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Leistungserbringer breit abgedeckt sind.	Teilerhebung bei den freipraktizierenden Ärzt/innen. Aktuell sind rund 8'000 Praxen angeschlossen – im Mittel ca. 55% - 60% aller Praxen in allen Landesregionen und Kantonen mit Ausnahme des Kantons Waadt. Die Vertretung der unterschiedlichen ärztlichen Fachdisziplinen ist je nach Fachgebiet und Region unterschiedlich. Gesamtschweizerisch beträgt die Abdeckung bei den Ärzt/innen mit Grundversorgertitel ca. 70%, bei der Psychiatrie 56%, bei den Spezialist/innen 35%.
Erfasste ärztliche Leistungen	Alle Leistungen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden. «Out of pocket-Leistungen» sind nur dann erfasst, wenn die Patient/innen die Rechnung gleichwohl dem Versicherer übermitteln. Nicht enthalten sind ärztliche Leistungen, die über andere Sozialversicherungen oder über Privatversicherungen abgerechnet werden.	Der Datenpool enthält alle Arten von Arztrechnungen in der freien Praxis, unabhängig vom jeweiligen Tarif und dem zuständigen Kostenträger. Er verzeichnet daher auch Rechnungen aus dem UV/MV/IV-Bereich.
Erhebungsart	Die Versicherer liefern regelmässig Daten, die über ein VORSYSTEM aufbereitet und summiert werden (Erfassung via elektronische Abrechnung oder Scanning).	Die Rechnungsdaten werden laufend anhand der effektiven Fakturierungen an die Patient/innen bzw. die Kassen gesammelt. Der Prozess zur Bereitstellung, Anonymisierung und Übermittlung der Daten an die Trust Center ist von den meisten Praxis-SW-Anbietern integriert und automatisiert worden.
Räumliche Eingrenzung	Gesamtschweizerische Angaben, Differenzierung nach Kanton (Praxisstandort) möglich.	Gesamtschweizerische Angaben (ohne Kanton Waadt), eine Differenzierung bis auf Ebene Kanton und Region (Praxisstandort) ist möglich.
Zeitreihe	Datenpool: Erhebungsjahre 1997-2003, seit 1999 monatliche Erhebung. Tarifpool ab 2004.	Laufende Erhebung seit Januar 2004; die zeitliche Abgrenzung erfolgt nach dem Zeitpunkt der Leistungserbringung (Sitzungsdatum).
Zugänglichkeit	Der Tarifpool wird grundsätzlich im Auftrag der Krankenversicherer betrieben. Allerdings ist santésuisse auch offen für Dritte. Bundesämter oder Verfasser wissenschaftlicher Studien erhalten Statistiken gegen Aufwandverrechnung.	Der NAKO-Datenpool ist grundsätzlich nicht öffentlich. Die Datenherrschaft liegt bei den Kantonalen Ärztesellschaften. NewIndex führt Auswertungen durch, die den Ärztesellschaften im Rahmen ihrer NAKO-Verträge zugänglich gemacht werden.

Quelle: Strub et al. (2004), Strub/Roth (2006), Expertengespräch NewIndex vom 4. April 2007, Expertengespräch santésuisse vom 13. November 2007

4 Klassifikation

Im Vorfeld der TARMED-Analyse müssen die einzelnen TARMED-Positionen zu verschiedenen Gruppen zusammengefasst werden. Bei dieser Klassifikation stehen folgende Fragen im Vordergrund: Welche Positionen des TARMED bezeichnen Leistungen im Bereich der Grundversorgung? Wie können diese Leistungen identifiziert und von Leistungen abgegrenzt werden, die eine fachliche Spezialisierung voraussetzen? Gibt es Positionen, die sich einer eindeutigen Zuteilung entziehen?

Der TARMED kennt einzig vier **«Grundversorgerpositionen»**, die ausdrücklich für Leistungen im Bereich der Grundversorgung reserviert sind:

- Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung (Positionsnr. 00.0410)
- Umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung (Positionsnr. 00.0420)
- Spezifische Beratung (z.B. Diätberatung, Sozialberatung, Rehabilitationsberatung, Suchtberatung) durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min. (Positionsnr. 00.510)
- Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min. (Positionsnr. 00.520)

Es ist einsichtig, dass diese Leistungen nicht den gesamten Bereich der Grundversorgung abdecken. Eine ergänzende Möglichkeit, den Bereich der Grundversorgung im TARMED zu erfassen, führt über die **qualitative Dignität**. Die qualitative Dignität gibt an, welche Weiterbildungstitel – Facharztstitel, Schwerpunkt, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweis gemäss Weiterbildungsverordnung FMH – berechtigen, eine Leistung zulasten der Sozialversicherungen zu verrechnen. In der Praxis wird das Dignitätskonzept nicht im strikten Sinn vollzogen. Bei der Einführung des TARMED war den Ärzt/innen eine Besitzstandgarantie gewährt worden. Sie sicherte den bereits vor der Einführung des TARMED aktiven Ärzt/innen zu, dass sie auch unter den neuen TARMED-Tarifen Leistungen ausserhalb ihres Fachbereiches verrechnen dürfen, wenn sie diese während drei Jahren vor Inkraftsetzung der TARMED-Tarifstruktur regelmässig und qualitativ unbeanstaltet erbracht hatten. Drei Jahre nach Einführung des TARMED – seit Anfang 2007 – ist der Erhalt der Besitzstandgarantie an eine angemessene Fortbildung geknüpft.

Rund 440 Leistungen des TARMED können von allen Ärzt/innen ungeachtet ihres Facharztstitels fakturiert werden, sie weisen die Dignität «alle» auf. Wir bezeichnen diese Leistungen im Folgenden als **Generalistenleistungen**. Sie weisen per definitionem ein Merkmal auf, dass für Leistungen im Bereich der Grundversorgung kennzeichnend ist: Sie setzen keine Spezialistenausbildung voraus und können ohne komplexe technische Vorkehrungen erbracht werden. Es ist plausibel, dass sich darunter viele Leistungen befinden, die für die medizinische Basisversorgung der Bevölkerung von grosser Bedeutung sind und die über die vier Grundversorgerpositionen nicht erfasst werden.

Die vier Grundversorgerpositionen sind keine Generalistenleistungen im hier definierten Sinn. Sie besitzen nicht die qualitative Dignität «alle», sondern sind den Ärzt/innen mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeinmedizin, Innerer Medizin und Pädiatrie sowie den Praktischen Ärzt/innen vorbehalten. In der offiziellen Bezeichnung der Positionen ist dabei ausdrücklich vom «Facharzt für Grundversorgung» die Rede. In gewissem Sinn ist somit im TARMED eine spezifische Dignität für Spezialärzt/innen für Grundversorgung enthalten. Konzeptionell sind die «Grundversorgerpositionen» deshalb klar von den Generalistenleistungen zu unterscheiden. Was den fachlichen Gehalt der Leistungen angeht, so gehen wir jedoch davon aus, dass beide Kategorien Leistungen bezeichnen, die in den Bereich der Grundversorgung gehören.

Eine blosser Unterscheidung von Grundversorgerpositionen, Generalistenleistungen und Spezialistenleistungen wäre jedoch eine zu starke Vereinfachung. Diverse TARMED-Positionen lassen sich in dieser Trias nicht zuverlässig einordnen. Wir haben deshalb zusätzliche Kategorien und Unterkategorien entwickelt,

wobei die differenzierte Kategorisierung vor allem auch dazu dient, Transparenz zu schaffen und tendenziell heikle Zuordnungen unter Kontrolle zu halten. Als Hauptkategorien dienen folgende Leistungsarten:

- Generalistenleistungen
- Grundversorgerpositionen
- Positionen mit Grundversorger-Beteiligung
- Spezialistenleistungen
- Konsultationen
- Betreuung und Besprechungen
- Administration
- Konsilien
- Notfallzuschläge
- Nichtärztliche Leistungen

Wir begründen diese Kategorienbildung nachfolgend etwas eingehender. Das System der Kategorien und Unterkategorien wird abschliessend in einer Tabelle dargestellt.

4.1 Generalistenleistungen und Grundversorgerpositionen

Der Grundgedanke zur Unterscheidung von Generalistenleistungen und Spezialistenleistungen ist im Kern einfach: Als Spezialistenleistungen gelten alle Positionen des TARMED, die gemäss ihrer qualitativen Dignität nur von Ärzt/innen mit einem Spezialistentitel abgerechnet werden können. Als Generalistenleistungen gelten umgekehrt diejenigen Positionen des TARMED, die von allen Ärzt/innen verwendet werden dürfen. Wie oben dargelegt, passen die vier **Grundversorgerpositionen** nicht in diese Dichotomie: Sie weisen weder Dignität «alle» auf, noch sind sie als Spezialistenleistungen einzustufen. Dasselbe gilt für Leistungen, deren Dignität auf einen einzigen Grundversorgertitel beschränkt ist oder die nicht nur Ärzt/innen mit Grundversorgertitel, sondern auch gewissen Spezialist/innen zugänglich sind. Sie werden in der Kategorie **«Positionen mit Grundversorger-Beteiligung»** zusammengefasst. Systematisch lassen sich hier weitere Unterkategorien bilden, je nach Art und Anzahl der Grundversorgertitel oder der Verwendbarkeit durch Spezialist/innen:

- Ausschliesslich Kinder- und Jugendmedizin: 17 Positionen
- Kinder- und Jugendmedizin plus Spezialist/innen: 13 Positionen
- Innere Medizin plus Spezialist/innen: 4 Positionen
- Grundversorgertitel plus Spezialist/innen: 1 Position

Ob Positionen mit Grundversorger-Beteiligung der Grundversorgung zuzuordnen sind oder eher als Spezialistenleistung gelten, ist in dieser allgemeinen Form schwierig zu sagen und hängt von der konkreten Leistung ab. Wir gehen darauf in Abschnitt 5.3.2.2 näher ein.

4.2 Konsultationen

Die Unterscheidung von Generalistenleistungen und Spezialistenleistungen ist aus einem weiteren Grund nicht hinreichend, um die Positionen des TARMED angemessen zu erfassen: Es gibt mehrere Positionen mit Dignität «alle», die **keinen eindeutigen Rückschluss auf den «Spezialisierungsgrad»** der ärztlichen Tätigkeit erlauben. Dies gilt ganz besonders für die Konsultationspositionen mit ihren Zeitkrediten:

- Konsultation, erste 5 Minuten (Grundkonsultation; Positionsnr.: 00.0010)
- Konsultation, jede weiteren 5 Minuten (Konsultationszuschlag; Positionsnr.: 00.0020)
- Konsultation, letzte 5 Minuten (Konsultationszuschlag; Positionsnr.: 00.0030)

Mit Blick auf die Unterscheidung von Generalisten- und Spezialistenleistungen sind die Konsultationspositionen doppeldeutig. Auf den ersten Blick haben sie einen klaren Bezug zur Generalistenleistung: In der medizinischen Interpretation des TARMED umfasst die Konsultation «alle ärztlichen Leistungen, die der Facharzt in seiner Praxis oder der Arzt bei ambulanten Patienten im Spital ohne oder mit einfachen Hilfsmitteln (etwa Inhalt 'Besuchskoffer') am Patienten hinsichtlich der Beschwerden und Erscheinungen erbringt, derentwegen dieser zum Facharzt kommt bzw. gebracht wird». Auch gibt es im TARMED rund 60 so genannte «Pro Memoria»-Leistungen mit Dignität «alle», die nicht unter ihrer eigenen Position, sondern als «Allgemeine Grundleistungen» verrechnet werden. Dies bedeutet, dass sie mit den Konsultationspositionen oder mit Positionen für Besuche verbucht werden. Dazu gehören beispielsweise Leistungen wie Wundspülungen, venöse Punktionen, Verbandwechsel oder Gehörgangsräinigungen.

Das Problem besteht nun darin, dass sich die Konsultationspositionen nicht in diesen Tätigkeiten erschöpfen. Sie umfassen auch ganz allgemein die Begrüssung und Verabschiedung der Patient/innen und bilden ein Sammelbecken für anderweitig nicht tarifierte Besprechungen, Untersuchungen und Verrichtungen, Übergaben und Anordnungen an Hilfspersonal, gewisse Formen der Medikamentenabgabe sowie unmittelbar auf die Konsultation bezogene Akteneinsichten und -einträge. In der Anwendung des TARMED wird somit über diese Position Sprechstundenzeit verrechnet, die nicht auf anderen Positionen verbucht werden kann. Die derart fakturierte Zeit gibt nun aber keinen Aufschluss über die Art der Sitzung insgesamt. Dies sei an einem Beispiel veranschaulicht: Angenommen, ein Arzt nimmt an einem Patienten ambulant einen hoch spezialisierten Eingriff vor. Dieser Eingriff wird über die einschlägige TARMED-Position verrechnet. Zur selben Sitzung gehört jedoch auch eine ausführliche Vor- und Nachbesprechung mit dem Patienten, welche der Arzt über die Konsultationspositionen fakturiert. Offensichtlich wäre es in diesem Fall falsch, diese «Konsultationszeit» als Leistung in der Grundversorgung zu einzustufen, denn sie ist klar an den hoch spezialisierten Eingriff gebunden, der im Zentrum der Sitzung steht.

Gemäss Auskunft der befragten Experten ist die Verwendung der Konsultationspositionen auch unter Spezialist/innen verbreitet. Wir behandeln sie daher weder als Generalisten- noch als Spezialistenleistung, sondern weisen sie in den Analysen als eigenständige Kategorie aus. Bei der konkreten Analyse wird sich die Frage stellen, ob die «neutralen» Konsultationspositionen womöglich zu häufig verwendet werden, um sinnvolle und zuverlässige Unterscheidungen von Tätigkeitsprofilen zuzulassen.

4.3 Betreuung und Besprechungen

Ähnlich wie die Konsultationspositionen erlauben auch andere Positionen keine eindeutigen Rückschlüsse auf den Spezialisierungsgrad der medizinischen Kerntätigkeit, in deren Kontext sie verrechnet werden:

- Telefonische Konsultation durch den Facharzt, erste 5 Min. / jede weitere 5 Min. / letzte 5 Min. (Positionsnr. 00.0110 bis 00.0130)
- Vorbesprechung diagnostischer/therapeutischer Eingriffe mit Patienten/Angehörigen durch den Facharzt, pro 5 Min. (Positionsnr. 0.0050)
- Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min. (Positionsnr. 00.0140)
- Nachbetreuung/Betreuung/Überwachung in der Arztpraxis, pro 15 Min. (00.1370)
- Patiententransport durch den Facharzt, pro 5 Min. (Positionsnr. 00.0100)

Wir schliessen diese Positionen in der Kategorie «Betreuung und Besprechungen» zusammen. Aus Gründen der Transparenz werden alle Positionen als eigenständige Unterkategorien sichtbar gemacht.⁵

⁵ Man könnte argumentieren, dass dazu auch die Positionen zur Verrechnung von Besuchen zu zählen sind. Wir sehen davon ab, weil Besuche praktisch und tarifrechtlich auf Leistungen mit geringem Spezialisierungsgrad beschränkt sind – d.h. auf Leistungen,

4 Klassifikation

Zusätzlich gibt es im TARMED mehrere Positionen für die Betreuung von hospitalisierten Patienten (Aufklärung unmittelbar vor Operation/Intervention, Gespräche mit den für den Patienten zuständigen Personen, Visiten). Weil die Positionen von allen Facharzttiteln benutzt werden können (Dignität «alle»), sehen wir davon ab, sie den Spezialistenleistungen zuzuordnen – obwohl der Aufenthaltsort dies nahe legt. Wir verbuchen sie ebenfalls unter der Kategorie «Betreuung und Besprechungen» und weisen sie als eigenständige Unterkategorie aus.

4.4 Administration

Auf ähnliche Weise «neutral» wie Konsultations- und Betreuungsleistungen sind **administrative Tätigkeiten**. Wir erfassen sie deshalb als eine eigenständige Hauptkategorie, die in zwei Unterkategorien unterteilt ist:

- Administration: Berichte
- Administration: Gutachten

Diese Unterscheidung orientiert sich an der Kapiteluntergliederung des TARMED. Sie erscheint uns deshalb zweckmässig, weil die Unterkategorie «Berichte» weitgehend «unvermeidbare» administrative Tätigkeiten umfasst (z.B. von Versicherern verlangte Berichte), während Gutachten eher für eine willentliche Ausrichtung medizinischer Berufstätigkeit stehen.

4.5 Konsilien

Für Konsilien bestehen im TARMED zwei Positionen, die Dignität «alle» aufweisen. Die Einstufung als Generalistenleistung erscheint allerdings heikel, weil Konsilien per definitionem einen gewissen Spezialisierungsgrad voraussetzen. Wir weisen die Konsilien daher in einer eigenständigen Kategorie aus.

4.6 Spezialistentätigkeiten

In den Expertengesprächen wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Verwendung von Konsultationspositionen in den einzelnen Fachgebieten davon abhängt, ob ein Fachgebiet im TARMED über Positionen für allgemeine Untersuchungen oder gar einen allgemeinen Zeitkredit verfügt. So besäßen beispielsweise Fachärzt/innen für Onkologie einen speziellen Tarif mit Zeitkredit für onkologische Behandlungen. Weil dieser Tarif leicht höher taxiert ist als die Konsultationspositionen mit Dignität «alle», sei zu vermuten, dass die Onkolog/innen – im Gegensatz zu anderen Ärzt/innen – die allgemeinen Konsultationspositionen nur selten verwendeten.

Um diese These zu überprüfen, wurden die Spezialistentätigkeiten in vier Unterkategorien geteilt:

- Spezialistenleistung: allg. Zeitkredit für Fachärzt/innen
- Spezialistenleistung: allg. Zeitkredit für Komplementärmedizin
- Spezialistenleistung: allg. Untersuchung
- Spezialistenleistung: übrige

Bei **allgemeinen Zeitkrediten** handelt es sich um Positionen, die keine diagnostische oder therapeutische Leistung näher umschreiben, sondern von den betreffenden Spezialist/innen für jeweils fünf Behandlungsminuten verrechnet werden können. Die Tarife für **Untersuchungen** kennen dagegen meistens eine

«die der Facharzt ausserhalb seiner Praxis ohne oder mit einfachen Hilfsmitteln (etwa Inhalt ‚Besuchskoffer‘) erbringt. Ihre Einstufung als Generalistenleistung ist deshalb korrekt.

fixe Minutage, betreffen jedoch sehr grundlegende Leistungen wie z.B. Untersuchung durch den Facharzt bzw. die Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Die **Zeitkredite für komplementärmedizinische Leistungen** werden als eigenständige Unterkategorie ausgewiesen, weil man argumentieren könnte, dass diese Leistungen dem Bereich der Grundversorgung nahe kommen. Sie erfordern nicht einen eigenständigen FMH-Titel, sondern einen Fachausweis für Akupunktur, Neuraltherapie, Homöopathie oder Anthroposophische Medizin. Die Zeitkredite sind die einzigen Positionen, die speziell für diese Fachausweise offen stehen. Damit ist gewährleistet, dass alle spezifisch komplementärmedizinischen Leistungen in den entsprechenden Unterkategorien abgebildet sind.

4.7 Notfallpauschale

Notfallpauschalen sind ebenfalls «neutrale» Positionen, die auf Leistungen mit unterschiedlicher qualitativer Dignität hinzugeschlagen werden können. In der Diskussion um die Grundversorgung bleibt umstritten, ob Notfalldienste ein spezifisches Erkennungsmerkmal der Grundversorgung sind, das alle Grundversorger/innen im selben Ausmass auszeichnet und gegenüber Spezialist/innen abgrenzt. Zu dieser Frage wären eigenständige Untersuchungen notwendig. Wir verzichten deshalb darauf, die Notfallpauschalen den Generalistenleistungen zuzuordnen und weisen sie als eigenständige Kategorie aus. Sie sind für die Analyse aber ohnehin von untergeordneter Bedeutung, weil sie aufgrund ihres «Zuschlagcharakters» über keine Zeitbemessung verfügen (vgl. dazu unten Abschnitt 4.9). Sie werden vielmehr zu erbrachten – und meistens in Minutage angegeben – Leistungen hinzugerechnet. Die Notfallpauschalen werden in der vorliegenden Studie nur in Auswertungen ausgewiesen, die sich nicht auf die Minutage, sondern auf die Anzahl Leistungen oder die Taxpunkte stützen.

4.8 Nichtärztliche Leistungen

Der TARMED kennt rund 180 Positionen, die keine qualitative Dignität aufweisen, weil ihre Ausführung keine ärztliche Ausbildung erfordert. Teilweise handelt es sich um einfache Leistungen wie Injektionen oder Infusionswechsel, teilweise um technische Tätigkeiten, die in enger Verbindung mit einer medizinischen Spezialistenleistung stehen. Wir verzichten darauf, diese Positionen den Generalisten- oder Spezialistenleistungen zuzuordnen. Für die Analysen bietet dies keine grösseren Probleme, weil unsere Auswertungen auf die von Ärzt/innen aufgewendete Zeit fokussieren. Die Zeit, die nichtärztliche Leistungen beanspruchen, ist im TARMED nur in der Kategorie «Raumbelegung» berücksichtigt. Diese bildet – wie im folgenden Abschnitt erklärt wird – für unsere Zwecke kein geeignetes Mass. Wie die Kategorie «Notfallzuschläge» spielen somit die «nichtärztlichen Leistungen» nur dann eine Rolle, wenn die Anzahl Leistungen oder die Taxpunkte analysiert werden.

4.9 Masseinheit: Leistungen, Taxpunkte, Minutage

Ziel der Studie ist es, die Anteile zu bemessen, die Ärzt/innen mit einer bestimmten Tätigkeit verbringen. Als Masseinheit für das Volumen verwenden wir dabei die Minutage des TARMED, d.h. die Anzahl Minuten, die einer Leistung im TARMED zugeordnet sind. Dabei ist allerdings zu beachten, dass der TARMED fünf unterschiedliche Zeitkonzepte kennt:

- **Leistung i.e. (im engeren) Sinne:** Tarifarische Minutage des Arztes für die Behandlung des Patienten (entspricht der Schnitt-Naht-Zeit bei operativen Leistungen im OP-Saal o.ä.).
- **Vor-/Nachbereitung:** Tarifarische Minutage des Arztes für die im Zusammenhang mit der Leistung notwendige Vor-/Nachbereitung (steril einkleiden usw.).
- **Bericht:** Tarifarische Minutage des Arztes für das Erstellen des Befundberichtes.

■ **Raumbelegung:** Tarifarische Minutage für die zeitliche Beanspruchung der Infrastruktur durch den Patienten für die Leistungserbringung.

■ **Wechsel:** Tarifarische Minutage für das Herrichten usw. der Infrastruktur zwischen der Behandlung von zwei Patienten (Reinigung, Umrüsten usw.) pro Patientensitzung.

Wir konzentrieren uns in der Analyse auf die Summe der ersten drei Positionen. Diese geben die Zeit an, welche die Ärzt/innen insgesamt für eine Leistung aufwenden – wir bezeichnen sie daher im Folgenden zusammenfassend als **«ärztliche Zeit»**. Um die Bedeutung der verschiedenen Zeitkonzepte unter Kontrolle zu halten, wird zu Beginn der Auswertungen untersucht, wie stark die Gesamtzeit variiert, wenn statt der ärztlichen Leistung insgesamt bloss die Leistung im engeren Sinn oder die Raumbelegung verwendet wird (siehe Abschnitt 5.2.2). Bei der Raumbelegung ist zu beachten, dass die Dauer von Leistungen des nichtärztlichen Personals einzig in dieser Position berücksichtigt ist. Die Position «Medikamentenverabreichung durch nichtärztliches Personal» beispielsweise weist im Zeitkonzept «Raumbelegung» einen Wert von 5 Minuten auf, bei den übrigen Zeitkonzepten beträgt er Null. Weil sich Leistungen des nichtärztlichen Personals und die Dauer der Beanspruchung der Infrastruktur im Zeitkonzept «Raumbelegung» nicht klar trennen lassen, scheint dieses Zeitkonzept aber für die Analyse wenig geeignet.

Als Alternativen zur Minutage wäre auch denkbar, die Häufigkeit der Verwendungen einer Position (d.h. Anzahl Leistungen) oder die Anzahl Taxpunkte als Masseinheiten zu benutzen. Die **Taxpunkte** sind für die hier zentrale Fragestellung wenig geeignet, weil es nicht primär darum geht, mit welchen Leistungen die Ärzt/innen ihren Umsatz erzielen, sondern welche Leistungen sie wie häufig erbringen. Gegenüber dem blossen Zählen von **Positionsverwendungen** hat die Minutage den Vorteil, dass sie den zeitlichen Aufwand gewichtet und damit Verzerrungen durch die häufige Benutzung von Positionen mit geringem Zeitbudget korrigiert. Auch gibt es mehrere Positionen – z.B. die Notfallpauschalen –, die in Form von Zuschlägen die Rahmenbedingungen einer Leistungserbringung in Rechnung stellen, aber nicht eigentlich eine selbständige Leistung mit zeitlicher Dauer darstellen.

In welchem Ausmass eine Analyse, die sich auf Positionsverwendungen oder Taxpunkte stützt, die Ergebnisse verändern würde, wird in einer Sensitivitätsanalyse untersucht (siehe Abschnitt 5.3.3).

Tabelle 2 auf der nächsten Seite vermittelt abschliessend einen Überblick über alle Kategorien, Unterkategorien und die ihnen zugeordneten TARMED-Positionen.

Tabelle 2: Übersicht über die Kategorien und Unterkategorien

Kategorie	Unterkategorie	TARMED-Positionen
Generalistenleistung	Keine	Alle Positionen mit Dignität «alle», mit folgenden Ausnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ■ Konsultationspositionen ■ Betreuung und Besprechungen ■ Administration ■ Konsilien ■ Notfallpauschalen
Grundversorgerpositionen	Keine	Alle vier Positionen, die explizit auf Leistungen der Grundversorgung Bezug nehmen. Die Dignität ist auf die Facharztstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin sowie auf Praktische Ärzt/innen beschränkt.
Positionen mit Grundversorger-Beteiligung	Keine	Leistungen, deren Dignität auf einen einzigen Grundversorgertitel beschränkt ist oder die nicht nur Ärzt/innen mit Grundversorgertitel, sondern auch gewissen Spezialist/innen zugänglich sind.
Konsultationen	Keine	Konsultationspositionen
Betreuung und Besprechungen	Telefonische Konsultation	Telefonische Konsultation (eine Position)
	Vorbesprechung von Eingriffen	Vorbesprechung von Eingriffen (eine Position)
	Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten	Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (eine Position)
	Nachbetreuung und Überwachung	Nachbetreuung/Betreuung/Überwachung in der Arztpraxis (eine Position)
	Patiententransport	Patiententransport (eine Position)
Administration	Bericht	Positionen des Kapitels «Ärztliche Zeugnisse, Berichte, Schreiben»
	Gutachten	Positionen des Kapitels «Ärztliche Gutachten»
Konsilien	Keine	Positionen des Kapitels «Konsiliarische Beratung»
Spezialistenleistungen	Spezialistenleistung	Alle Leistungen, deren qualitative Dignität ausschliesslich auf Spezialisten-Fachrichtungen beschränkt ist, ausgenommen die folgenden drei Unterkategorien
	Spezialistenleistung: allg. Zeitkredit für Fachärzt/innen	Allg. Zeitkredite für einzelne Spezialisten-Fachrichtungen, ausgenommen Komplementärmedizin
	Spezialistenleistung: allg. Zeitkredit für Komplementärmedizin	Positionen des Kapitels «Komplementärmedizin»
	Spezialistenleistung: allg. Untersuchung	Positionen für grundlegende Untersuchungen durch bestimmte Spezialist/innen (z.B. Untersuchung durch den Facharzt bzw. die Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe)
Notfallpauschale	Keine	Positionen des Kapitels «Dringlichkeitszuschläge und Notfallzuschläge»
Nichtärztliche Leistungen	Keine	Alle Leistungen ohne Dignität

Quelle: Eigene Darstellung

5 Auswertungen

5.1 Zugänglichkeit der TARMED-Daten

Beide Institutionen, welche TARMED-Daten für die gesamte Schweiz zentral verwalten, wurden um Auswertungen für diese Studie angefragt. Der Verwaltungsrat und das NAKO-Gremium von NewIndex entschieden sich gegen den Antrag, weil sich der TARMED ihres Erachtens nicht eigne, um Grundversorgerleistungen und Spezialistenleistungen hinreichend präzise voneinander abzugrenzen. Auch müssten sämtliche Bedenken betreffend einer missbräuchlichen Datennutzung ausgeräumt werden, um die Zustimmung der Kantonalen Ärztesgesellschaften als Datenherren zu erhalten.

Verfügbar waren dagegen die Daten des Tarifpools von santésuisse. Die Auswertungspakete wurden für **elf Facharzttrichtungen** aufbereitet:

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Praktische Ärzt/innen
- Kinder- und Jugendmedizin
- Gynäkologie
- Kardiologie
- Rheumatologie
- Chirurgie
- Radiologie
- Ophthalmologie
- Psychiatrie

Bei der Auswahl der Fachrichtungen wurde zum einen darauf geachtet, dass die Gruppen eine ausreichende Grösse von mehreren hundert Personen aufweisen. Gemäss Ärztestatistik der FMH sind mit der jetzigen Auswahl sieben der zehn grössten Facharzttrichtungen berücksichtigt; zudem zählt jede Gruppe mindestens 250 Ärzt/innen. Als Facharzttrichtungen gesetzt waren die Grundversorgertitel (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktische Ärzt/innen, Kinder- und Jugendmedizin). Eine typische oder durchschnittliche Spezialistentätigkeit als Gegenstück gibt es nicht. Deshalb wurde bei den übrigen Facharzttrichtungen darauf Wert gelegt, einerseits Ärzt/innen zu berücksichtigen, bei welchen aufgrund ihres Aufgabenfeldes eine Nähe zur Grundversorgung vermutet wird (Gynäkologie, Rheumatologie, Kardiologie), andererseits aber auch solche mit einem hohen Spezialisierungsgrad (Radiologie, Ophthalmologie). Bei den Auswertungen wäre daher zu erwarten, dass die Tätigkeitsprofile nicht allein zwischen Spezialist/innen und Grundversorger/innen variieren, sondern auch innerhalb der Gruppe der Spezialist/innen.

Für die Auswertungen stellte uns santésuisse zwei Datensätze mit TARMED-Daten des Jahres 2006 zur Verfügung:

■ **Aggregatdaten zu Positionsverwendungen insgesamt:** Ein erster Datensatz enthält für jede der elf Fachrichtungen sämtliche Positionen, die im Jahr 2006 verrechnet wurden. Angegeben sind pro Position die Anzahl Verwendungen und die Summe der verrechneten Taxpunkte (ärztliche Leistung und technische Leistung). Die Anzahl Minuten, welche der TARMED den einzelnen Positionen je nach Zeitkonzept zuordnet, wurden durch das Büro BASS zum Datensatz hinzugefügt. Dieser «gematchte» Datensatz bildet die Basis, um die Tätigkeitsprofile der einzelnen Facharzttrichtungen zu zeichnen. Nicht möglich sind mit diesem Datensatz Häufigkeitsauswertungen zur Verteilung der Positionen innerhalb einer bestimmten Fachrichtung – die Angabe etwa, wie viele Minuten einzelne Ärzt/innen auf einer bestimmten Position abrechnen. Die Aufbereitung und Auswertung eines solchen Individualdatensatzes hätte den zeitlichen und fi-

nanziellen Rahmen der Studie gesprengt. Auch hätten Auswertungen von NewIndex ohnehin nur auf aggregierter Ebene bezogen werden können (vgl. Abschnitt 3.3).

■ **Individualdaten zu Besuchen:** Ein zweiter Datensatz erlaubt es, für eine ausgewählte Leistung Häufigkeitsauswertungen zu erstellen. Die Wahl fiel dabei auf die «Besuche» – eine Leistung, deren Charakter als typische Grundversorgerleistung unbestritten scheint. Hier liegen nun Individualdaten vor: Der Datensatz gibt für jede ZSR-Nummer an, wie häufig im Jahr 2006 Besuchspositionen des TARMED verrechnet wurden. Die Zeit für die ärztliche Leistung beträgt für alle Besuchspositionen einheitlich fünf Minuten. Für die Besuche kann mit diesem Datensatz exemplarisch gezeigt werden, wie stark die Verwendung einer Position innerhalb einer Facharztgruppe variiert. Zu solchen Verfahren müsste gegriffen werden, wenn beispielsweise die Einstufung eines Arztes bzw. einer Ärztin als Grundversorger/in davon abhängig gemacht würde, dass sie mit ihren Tätigkeiten gewisse Schwellenwerte überschreitet – z.B. dass sie mehr als 5% ihrer Arbeitszeit oder durchschnittlich mehr als 1 Stunde pro Woche mit Hausbesuchen verbringt.

5.2 Datensätze: Beschreibung und Plausibilisierung

5.2.1 Abdeckung der Leistungserbringer

Wie gross ist der **Anteil der praktizierenden Ärzt/innen**, die im Datensatz von santésuisse erfasst sind? **Tabelle 3** vergleicht die Anzahl der Leistungserbringer, die im Tarifpool von santésuisse enthalten sind, mit der Ärzttestatistik der FMH (Ärzt/innen mit Praxistätigkeit). Beide Werte beziehen sich auf das Jahr 2006. Dass die Werte voneinander abweichen, ist insofern wenig erstaunlich, als sie sich auf unterschiedliche Einheiten beziehen. Die Einheit des santésuisse-Tarifpool ist streng genommen nicht eine Person oder Organisation, sondern der Rechnungssteller: Verzeichnet sind die ZSR-Nummern. Das hat zur Folge, dass mehrere Personen sich eine einzelne ZSR-Nummer teilen oder einzelne Leistungserbringer je nach Tätigkeit über mehrere Nummern abrechnen können. Zudem werden Leistungserbringer einzig dann aufgenommen, wenn sie mindestens Leistungen im Umfang von einer Minute abgerechnet haben. Die Ärzttestatistik der FMH ihrerseits beruht auf dem Register, das die FMH gemäss Art. 10 der Verordnung zum Freizügigkeitsgesetz (FMPG) führt, und wird teilweise durch schriftliche Befragungen ergänzt. Verzeichnet sind über 95% der in der Schweiz berufstätigen Ärzt/innen. Personen, die in über mehrere Facharztstitel verfügen, werden in der Statistik mehrfach gezählt. Ob und in welchem Umfang die gemeldeten Ärzt/innen berufstätig sind, wird nicht erhoben.

Tabelle 3: Leistungserbringer nach santésuisse-Tarifpool und Ärzttestatistik der FMH

Fachrichtung	Tarifpool santésuisse (Zahlstellennummern)	Statistik FMH (Ärzt/innen mit Praxistätigkeit)	Differenz in %
Allgemeinmedizin	3'516	3'491	0.7%
Innere Medizin	1'953	3'378	-42.2%
Praktische Ärzt/innen	990	380	160.5%
Kinder- und Jugendmedizin	794	775	2.5%
Gynäkologie und Geburtshilfe	1'017	934	8.9%
Kardiologie	342	331	3.3%
Rheumatologie	337	354	-4.8%
Chirurgie	525	604	-13.1%
Radiologie	150	248	-39.5%
Ophthalmologie	634	554	14.4%
Psychiatrie und Psychotherapie	2'212	1'968	12.4%

Quelle: santésuisse, FMH

Angesichts dieser Unterschiede sind die Abweichungen von +/- 15% zwischen der Ärztstatistik der FMH und dem santésuisse-Tarifpool nicht erstaunlich. Grösser sind die Differenzen bei drei Fachrichtungen:

■ Bei den Praktischen Ärzt/innen ist die Zahl der im santésuisse-Tarifpool verzeichneten ZSR-Nummern (990) viel grösser als diejenige der FMH-Statistik (380). Eine wichtige Rolle spielen hier vermutlich das auf den 1. Juni 2002 (Inkraftsetzung) revidierte Freizügigkeitsgesetz (FMPG) und die dazugehörige Verordnung: Sie ermöglichten es Ärzt/innen ohne Facharztstitel, in einer Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2007 auf erleichterte Weise einen eidgenössischen Weiterbildungstitel zu erwerben (Hänggeli 2002). In den Statistiken spiegelt sich dies in einem starken Anstieg der verliehenen Grundversorgertitel (Künzi 2005, 51). Es ist nun zu vermuten, dass ein beachtlicher Teil dieser neu erworbenen Weiterbildungstitel nicht dem Zahlstellenregister gemeldet wurde und die neuen Titelträger deshalb nach wie vor als Ärzt/innen ohne Facharztstitel bzw. Praktische Ärzt/innen geführt sind.

■ In der Inneren Medizin und in der Radiologie liegt die Zahl der im Tarifpool verzeichneten ZSR-Nummern um jeweils rund 40% unter derjenigen der FMH-Statistik. Woher diese Abweichungen rühren, ist nicht klar. Bei Radiologie ist zu beachten, dass es sich um eine eher kleinere Ärztegruppe handelt und Abweichungen deshalb relativ schnell ins Gewicht fallen.

5.2.2 Minutage: Zeitkonzepte und Arbeitszeitvolumen

Die Minutage des TARMED bezeichnet die durchschnittliche Zeit, die für eine Leistung veranschlagt wird. Wie zuverlässig ist die Berechnung der Tätigkeitsprofile mit der Minutage? **Tabelle 4** zeigt, wie stark das Gesamtvolumen mit den **unterschiedlichen Zeitkonzepten** variiert. Das Gesamtvolumen nimmt nur geringfügig zu, wenn man anstelle der Leistung im engeren Sinn die gesamte ärztliche Zeit (Leistung im engeren Sinn, Vor-/Nachbereitung, Bericht; vgl. Abschnitt 4.9) berücksichtigt: Die Zunahme liegt in der Regel unter 5%. Eine Ausnahme bildet die Radiologie, in der sich die Gesamtzeit nahezu verdoppelt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass viele Positionen für Radiologie einen hohen Anteil an Zeitbudget für die Bildinterpretation und Bildbefundung aufweisen.

Tabelle 4: Gesamtvolumen der erbrachten Leistungen nach Zeitkonzepten und Facharzttrichtung 2006

Fachrichtung	Leistung i.e.S.	ärztliche Zeit		Raumbelegung	
	Anzahl Minuten	Anzahl Minuten	Differenz zu L.i.S. in %	Anzahl Minuten	Differenz zu L.i.S. in %
Allgemeinmedizin	162'519'873	166'044'254	2.2%	182'662'258	12.4%
Innere Medizin	81'395'245	83'263'670	2.3%	91'291'740	12.2%
Praktische Ärzt/innen	25'248'739	25'650'678	1.6%	28'653'507	13.5%
Kinder- und Jugendmedizin	31'877'344	32'123'746	0.8%	39'282'758	23.2%
Gynäkologie und Geburtshilfe	42'579'368	44'809'446	5.2%	45'386'982	6.6%
Kardiologie	15'875'401	15'986'557	0.7%	18'126'783	14.2%
Rheumatologie	14'153'978	14'873'128	5.1%	15'957'404	12.7%
Chirurgie	9'302'558	9'775'698	5.1%	10'613'608	14.1%
Radiologie	4'829'915	9'469'652	96.1%	9'145'255	89.3%
Ophthalmologie	43'377'956	43'638'775	0.6%	48'599'659	12.0%
Psychiatrie und Psychotherapie	62'032'391	62'040'847	0.0%	77'833'020	25.5%

Abkürzung: L.i.e.S. = Leistung im engeren Sinn

Definition ärztliche Zeit: Minutage für L.i.e.S., Vor-/Nachbereitung und Bericht

Quelle: Tarifpool santésuisse, Berechnungen: BASS

Etwas grösser sind die Unterschiede bei der Raumbelegung: Deren Gesamtvolumen übertrifft dasjenige der Leistungen im engeren Sinn meistens um 6% bis 14%. Einen Viertel beträgt die Zunahme in der Pädiatrie sowie in der Psychiatrie und Psychotherapie. In der Kinder- und Jugendmedizin ist dies auf den Konsultationszuschlag für Kinder unter 6 Jahren zurückzuführen, der nur in der Raumbelegung (mit 8 Minu-

ten pro Konsultation) zu Buche schlägt. In der Psychiatrie und Psychotherapie spielt eine wichtige Rolle, dass an nichtärztliches Personal delegierte Beratungen sich in der Minutage einzig in der Raumbelagung niederschlagen. Bei der Radiologie schliesslich spiegelt die grosse Differenz erneut die Bedeutung der Bildinterpretation. Wie plausibel sind nun die mit der ärztlichen Leistung berechneten Gesamtvolumen? Zu diesem Zweck wurden die durchschnittlichen Jahresarbeitsstunden pro Leistungserbringer (bzw. ZSR-Nummer) berechnet. Es ist wichtig festzuhalten, dass eine Plausibilisierung hier nur in einem relativ groben Rahmen vorgenommen werden kann. Würde die durchschnittliche Jahresarbeitszeit aber markant über einem Vollzeitpensum (ca. 2'000 bis 2'400 Stunden) liegen, so wäre dies ein sehr deutlicher Hinweis, dass die Verwendung der Minutage mit Problemen behaftet ist.

Hervorzuheben ist zudem, dass es nicht ein Ziel der Studie ist, das Arbeitsvolumen von Ärzt/innen zu berechnen. Dies wäre schon allein deshalb unmöglich, weil der Tarifpool von santésuisse einzig den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abdeckt. Auch müssten zu diesem Zweck unbedingt Individualdaten ausgewertet werden – die blosser Angabe eines durchschnittlichen Arbeitsvolumens pro Facharzttrichtung ist wenig aussagekräftig. In den Expertengesprächen wurde die Vermutung geäussert, dass ein nicht zu unterschätzender Anteil von Leistungserbringern nur noch wenige Leistungen abrechnet – z.B. Hausärzt/innen, die nach dem Erreichen des Pensionsalters noch einen kleinen Stamm von Kunden betreuen.

Tabelle 5 zeigt in der zweiten Spalte die durchschnittlichen Jahresarbeitsstunden, wie sie sich durch eine Analyse der Tarifpools ergeben. Die dritte Spalte zeigt den Abdeckungsgrad des Tarifpools gegenüber dem Datenpool für die entsprechende Fachrichtung. Wie bereits geschildert, sind nicht alle Krankenversicherer in der Lage, TARMED-Daten in den Datenpool zu liefern (siehe Abschnitt 3.2). Der Abdeckungsgrad zeigt, wie gross der Anteil an verrechneten Leistungen im Tarifpool gemessen an den verrechneten Leistungen im Datenpool ist. Anhand dieses Abdeckungsgrades wurden die Jahresarbeitszeiten hochgerechnet (vierte Spalte).

Tabelle 5: Arbeitszeitvolumen (ärztliche Zeit) nach Fachrichtung 2006

Fachrichtung	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Stunden pro Leistungserbringer	Abdeckungsgrad	hochgerechnete Stunden pro Leistungserbringer
Allgemeinmedizin	3'516	787	62.7%	1'255
Innere Medizin	1'953	711	62.7%	1'133
Praktische Ärzt/innen	990	432	55.4%	779
Kinder- und Jugendmedizin	794	674	54.1%	1'246
Gynäkologie und Geburtshilfe	1'017	734	59.2%	1'240
Kardiologie	342	779	42.8%	1'820
Rheumatologie	337	736	61.7%	1'192
Chirurgie	525	310	58.4%	531
Radiologie	150	1'052	42.8%	2'458
Ophthalmologie	634	1'147	64.1%	1'790
Psychiatrie und Psychotherapie	2'212	467	56.8%	823

Definition ärztliche Zeit: Minutage für Leistung im engeren Sinn, Vor-/Nachbereitung und Bericht
Quelle: Tarifpool santésuisse, Berechnungen: BASS

Angesichts der Konzentration auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eingedenk der Tatsache, dass längst nicht alle Leistungserbringer zu 100% in einer Praxis berufstätig sind, erstaunen die eher tiefen Jahresarbeitszeiten nicht. Bei rund der Hälfte der Fachrichtungen bewegt sich der hochgerechnete Durchschnitt bei 1'200 Stunden, in Kardiologie und Ophthalmologie sind es rund 1'800 Stunden. In die-

sen Fällen kann die Gefahr, dass die Minutage zu einer groben Verzerrung der Daten und zu überhöhten Arbeitszeitvolumen führen würde, ausgeschlossen werden. Etwas gar hoch scheint der Wert für die Radiologie mit 2'400 Stunden, wobei hier erneut die «Berichtszeit» (Bildinterpretation und Bildbefundung) eine entscheidende Rolle spielt. Ohne diese Komponente würde das Volumen ebenfalls bei 1'200 Stunden liegen. Sehr tief sind die Jahresarbeitszeiten bei den Praktischen Ärzt/innen, in der Psychiatrie und Psychotherapie und ganz besonders in der Chirurgie. In der Chirurgie ist zu vermuten, dass ein grosser Teil der Leistungen über die Spitäler fakturiert wird. Auch wäre denkbar, dass die Unfallversicherung eine wichtigere Rolle spielt als bei anderen Fachrichtungen. In jedem Fall sind die tiefen Volumen aber bei den folgenden Auswertungen im Auge zu behalten.

5.2.3 Anwendung des TARMED

Im Rahmen der Datenplausibilisierung wurde auch geprüft, wie breit die einzelnen TARMED-Positionen verwendet werden. In den Expertengesprächen war die Ansicht geäussert worden, dass nur ein kleiner Teil der TARMED-Positionen häufig und regelmässig benutzt werde. Unsere Auswertungen bestätigen diese Einschätzung tendenziell. **Tabelle 6** zeigt für alle elf Fachrichtungen die kleinste Zahl von TARMED-Positionen, die erforderlich waren, um 90% des Gesamtvolumens zu erreichen. Das Gesamtvolumen wird dabei in Anzahl Leistungen, Anzahl Minuten und Taxpunkten angegeben.

Es zeigt sich, dass in den meisten Fachrichtungen etwa 15 bis 40 Positionen ausreichend sind, um 90% des Gesamtvolumens zu erzielen. Die Werte variieren nach der Art und Weise, in der das Gesamtvolumen veranschlagt wird. Durchgängig am geringsten sind sie bei der ärztlichen Zeit, weil Positionen für nicht-ärztliche Leistungen oder blosser Zuschläge dort nicht in Betracht fallen. Eine Fachrichtung mit vergleichsweise «breiter» Positionsverwendung ist die Radiologie, wo für 90% des Gesamtvolumens mehr als 70 Positionen benutzt werden. Die Chirurgie kommt beim Taxpunkte-Volumen auf über 100 Positionen. Das Gegenstück bildet die Psychiatrie und Psychotherapie: Dort wurde mit zwei bis vier Positionen 90% des Volumens erzielt. Dabei ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass die Psychiatrie fast nur Positionen mit Zeitkrediten kennt, die für die Dauer einer Sitzung mehrfach verwendet werden.

Tabelle 6: Verwendung von TARMED-Positionen nach Fachrichtung 2006

Fachrichtung	Leistungen total	Taxpunkte total	ärztliche Zeit total (Min.)	Benutzte Positionen	Positionen für 90% der Leistungen	Positionen für 90% der Taxpunkte	Positionen für 90% der ärztl. Zeit
Allgemeinmedizin	34'443'337	616'365'408	166'044'254	1'064	24	36	18
Innere Medizin	16'731'185	313'628'334	83'263'670	1'002	24	40	16
Praktische Ärzt/innen	5'232'909	94'895'345	25'650'678	821	31	49	25
Kinder- und Jugendmedizin	5'652'184	127'445'936	32'123'746	610	26	29	19
Gynäkologie und Geburtshilfe	7'737'062	183'699'559	44'809'446	732	23	31	23
Kardiologie	1'850'208	88'975'659	15'986'557	507	20	21	16
Rheumatologie	2'682'391	63'202'112	14'873'128	539	32	41	25
Chirurgie	1'710'121	42'831'029	9'775'698	1'035	47	104	58
Radiologie	1'318'749	87'647'228	9'469'652	640	75	79	74
Ophthalmologie	7'998'630	205'485'148	43'638'775	601	18	25	16
Psychiatrie und Psychotherapie	15'532'204	261'323'839	62'040'847	392	4	3	2

Definition ärztliche Zeit: Minutage für Leistung im engeren Sinn, Vor-/Nachbereitung und Bericht

Quelle: Tarifpool santésuisse, Berechnungen: BASS

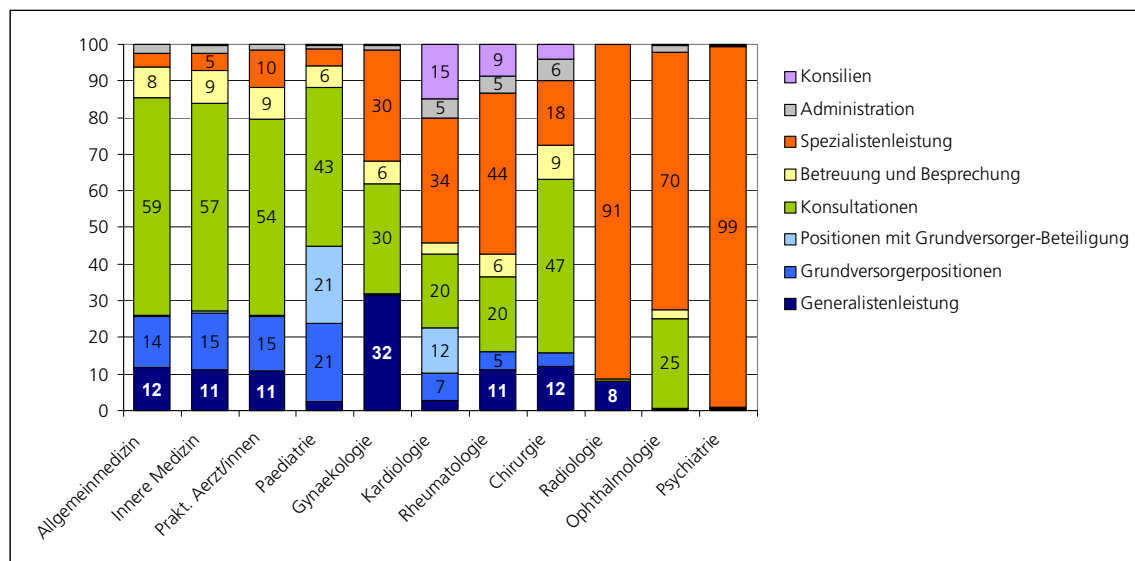
Die Feststellung, dass der grösste Teil der Leistungen, des Umsatzes und der ärztlichen Zeit auf sehr wenigen Positionen verrechnet werden, ist also zutreffend. Relativierend ist hinzuzufügen, dass sich die Angaben auf einzelne ausgewählte Fachrichtungen beziehen. Ob man für die Gesamtheit der Ärzt/innen auf eine ähnliche Zahl von Positionen käme, muss offen bleiben, weil nicht vorausgesetzt werden kann, dass die «wichtigsten» Positionen in allen Fachrichtungen miteinander identisch sind.

5.3 Tätigkeitsprofile und Leistungen in der Grundversorgung

Abbildung 1 zeigt für alle elf Facharzttrichtungen die Verteilung der ärztlichen Zeit nach den in Kapitel 4 entwickelten Kategorien. Wir diskutieren und vertiefen die folgenden Fragen:

- Unterscheiden sich die Tätigkeitsprofile der Ärzt/Innen mit Grundversorgertitel von den Tätigkeitsprofilen der Spezialist/Innen?
- Lassen sich unter den Spezialist/Innen weitere Tätigkeitsprofile unterscheiden?
- Lässt sich der Anteil der Leistungen in der Grundversorgung, den die verschiedenen Fachärzt/Innen erbringen, zuverlässig bestimmen?

Abbildung 1: Tätigkeitsprofile der elf Fachrichtungen im Jahr 2006 (ärztliche Zeit, Angaben in Prozent)



Definition ärztliche Zeit: Minutage für Leistung im engeren Sinn, Vor-/Nachbereitung und Bericht
 Quelle: Tarifpool santésuisse, Berechnungen: BASS
 Darstellung: BASS

5.3.1 Tätigkeitsprofile

5.3.1.1 Grundversorger

Abbildung 1 macht deutlich, dass sich die Tätigkeitsprofile der Fachärzt/Innen mit einem Grundversorgertitel sehr wohl von den Tätigkeitsprofilen von Spezialist/Innen abheben. Die Profile der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Praktischen Ärzt/Innen sind nahezu identisch. Etwas grösser sind die Abweichungen zur Kinder- und Jugendmedizin. Für die Tätigkeitsprofile der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Praktischen Ärzt/Innen sind folgende Eigenschaften kennzeichnend, die sie von den typischen Spezialist/Innen abgrenzen:

■ **Höchste Anteile an Konsultationspositionen:** Mehr als die Hälfte der ärztlichen Zeit wird über Konsultationspositionen verbucht. Bei den Spezialist/Innen liegt dieser Anteil in der Regel unter 30% (Ausnahme: Chirurgie; vgl. dazu Abschnitt 5.3.1.2). Im Vergleich zur Allgemeinmedizin und zur Inneren Medizin ist der Anteil bei der Kinder- und Jugendmedizin mit 43% eher gering. Dies könnte mit den fachspezifischen Positionen zusammenhängen, die der TARMED den Kinder- und Jugendmediziner/Innen zur Verfügung stellt.

■ **Höchste Anteile an Grundversorgerpositionen:** Die Anteile der Grundversorgerpositionen bewegen sich zwischen 14% und 21%. Auch Spezialist/innen verwenden Grundversorgerpositionen, aber deutlich seltener: Am höchsten ist der Anteil bei den Kardiolog/innen mit 7%.

■ **Tiefste Anteile an Spezialistenpositionen:** Kein Grundversorgertitel verbucht mehr als 10% der ärztlichen Zeit unter Spezialistenleistungen.

Nicht zur Abgrenzung gegenüber anderen Fachrichtung geeignet ist der Anteil an **Generalistenleistungen**. Es gibt mehrere Fachrichtungen von Spezialist/innen, die ähnlich grosse oder sogar grössere Anteile aufweisen. Weshalb dem so ist und welche Positionen sich genau dahinter verbergen, wird in Abschnitt 5.3.2.3 untersucht.

Gemeinsam ist allen Grundversorgertiteln, dass sie kaum **Konsilien** verbuchen. Dies ist allerdings auch bei diversen Spezialist/innen der Fall. Das Fehlen von Konsilien verbindet die Grundversorger/innen, grenzt sie aber noch nicht hinreichend von allen Spezialist/innen ab.

5.3.1.2 Spezialist/innen

Innerhalb der Spezialist/innen zeichnen sich zwei Gruppen ab: Erstens die Fachrichtungen mit einem **sehr hohen Anteil an Spezialistentätigkeiten**. Dazu gehören die Radiologie, die Ophthalmologie und die Psychiatrie, die mehr als zwei Drittel der ärztlichen Zeit unter Spezialistenpositionen verbuchen. Zweitens die Fachrichtungen mit einem **«mittleren» Anteil an Spezialistentätigkeiten**, der sich zwischen 18% und 44% bewegt. Entsprechend ist auch das Tätigkeitsprofil dieser Spezialist/innen breiter oder «bunter». Zu dieser Gruppe gehören die Kardiologie, die Rheumatologie, die Chirurgie und die Gynäkologie. Zwei weitere Merkmale grenzen diese Gruppe von den übrigen Spezialist/innen ab:

■ Sie verbuchen 3% bis 7% der ärztlichen Zeit unter **Grundversorgerpositionen** (Ausnahme: Gynäkologie). Bei den übrigen Spezialist/innen liegt dieser Anteil unter 1%.

■ Sie verbuchen mehr Zeit unter **Konsilien**, nämlich 4% bis 15% (Ausnahme: Gynäkologie). Hier könnte es allerdings auch sein, dass dieses Unterscheidungsmerkmal der Auswahl der Spezialisten-Fachrichtungen geschuldet ist. Dass sich ein hoher Anteil an Spezialistenpositionen und eine konsiliarische Tätigkeit prinzipiell ausschliessen, wäre sachlich nicht ganz einsichtig. Plausibel ist allerdings, dass die Konsiliartätigkeit abnimmt, je spezialisierter und stärker abgegrenzt eine Fachrichtung ist. Grundversorger/innen holen dann Konsilien ein, wenn sie eine Behandlung selbständig weiterführen; ist dagegen eine sehr spezialisierte Behandlung notwendig, so geben sie den Fall direkt an den Spezialisten bzw. die Spezialistin weiter.

Die Unterscheidung zweier Gruppen von Spezialist/innen bestätigt die Vermutung, die bei der Auswahl der Fachrichtungen geäussert wurde: Das Feld der Spezialist/innen ist nicht homogen und der Grad der Abgrenzung gegenüber anderen Fachrichtungen und insbesondere gegenüber der Grundversorgung ist unterschiedlich ausgeprägt.

Bei der **Psychiatrie und Psychotherapie**, die hier als sehr abgegrenzte und spezialisierte Fachrichtung erscheint, könnte man allenfalls einwenden, dass sich das Aufgabenfeld dieser Fachrichtung nahe am Bereich der Grundversorgung bewege und das hier gezeichnete Bild einer reinen «Spezialistendisziplin» irreführend sei. Dieser Einwand ist insofern nicht unberechtigt, als es auch im TARMED eine gewisse Überschneidung zwischen Psychiatrie und Grundversorgung gibt: Bekanntlich ist eine der vier Grundversorgerpositionen die psychotherapeutische und psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung. Allerdings betrifft dieser Einwand in erster Linie die Frage, wie die psychiatrische und psychotherapeutische Arbeit mit Blick auf die Grundversorgung einzustufen ist. Unabhängig davon, wie man sich dazu stellt, zeigen die Analysen deutlich: Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen erbringen fast alle Leistungen in ihrem engeren Arbeitsbereich, 99% aller ärztlichen Zeit werden über Positionen für psychi-

atrische Diagnostik und Therapie verbucht. Zu gewissen Verzerrungen gegenüber den anderen Fachrichtungen kommt es einzig insofern, als die Fachrichtung über «eigene» Positionen für telefonische Konsultationen und Leistungen in Abwesenheit des Patienten verfügt. Auf diesen beiden Positionen sind gute 5% der ärztlichen Zeit verbucht, die ansonsten unter «Betreuung und Besprechungen» erscheinen würden.

Mit grosser Vorsicht zu geniessen sind die Angaben zur **Chirurgie**. Der geringe Anteil an Spezialistenpositionen (18%) und das grosse Gewicht der Konsultationspositionen (47%) erstaunen. Bei allen anderen Spezialisten-Fachrichtungen ist dieses Verhältnis umgekehrt oder zumindest ausgeglichen (Gynäkologie). Hier ist in Erinnerung zu rufen, dass die Chirurgie im Vergleich zu den übrigen Fachrichtungen nur auf eine sehr geringe Stundenzahl pro Leistungserbringer kommt. Es besteht somit eine nicht zu unterschätzende Gefahr, dass wichtige Leistungen der Chirurgie in den Daten nicht abgedeckt sind und das hier gezeichnete Bild einen falschen Eindruck erweckt. Das Tätigkeitsprofil lässt die bereits geäusserte Vermutung sehr plausibel erscheinen, dass viele Spezialistenleistungen der Chirurgie über das Spital verrechnet werden, während die Chirurg/innen vorwiegend diejenigen Leistungen fakturieren, die sie in ihren Sprechstunden erbringen. Auf diese Weise wird das gesamte Wirkungsfeld der Chirurg/innen aber nur unzureichend erfasst.

In der **Kardiologie** fällt ein relativ hoher Anteil von Positionen mit Grundversorger-Beteiligung auf. Wie in Abschnitt 5.3.2.2 gezeigt wird, handelt es sich dabei um Leistungen, die bei näherem Hinsehen als Spezialistentätigkeiten einzustufen sind. Der Anteil an Spezialistenleistungen in der Kardiologie beträgt somit gegen 46% – ein sehr ähnlicher Wert wie in der Rheumatologie.

5.3.2 Analyse einzelner Leistungskategorien

Wie in Kapitel 4 ausführlich dargelegt, ist es nicht möglich, aus den Positionen des TARMED eine Kategorie zu bilden, die sämtliche Leistungen im Bereich der Grundversorgung abdeckt. Stattdessen wurden vier Kategorien gebildet, die auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichem Ausmass Leistungen der Grundversorgung erfassen:

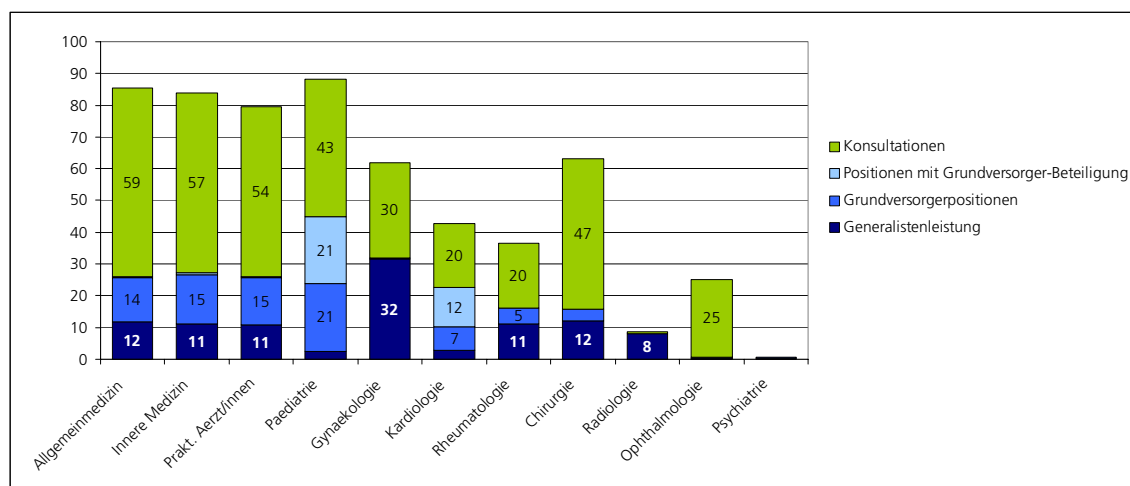
- **Generalistenleistungen:** Positionen, die für alle Fachärzt/innen zugänglich sind und Rückschluss auf den fachlich-medizinischen Gehalt der Leistung zulassen (keine Spezialisierung erforderlich).
- **Grundversorgerpositionen:** Positionen, deren Bezeichnung im TARMED explizit auf die Grundversorgung Bezug nimmt. Die Verwendung ist auf die Grundversorgertitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin sowie auf die Praktischen Ärzt/innen beschränkt.
- **Positionen mit Grundversorger-Beteiligung:** Leistungen, deren Dignität auf einen einzigen Grundversorgertitel beschränkt ist oder die nicht nur Ärzt/innen mit Grundversorgertitel, sondern auch gewissen Spezialist/innen zugänglich sind.
- **Konsultationspositionen**

Bei den ersten beiden Kategorien dürfte insgesamt unstrittig sein, dass die derart erfassten Leistungen in den Bereich der Grundversorgung fallen. Deutlich heikler ist dies bei den beiden anderen Kategorien: Bei den Positionen mit Grundversorger-Beteiligung könnte man in vielen Fällen die Ansicht vertreten, dass sie eher als Spezialistenleistungen anzusehen sind. Bezeichnenderweise gibt es gerade für die Allgemeinmedizin keine Positionen mit Grundversorger-Beteiligung, es sind die Innere Medizin und – vor allem – die Pädiatrie, die über solche Positionen verfügen. Bei den Konsultationspositionen besteht das Dilemma darin, dass die Positionen einerseits für Allgemeine Grundleistungen wie Wundspülungen oder Verbandwechsel verwendet werden – also genau das, was man typischerweise als Grundversorgerleistung bezeichnen würde. Gleichzeitig können sie aber auch als «neutrale» Zeitkredite benutzt werden, um Tätig-

keiten wie Begrüssung, Verabschiedung oder Beratung zu verbuchen, die um eine spezifische Dienstleistung am Patienten gruppiert sind. Ob diese «Kerntätigkeit» in den Bereich der Grundversorgung gehört oder eine Spezialistenleistung darstellt, ist nicht bekannt.

Abbildung 2 zeigt nochmals die Anteile der elf Facharzttrichtungen in den vier einschlägigen Kategorien. Wie in Abschnitt 5.3.1 ausgeführt, eignen sich einzelne dieser Positionen, um die Facharzttrichtungen gegeneinander abzugrenzen. Dies gilt in erster Linie für die Grundversorgerpositionen, in zweiter Linie für die Konsultationspositionen (sieht man vom problematischen Fall der Chirurgie ab). Jedoch: Die Kategorien sind nicht geeignet, um das (zeitliche) Ausmass, in dem die einzelnen Fachrichtungen in der Grundversorgung engagiert sind, präzise zu bestimmen. Das Hauptproblem lässt sich dabei klar benennen: Wie von den Expert/innen befürchtet, ist der Anteil der Konsultationspositionen bei den Spezialist/innen zu gross. Wir gehen im Folgenden näher auf die einzelnen Kategorien ein.

Abbildung 2: Tätigkeitsprofile der elf Fachrichtungen für das Jahr 2006, Kategorien mit Bezug zur Grundversorgung (ärztliche Zeit, Angaben in Prozent)



Definition ärztliche Zeit: Minutagen für Leistung im engeren Sinn, Vor-/Nachbereitung und Bericht
 Quelle: Tarifpool santésuisse, Berechnungen: BASS
 Darstellung: BASS

5.3.2.1 Konsultationspositionen

Bei den **Fachärzt/innen mit einem Grundversorgertitel** ist der grosse Anteil an Konsultationspositionen wenig problematisch: Da sie ohnehin selten Spezialistenleistungen erbringen, kann man davon ausgehen, dass der weitaus grösste Teil der «Konsultationszeit» für Leistungen im Bereich der Grundversorgung aufgewendet wird. Weil dasselbe auch für die Kategorie «Betreuung und Besprechungen» gilt, darf man mit einer groben Schätzung festhalten, dass die Allgemeinmediziner/innen und die Internist/innen mindestens 85% bis 90% der ärztlichen Zeit für Leistungen in der Grundversorgung aufwenden.

Deutlich anders verhält es sich mit den **Spezialist/innen**. So gehen beispielsweise in der Rheumatologie 11% der ärztlichen Zeit auf Generalistenleistungen, 5% auf Grundversorgerpositionen und 44% auf Spezialistenleistungen. Die Konsultationspositionen machen 20% aus.⁶ Ob diese Konsultationspositionen nun

⁶ Die Anteile der Spezialistenleistungen und Konsultationspositionen können aus Abbildung 1 (S. 24) abgelesen werden.

bei Sitzungen verbucht wurden, die einen Grundversorgungs- oder einen Spezialistencharakter hatten, lässt sich mit den verfügbaren Daten nicht feststellen. Für die Bestimmung des Anteils an Grundversorgung ist dieser Sachverhalt aber zentral: Je nachdem kann sich der Anteil an Grundversorgerleistungen zwischen 16% und 36% bewegen – ein markanter Unterschied.

Die Situation ist allerdings nicht ausweglos: Mit erheblich detaillierteren Daten könnte vermutlich ziemlich genau bestimmt werden, welchen Charakter eine einzelne Konsultationsposition hat. Zu diesem Zweck wäre es allerdings notwendig, die **einzelne Sitzung** als Grundversorgungs- oder Spezialistensitzung einzustufen. Die Sitzung wäre dabei definiert als die Summe aller Positionen bzw. ärztlichen Zeit, die ein Leistungserbringer für einen Patienten an einem bestimmten Datum verrechnet. Wenn in einer so definierten Sitzung keine Spezialistenleistung verrechnet wird, darf man davon ausgehen, dass in der veranschlagten Zeit ausschliesslich Leistungen im Bereich der Grundversorgung erbracht wurden. Wird hingegen eine Spezialistenposition fakturiert, so müsste alle oder zumindest der grösste Teil der für die Sitzung verbuchten Zeit als Spezialistenleistung eingestuft werden. Inwieweit es dabei Zuordnungsprobleme geben kann und wie die Zeit in Sitzungen mit nicht eindeutigem Charakter zu klassieren wäre, müsste genauer untersucht werden. Auch ist klar, dass zu diesem Zweck Analysen auf sehr detailliertem Niveau notwendig wären. Von den beiden gesamtschweizerischen TARMED-Datenbanken wäre einzig der NAKO-Datenpool für entsprechende Auswertungen geeignet. Die summierten Daten des santésuisse-Tarifpools lassen dagegen keine Rekonstruktion einzelner Sitzungen zu.

Tabelle 7: Tätigkeitsprofile der elf Fachrichtungen mit Unterkategorien 2006 (ärztliche Zeit, Angaben in Prozent)

Fachrichtung	Allgemein- medizin	Innere Medizin	Prakt. Aerzte	Paedia- trie	Gynaeko- logie	Kardio- logie	Rheuma- tologie	Chirurgie	Radio- logie	Ophthal- mologie	Psychia- trie
Generalistenleistung	11.8	11.3	10.7	2.4	31.6	2.9	11.1	12.2	8.0	0.4	0.5
Grundversorgerpositionen	13.9	15.4	14.9	21.4	0.4	7.4	5.0	3.6	0.1	0.0	0.1
Positionen mit Grundversorger-Beteiligung	0.4	0.6	0.4	21.3	0.0	12.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Spezialistenleistung total	3.7	4.7	10.2	4.4	30.2	33.9	44.0	17.6	91.1	70.5	98.6
Spezialistenleistung (übrige)	1.0	2.3	2.7	2.6	22.8	33.8	3.4	10.9	84.2	70.5	0.1
Spez'leistung: allg. Untersuchung	0.5	0.4	0.6	1.1	6.9	0.0	11.0	5.5	6.8	0.0	0.0
Spez'leistung: Zeitkredit Fachärzt/innen	1.4	1.3	3.0	0.6	0.2	0.0	29.5	0.4	0.0	0.0	98.4
Spez'leistung: Zeitkredit Komplementärmed.	0.8	0.7	3.9	0.1	0.3	0.0	0.1	0.9	0.0	0.0	0.1
Konsultationen	59.4	56.6	53.5	43.2	30.0	20.1	20.3	47.4	0.4	24.7	0.2
Betreuung und Besprechung	8.4	8.8	8.8	6.0	6.1	3.3	6.2	9.3	0.3	2.3	0.1
Telefonische Konsultation	2.3	2.3	2.4	2.2	0.8	0.7	1.4	0.7	0.0	0.1	0.1
Vorbesprechung von Eingriffen	0.7	0.8	1.1	0.5	1.5	0.5	0.7	4.7	0.1	1.0	0.0
Ärztliche Leistung in Abwesenheit Patient	5.3	5.7	5.2	3.2	3.7	2.1	3.9	3.7	0.1	1.1	0.1
Nachbetreuung und Überwachung	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0
Patiententransport	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Betreuung von hospitalisierten Patienten	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Administration total	2.3	2.3	1.4	1.0	1.3	5.4	4.7	6.1	0.0	1.7	0.3
Administration: Bericht	2.3	2.3	1.4	1.0	1.3	5.4	4.7	6.1	0.0	1.7	0.3
Administration: Gutachten	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Konsilien	0.1	0.2	0.1	0.3	0.3	14.8	8.6	3.9	0.1	0.3	0.2

Definition ärztliche Zeit: Minutage für Leistung im engeren Sinn, Vor-/Nachbereitung und Bericht
Quelle: Tarifpool santésuisse, Berechnungen: BASS

In den Expertengesprächen war die Vermutung geäussert worden, dass die Verwendung von Konsultationspositionen davon abhängt, ob eine Fachrichtung über **Positionen mit eigenen Zeitkrediten** oder Positionen für allgemeine Untersuchungen der jeweiligen Fachärzt/innen verfügt. Zu diesem Zweck hatten wir die Spezialistenleistungen in Unterkategorien aufgegliedert (vgl. Abschnitt 4.6). Diese sind nun in **Tabelle 7** sichtbar gemacht, zur Kontrolle sind auch die beiden «neutralen» Kategorien «Betreuung und Besprechungen» und «Administration» mit ihren Unterkategorien aufgeführt. Die Auswertung lässt keine eindeutige Antwort zu: Unter den untersuchten Fachbereichen benutzen nur die Rheumatolog/innen und die Psychiater/innen in grösserem Umfang Positionen mit fachspezifischen Zeitkrediten oder Untersuchungen. Bei den Rheumatolog/innen bewegt sich der Anteil der Konsultationspositionen mit 20% ungefähr im Mittelfeld der Spezialisten-Fachrichtungen; ob er andernfalls deutlich höher ausgefallen wäre, ist aus-

gesprächen schwierig zu beantworten. Bei den Psychiater/innen, die nur einen sehr geringen Anteil an Konsultationspositionen aufweisen (0.2%), ist der Zusammenhang evident, aber kaum überraschend.

Die sehr breite Verwendung von Konsultationspositionen mag teilweise auch darauf zurückzuführen sein, dass die **Taxierung gewisser Positionen** im TARMED wenig Anreize gibt, die ärztlichen Leistungen möglichst differenziert zu erfassen. So besitzen beispielsweise die Positionen «Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung (pro 5 Min.)» oder «Spezielle gynäkologische Beratung durch den Facharzt (pro 5 Min.)» denselben Taxpunkt-Wert wie die Konsultationspositionen. Es ist nicht auszuschliessen, dass Ärzt/innen bisweilen solche Leistungen der Einfachheit halber mit Konsultationspositionen fakturieren.

5.3.2.2 Positionen mit Grundversorger-Beteiligung

Es gibt nur zwei Fachrichtungen, bei welchen mehr als 1% der ärztlichen Zeit auf Positionen mit Grundversorger-Beteiligung verbucht wird: die Kinder- und Jugendmedizin sowie die Kardiologie. In beiden Fällen sind die Anteile aber recht hoch, nämlich 21% (Kinder- und Jugendmedizin) und 12% (Kardiologie).

Bei der Kinder- und Jugendmedizin ist dieses Resultat nicht sehr überraschend, weil der grösste Teil der einschlägigen Positionen gerade eine Beteiligung dieser Fachrichtung vorsieht. Fast 98% der Zeit, die unter diese Kategorie fallen, wurden auf Positionen verbucht, die gemäss ihrer qualitativen Dignität ausschliesslich von Kinder- und Jugendmediziner/innen verwendet werden dürfen. Der grösste Teil (70%) fällt dabei auf Voruntersuchungen, 20% auf allgemeine Untersuchungen von Kindern bis 18 Jahren durch Kinder- und Jugendmediziner/innen. Bei beiden Positionen ist man geneigt, sie hinsichtlich ihrer Komplexität als Leistungen der Grundversorgung einzustufen.

In der Kardiologie werden unter dieser Kategorie nur sehr wenige Positionen verwendet, wobei 98% der Zeit auf Belastungs-EKG/Ergometrie und 1.7% auf 24-stündige Blutdruckmessungen fallen. Beide Positionen wurden als Positionen mit Grundversorger-Beteiligung eingestuft, weil auch die Innere Medizin sie verwenden darf. Zumindest das Belastungs-EKG ist jedoch als Spezialistenleistung einzustufen. Dass eine Zuordnung zur Grundversorgung wegen der Zugänglichkeit dieser Position für Internist/innen übertrieben wäre, zeigt sich auch darin, dass diese insgesamt nur gerade 0.5% der ärztlichen Zeit auf dieser Position verbuchen, während es bei den Kardolog/innen 12% sind.

5.3.2.3 Generalistenleistung

Dass Generalistenleistungen – also Leistungen, die alle Fachrichtungen verrechnen dürfen – in den Bereich der Grundversorgung gehören, dürfte unstrittig sein. Umso überraschender ist es auf den ersten Blick, dass gerade diese Leistungen sich nicht dazu eignen, Grundversorger/innen und Spezialist/innen voneinander zu unterscheiden. So weist die Gynäkologie mit 32% den grössten Anteil an Generalistenleistungen aus, während sich die Allgemeinmedizin und die Innere Medizin auf demselben Niveau bewegen wie die Rheumatologie, die Chirurgie und die Radiologie.

Beim zweiten Hinsehen legt sich das Staunen ein wenig: In den Expertengesprächen war darauf hingewiesen worden, dass einzelne Fachrichtungen womöglich im engeren Bereich ihrer Disziplin einen beachtlichen Anteil an Generalistenleistungen erbringen. Was die «eigentlichen» Grundversorger/innen von diesen Spezialist/innen unterscheidet, sei ihr **breites fachliches Spektrum**. Um diese These zu überprüfen, haben wir die Generalistenleistungen den Inhaltskapiteln des TARMED zugeordnet, welche Leistungen nach medizinischen Bereichen (z.B. Augen, Haut und Weichteile, Verbände, bildgebende Verfahren) un-

terscheiden. Zusätzlich wurden die Besuche als eigenständige Kategorie ausgewiesen; sie gehören ansonsten zum TARMED-Kapitel «Grundleistungen».⁷ Die Zuordnungen wurden für alle Fachrichtungen unternommen, deren Anteil an Generalistenleistungen insgesamt über 5% liegt.

Tabelle 8: Verteilung der Generalistenleistungen nach TARMED-Kapiteln für ausgewählte Fachrichtungen im Jahr 2006 (ärztliche Zeit, Angaben in Prozent)

Fachrichtung	TARMED-Kapitel *	Anteil in %
Allgemeinmedizin	Besuche	56.6
	Bildgebende Verfahren	15.1
	Grundleistungen	7.8
	Haut, Weichteile	5.1
	Diagnostik und Therapie der weiblichen Genitalorgane, Geburtshilfe	4.6
	Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates	4.3
	Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen	2.9
	übrige	3.6
	Total	100.0
Innere Medizin	Besuche	61.3
	Bildgebende Verfahren	15.6
	Grundleistungen	7.5
	Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen	4.0
	Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates	3.7
	Haut, Weichteile	2.8
	übrige	5.1
		Total
Praktische Ärzt/innen	Besuche	55.3
	Bildgebende Verfahren	10.7
	Grundleistungen	9.6
	Diagnostik und Therapie der weiblichen Genitalorgane, Geburtshilfe	5.7
	Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates	4.7
	Haut, Weichteile	3.8
	Chirurgische Therapie von Herz und Gefässen	3.2
	Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen	2.6
	Verbände	2.0
	übrige	2.4
	Total	100.0
Gynäkologie	Diagnostik und Therapie der weiblichen Genitalorgane, Geburtshilfe	75.7
	Diagnostik und Therapie der Mamma	20.1
	Grundleistungen	3.2
	übrige	1.1
Rheumatologie	Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates	46.4
	Bildgebende Verfahren	35.3
	Besuche	11.7
	Grundleistungen	5.0
	übrige	1.6
		Total
Chirurgie	Haut, Weichteile	27.8
	Grundleistungen	17.0
	Bildgebende Verfahren	13.3
	Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates	10.9
	Chirurgische Therapie von Herz und Gefässen	9.7
	Verbände	9.2
	Besuch	6.2
	Diagnostik und nichtchirurgische Therapie des Gastrointestinaltraktes	3.6
	übrige	2.3
		Total
Radiologie	Bildgebende Verfahren	96.7
	übrige	3.3
		Total

* Die Kategorie «Besuche» wurde aus dem Kapitel «Grundleistungen» herausgelöst
 Definition ärztliche Zeit: Minutagen für Leistung im engeren Sinn, Vor-/Nachbereitung und Bericht
 Quelle: Tarifpool santésuisse, Berechnungen: BASS

⁷ Der Begriff der «Grundleistung» ist unseres Wissens im TARMED nicht explizit definiert. Er umfasst rund 200 Positionen, darunter auch die vier Grundversorger-Positionen und die Konsultationspositionen. Zudem enthält das Kapitel relativ viele Positionen, die wir als Generalistenleistungen eingestuft haben. Eine Deckungsgleichheit liegt aber nicht vor: Zum einen sind diverse Grundleistungen des TARMED für einzelne Spezialisten-Fachrichtungen reserviert; zum anderen gibt es zahlreiche Generalistenleistungen, die im TARMED nicht zu den Grundleistungen gehören.

Die Tabelle belegt die These für die **Radiologie** und die **Gynäkologie**, in begrenzterem Umfang auch für die **Rheumatologie**: In allen drei Fachrichtungen sind die Generalistenpositionen sehr eng auf das eigentliche Fachgebiet bezogen. Der relativ hohe Anteil an Generalistenleistungen hat also nicht damit zu tun, dass die jeweiligen Spezialist/innen ihren Tätigkeitsbereich im Feld der Grundversorgung ausweiten würden. Vielmehr nehmen Generalistenleistungen, die auch von «typischen» Grundversorgern wahrgenommen werden, in ihrem «angestammten» Aufgabenfeld ein vergleichsweise grosses Gewicht ein. Dies gilt ganz besonders für die Gynäkologie: Der sehr hohe Anteil von 32% Generalistenleistungen wird fast ausschliesslich in den Bereichen der Geburtshilfe und der Diagnostik und Therapie der Mamma sowie der weiblichen Genitalorgane erbracht. Dass der Anteil grösser ist als in allen anderen Fachrichtungen, hat damit zu tun, dass sich unter diesen Positionen auch eine Position mit Zeitkredit für die spezielle gynäkologische Beratung befindet. Diese besitzt Dignität «alle», ist also im Grund genommen für alle Fachärzt/innen zugänglich, wird aber nahe liegender Weise am häufigsten von Gynäkolog/innen verwendet.

In der Rheumatologie ist der Bezug auf den engeren Fachbereich etwas weniger stark ausgeprägt als in der Radiologie und der Gynäkologie. Allerdings sind es eher spezifische Untersuchungsformen und Dienstleistungen, auf welche die übrige Zeit verbucht wird, als «fachfremde» Gebiete: Rund 35% der unter Generalistenleistungen fakturierten ärztlichen Zeit werden für bildgebende Verfahren aufgewendet, 12% für Besuche.

Nicht bestätigt wird die Erwartung für die **Chirurgie**. Deren Generalistenleistungen sind vergleichsweise breit gestreut. Erneut sind diese Ergebnisse allerdings mit Vorsicht zu geniessen, bekanntlich dürfte der Wirkungskreis der Chirurgie mit den vorhandenen Daten nur sehr beschränkt abgedeckt sein. Weil der Anteil an Spezialistenleistungen in der Chirurgie verhältnismässig gering ist, darf erwartet werden, dass bei einer umfassenderen Leistungsabdeckung der Anteil der Generalistenleistungen sinken würde. Dies würde an ihrer relativen Vielfältigkeit zwar nichts ändern, wohl aber an ihrem Gewicht im Vergleich zu den übrigen Kategorien.

In der **Allgemeinmedizin**, der **Inneren Medizin** und bei den **Praktischen Ärzt/innen** ist vor allem ein Punkt auffällig: Bei mehr als der Hälfte der Generalistenleistungen handelt es sich um **Besuchspositionen**. Wir gehen auf diesen spezifischen Leistungstyp in Abschnitt 5.4 näher ein. Die zweitgrösste Gruppe sind die bildgebenden Verfahren, diese sind auch in der Rheumatologie und der Chirurgie prominent vertreten. Davon abgesehen, ist das Spektrum der Generalistenleistungen in der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin tatsächlich breiter als bei den untersuchten Spezialist/innen, die Chirurgie ausklammert. Die Unterschiede sind allerdings nicht besonders gross. Dies könnte auch damit zu tun haben, dass die Generalistenpositionen nicht gleichmässig über alle Kapitel des TARMED verteilt sind: 29 von 37 TARMED-Kapiteln enthalten zwar Generalistenleistungen, doch sind es teilweise nur wenige Positionen, die als solche gelten.

5.3.2.4 Grundversorgerpositionen

Wie schon mehrfach festgestellt, erfassen die Grundversorgerpositionen längst nicht alle Leistungen, die man gemeinhin dem Bereich der Grundversorgung zurechnet. Trotzdem zeigt sich aber in den Tätigkeitsprofilen, dass die Grundversorgerpositionen sich eignen, die Grundversorgertitel von anderen Spezialist/innen abzugrenzen. Auch erscheinen die Anteile unter den übrigen Fachrichtungen als plausibel. Relativ grosse Anteile weisen diejenigen Fachrichtungen aus, von denen man gemeinhin vermutet, dass sich ihr Aufgabenfeld teilweise mit demjenigen der «typischen» Grundversorger/innen überschneidet: Es sind dies die Kardiologie und die Rheumatologie, in geringerem Umfang – und mit den mehrfach genannten Vorbehalten – auch die Chirurgie.

Etwas erstaunlich ist, dass der Anteil an Grundversorgerpositionen bei der **Kinder- und Jugendmedizin** am grössten ist. Wie eine detaillierte Auswertung zeigt, fallen dabei fast drei Viertel auf (kleinere und umfassende) Untersuchungen durch den Facharzt für Grundversorgung, dies ist mehr als bei der Allgemeinmedizin oder der Inneren Medizin. Offenkundig ist der hohe Anteil Grundversorgerpositionen bei den Pädiater/innen also darauf zurückzuführen, dass allgemeine Untersuchungen bei Kindern häufiger vorkommen als bei erwachsenen Patient/innen.⁸

Kritisch lässt sich fragen, ob die Ärzt/innen die Grundversorgerpositionen tatsächlich immer konsequent anwenden. Wie in Abschnitt 5.3.2.1 angemerkt, können die Taxpunkte unterschiedliche Anreize setzen, die ärztliche Tätigkeit differenziert zu fakturieren. Bei den Grundversorgerpositionen haben zwei Leistungen denselben Taxpunkt-Wert wie die Konsultationspositionen: «spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung (pro 5 Min.)» und «psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung (pro 5 Min.)». Hier ist denkbar, dass anstelle der Grundversorgerpositionen mitunter auch die Konsultationspositionen verwendet werden.

5.3.3 Sensitivitätsanalyse

Wie in Abschnitt 4.9 dargelegt, wäre es möglich, die Tätigkeitsprofile auch aufgrund anderer Basiseinheiten zu berechnen: der Anzahl Leistungen oder der Anzahl Taxpunkte (ärztliche Leistung und technische Leistung). **Tabelle 9** zeigt nun für fünf ausgewählte Fachrichtungen, welche Verteilungen auf diese Art und Weise zustande kommen und wie sie sich von der Berechnungen anhand der ärztlichen Zeit unterscheiden. Gewisse Positionen enthalten bekanntlich nur Angaben zu den Taxpunkten (z.B. nichtärztliche Leistungen oder Zuschläge), diese werden aus Gründen der Vergleichbarkeit bei den Verteilungen nicht berücksichtigt. Am unteren Ende der Tabelle wird jedoch ausgewiesen, wie gross der Anteil dieser ausgeklammerten Positionen am Gesamtvolumen ist.

Die Sensitivitätsanalyse zeigt, dass die grundlegenden Unterschiede in den Tätigkeitsprofilen auch bei den beiden anderen Verfahren hervortreten: Die Allgemeinmedizin bleibt die Fachrichtung mit dem grössten Anteilen an Konsultationspositionen, dem grössten Anteil an Grundversorgerpositionen und dem kleinsten Anteil an Spezialistenleistungen. Die Unterschiede sind allerdings je nach Basiseinheit sehr verschieden akzentuiert. Grundsätzlich gilt, dass das Gewicht der Konsultationspositionen bei einer Auswertung nach Leistungen (Anzahl Positionsverwendungen) am grössten ist, bei einer Auswertung nach Taxpunkten am kleinsten. Gerade umgekehrt verhält es sich mit den Spezialistenleistungen – offensichtlich deshalb, weil diese in der Regel mit deutlich mehr Taxpunkten veranschlagt sind als die Konsultationspositionen. Die Auswirkungen auf die Tätigkeitsprofile seien an einem Beispiel veranschaulicht: Vergleicht man den Anteil der Spezialistenleistungen zwischen der Allgemeinmedizin und der Kardiologie, so ist der Anteil der Kardiologie bei einer Auswertung nach Leistungen doppelt so hoch (9.3% vs. 4.4%), bei einer Auswertung nach Taxpunkten dagegen achtmal so hoch (46% vs. 5.5%).

Bei den übrigen Kategorien sind die Veränderungen weniger eindeutig oder fallen nicht besonders schwer ins Gewicht.

⁸ Zusätzlich gibt es im TARMED eine eigene Position für Untersuchungen von Kindern bis 18 Jahren durch den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Die medizinische Interpretation des TARMED zeigt allerdings, dass diese letztere Untersuchung umfassender ist: Sie setzt eine kleine Grundversorgungs-Untersuchung voraus und enthält dazu vier weitere Elemente wie z.B. einfache Hörprüfungen, Visusprüfungen oder Beurteilungen des Entwicklungsstandes. Es ist zu vermuten, dass die Untersuchungen in der Kinder- und Jugendmedizin oftmals nicht diesen Kriterien entsprechen und deshalb über die einschlägige Grundversorger-Position abgerechnet werden. Insgesamt nehmen sie in der Kinder- und Jugendmedizin mit 4.2% deutlich weniger ärztliche Zeit in Anspruch als die kleine «Grundversorger-Untersuchung» (13%).

Tabelle 9: Sensitivitätsanalyse für fünf Fachrichtungen im Jahr 2006 (Angaben in Prozent)

	Allgemeinmedizin			Gynäkologie und Geburtshilfe		
	Leistungen	Taxpunkte	Minuten	Leistungen	Taxpunkte	Minuten
<i>Anzahl Einheiten (ohne Notfall, nichtärztl. Leist., nicht zuteilbar)</i>	<i>31'306'195</i>	<i>562'452'581</i>	<i>166'044'254</i>	<i>6'975'835</i>	<i>173'372'120</i>	<i>44'809'446</i>
Generalistenleistung	12.1%	14.8%	11.8%	40.3%	30.5%	31.6%
Grundversorgerpositionen	9.8%	15.0%	13.9%	0.4%	0.4%	0.4%
Positionen mit Grundversorger-Beteiligung	0.1%	0.7%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%
Spezialistenleistung total	4.4%	5.5%	3.7%	11.5%	38.9%	30.2%
Spezialistenleistung	0.4%	1.6%	1.0%	8.2%	30.1%	22.8%
Spez'leistung: allg. Untersuchung	0.2%	0.7%	0.5%	2.2%	8.1%	6.9%
Spez'leistung: Zeitkredit für Fachärzt/innen	2.7%	2.4%	1.4%	0.7%	0.4%	0.2%
Spez'leistung: Zeitkredit für Komplementärmedizin	1.1%	0.9%	0.8%	0.4%	0.3%	0.3%
Konsultationen	63.3%	52.5%	59.4%	38.6%	22.9%	30.0%
Betreuung und Besprechung	9.1%	8.9%	8.4%	8.0%	5.9%	6.1%
Telefonische Konsultation	2.5%	2.2%	2.3%	1.0%	0.7%	0.8%
Vorbesprechung von Eingriffen	0.8%	0.8%	0.7%	2.0%	1.4%	1.5%
Ärztliche Leistung in Abwesenheit Patient	5.6%	5.5%	5.3%	4.8%	3.4%	3.7%
Nachbetreuung und Überwachung	0.2%	0.4%	0.1%	0.3%	0.4%	0.1%
Patiententransport	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Konsultationen: Spital	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Administration	1.2%	2.4%	2.3%	0.8%	1.2%	1.3%
Administration: Bericht	1.2%	2.4%	2.3%	0.8%	1.2%	1.3%
Administration: Gutachten	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Konsilien	0.1%	0.1%	0.1%	0.3%	0.3%	0.3%
<i>Anzahl Einheiten total</i>	<i>34'443'337</i>	<i>616'365'408</i>	<i>166'044'254</i>	<i>7'737'062</i>	<i>183'699'559</i>	<i>44'809'446</i>
davon unberücksichtigt	9.1%	8.7%	0.0%	9.8%	5.6%	0.0%
Notfall-Pauschalen	1.5%	4.3%		0.2%	0.4%	
nichtärztliche Leistung	7.6%	4.4%		9.6%	5.2%	
nicht zuteilbar	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	

	Kardiologie			Chirurgie		
	Leistungen	Taxpunkte	Minuten	Leistungen	Taxpunkte	Minuten
<i>Anzahl Einheiten (ohne Notfall, nichtärztl. Leist., nicht zuteilbar)</i>	<i>1'766'419</i>	<i>87'713'434</i>	<i>15'986'557</i>	<i>1'621'773</i>	<i>39'227'231</i>	<i>9'775'698</i>
Generalistenleistung	7.5%	5.3%	2.9%	12.2%	15.3%	12.2%
Grundversorgerpositionen	5.7%	5.1%	7.4%	2.3%	3.3%	3.6%
Positionen mit Grundversorger-Beteiligung	3.7%	15.0%	12.2%	0.0%	0.0%	0.0%
Spezialistenleistung total	9.3%	46.0%	33.9%	8.6%	27.7%	17.6%
Spezialistenleistung	9.2%	45.9%	33.8%	4.6%	20.5%	10.9%
Spez'leistung: allg. Untersuchung	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	6.2%	5.5%
Spez'leistung: Zeitkredit für Fachärzt/innen	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.4%	0.4%
Spez'leistung: Zeitkredit für Komplementärmedizin	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.7%	0.9%
Konsultationen	36.3%	11.0%	20.1%	57.2%	35.4%	47.4%
Betreuung und Besprechung	6.2%	2.3%	3.3%	11.4%	8.6%	9.3%
Telefonische Konsultation	1.2%	0.4%	0.7%	0.8%	0.5%	0.7%
Vorbesprechung von Eingriffen	0.8%	0.3%	0.5%	5.7%	4.2%	4.7%
Ärztliche Leistung in Abwesenheit Patient	3.9%	1.4%	2.1%	4.5%	3.3%	3.7%
Nachbetreuung und Überwachung	0.3%	0.2%	0.1%	0.4%	0.5%	0.1%
Patiententransport	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Konsultationen: Spital	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Administration	4.5%	3.5%	5.4%	3.5%	5.4%	6.1%
Administration: Bericht	4.5%	3.5%	5.4%	3.5%	5.4%	6.1%
Administration: Gutachten	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Konsilien	26.7%	11.9%	14.8%	4.7%	4.3%	3.9%
<i>Anzahl Einheiten total</i>	<i>1'850'208</i>	<i>88'975'659</i>	<i>15'986'557</i>	<i>1'710'121</i>	<i>42'831'029</i>	<i>9'775'698</i>
davon unberücksichtigt	4.5%	1.4%	0.0%	5.2%	8.4%	0.0%
Notfall-Pauschalen	0.6%	0.6%		0.6%	1.3%	
nichtärztliche Leistung	4.0%	0.9%		4.6%	7.1%	
nicht zuteilbar	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	

	Radiologie		
	Leistungen	Taxpunkte	Minuten
<i>Anzahl Einheiten (ohne Notfall, nichtärztl. Leist., nicht zuteilbar)</i>	<i>1'045'768</i>	<i>75'979'180</i>	<i>9'469'652</i>
Generalistenleistung	16.5%	7.1%	8.0%
Grundversorgerpositionen	0.1%	0.0%	0.1%
Positionen mit Grundversorger-Beteiligung	0.0%	0.0%	0.0%
Spezialistenleistung total	81.9%	92.4%	91.1%
Spezialistenleistung	61.3%	90.7%	84.2%
Spez'leistung: allg. Untersuchung	20.5%	1.6%	6.8%
Spez'leistung: Zeitkredit für Fachärzt/innen	0.1%	0.0%	0.0%
Spez'leistung: Zeitkredit für Komplementärmedizin	0.0%	0.0%	0.0%
Konsultationen	0.7%	0.2%	0.4%
Betreuung und Besprechung	0.6%	0.2%	0.3%
Telefonische Konsultation	0.0%	0.0%	0.0%
Vorbesprechung von Eingriffen	0.2%	0.0%	0.1%
Ärztliche Leistung in Abwesenheit Patient	0.2%	0.1%	0.1%
Nachbetreuung und Überwachung	0.2%	0.1%	0.0%
Patiententransport	0.0%	0.0%	0.0%
Konsultationen: Spital	0.0%	0.0%	0.0%
Administration	0.0%	0.0%	0.0%
Administration: Bericht	0.0%	0.0%	0.0%
Administration: Gutachten	0.0%	0.0%	0.0%
Konsilien	0.1%	0.0%	0.1%
<i>Anzahl Einheiten total</i>	<i>1'318'749</i>	<i>87'647'228</i>	<i>9'469'652</i>
davon unberücksichtigt	20.7%	13.3%	0.0%
Notfall-Pauschalen	0.0%	0.0%	
nichtärztliche Leistung	20.6%	13.3%	
nicht zuteilbar	0.0%	0.0%	

Taxpunkte: ärztliche Leistung und technische Leistung; Minuten: Leistung im engeren Sinn, Vor-/Nachbereitung, Bericht
Quelle: Tarifpool santésuisse, Berechnungen: BASS

5.4 Häufigkeitsverteilungen: Besuchspositionen

Die bisherigen Auswertungen nahmen einzig die Fachrichtungen als Gesamtes in Blick. Offen blieb damit, wie die Anteile der einzelnen Kategorien innerhalb einer Fachrichtung verteilt sind. Dieser Punkt ist ausgesprochen bedeutend, wenn das primäre Aufgabenfeld eines Arztes bzw. einer Ärztin nicht aufgrund des Facharzttitels, sondern aufgrund ihrer konkreten Tätigkeiten beurteilt werden soll. So lässt sich etwa allein aus der Tatsache, dass Allgemeinmediziner/innen im Durchschnitt 14% ihrer ärztlichen Zeit auf Grundversorgerpositionen verrechnen, nicht schliessen, dass dies auch ein angemessener Schwellenwert ist, um darüber zu entscheiden, ob eine Ärztin bzw. ein Arzt als Grundversorger/in einzustufen ist. Um die Folgen eines solchen Schwellenwertes zu ermessen, müsste man vielmehr wissen, wie gross die Anteile der Allgemeinmediziner/innen und der übrigen Ärzt/innen sind, die ober- und unterhalb des Wertes liegen.

Wie solche **Verteilungen einzelner Positionen** oder Leistungskategorien aussehen können, zeigen wir im Folgenden exemplarisch am Beispiel der **Besuchspositionen**. Diese Leistung scheint deshalb gut geeignet, weil ihr Status als typische Grundversorger-Tätigkeit unbestritten sein dürfte. Gleichzeitig handelt es sich um eine Dienstleistung, die nicht auf ein spezifisches medizinisches Fachgebiet konzentriert ist.

Zur Bemessung von Schwellenwerten wäre es vorteilhaft, den Anteil einer Tätigkeit am Total der ärztlichen Zeit zu bemessen. Würde man nämlich einen absoluten Schwellenwert in Stunden pro Jahr festlegen, so würden vermutlich viele Ärztinnen und Ärzte, die nicht Vollzeit arbeiten, falsch eingestuft. Die Bestimmung der gesamten Arbeitszeit ist allerdings nicht einfach. Erstens müssen dazu pro Leistungserbringer und Jahr sämtliche Positionsverwendungen bekannt sein, um die einzelnen Positionen mit ihrer spezifischen Minutage zu multiplizieren. Zweitens hat die Plausibilisierung der Daten gezeigt, dass einzelne Fachrichtungen systematische Lücken aufweisen – etwa dann, wenn Leistungen mehrheitlich über das Spital in Rechnung gestellt werden. Weil diese Lücken die einzelnen Positionen und Leistungskategorien nicht gleichmässig treffen – Grundversorgerleistungen dürfen eher selten über das Spital laufen, Spezialistenleistungen dafür umso öfter –, können sie zu erheblichen Verzerrungen führen.

Wir verzichten aus diesen beiden Gründen darauf, die relativen Anteile der Besuchszeit pro Leistungserbringer zu berechnen. Stattdessen werden die Verteilungen nach der **durchschnittlichen Besuchszeit pro Woche** erstellt. Es werden sich somit keine verbindlichen Schwellenwerte bilden lassen. Es lässt sich gleichwohl zeigen, wie sich die Besuchstätigkeit innerhalb der Facharzttrichtungen verteilt; auch kann man zumindest veranschaulichen, welche Konsequenzen die Festlegung eines – unter diesen Bedingungen eher arbiträren – Schwellenwertes hätte. Aus Patienten- bzw. Versorgungsperspektive lässt sich sogar argumentieren, dass diese Perspektive «korrekter» ist. Denn aus dieser Sicht ist letztlich nicht ausschlaggebend, wie ein Arzt aufgrund seines Tätigkeitsprofils einzustufen ist, sondern in welchem Ausmass (und in welcher Qualität) er eine spezifische Leistung erbringt.

Im TARMED gibt es **vier Positionen**, welche für Besuche verwendet werden können. Alle vier weisen die qualitative Dignität «alle» auf, können also von sämtlichen Facharzttrichtungen gleichermaßen verwendet werden. In den Tätigkeitsprofilen waren sie den Generalistenleistungen zugeordnet gewesen:

- Besuch, erste 5 Min. (Grundbesuch) (Positionsnr. 00.0060)
- + Besuch, jede weiteren 5 Min. (Besuchszuschlag) (Positionsnr. 00.0070)
- + Besuch, letzte 5 Min. (Besuchszuschlag) (Positionsnr. 00.0080)
- Wegentschädigung, pro 5 Min. (Positionsnr. 00.0090, ab 1. April 2006 Positionsnr. 00.0095)

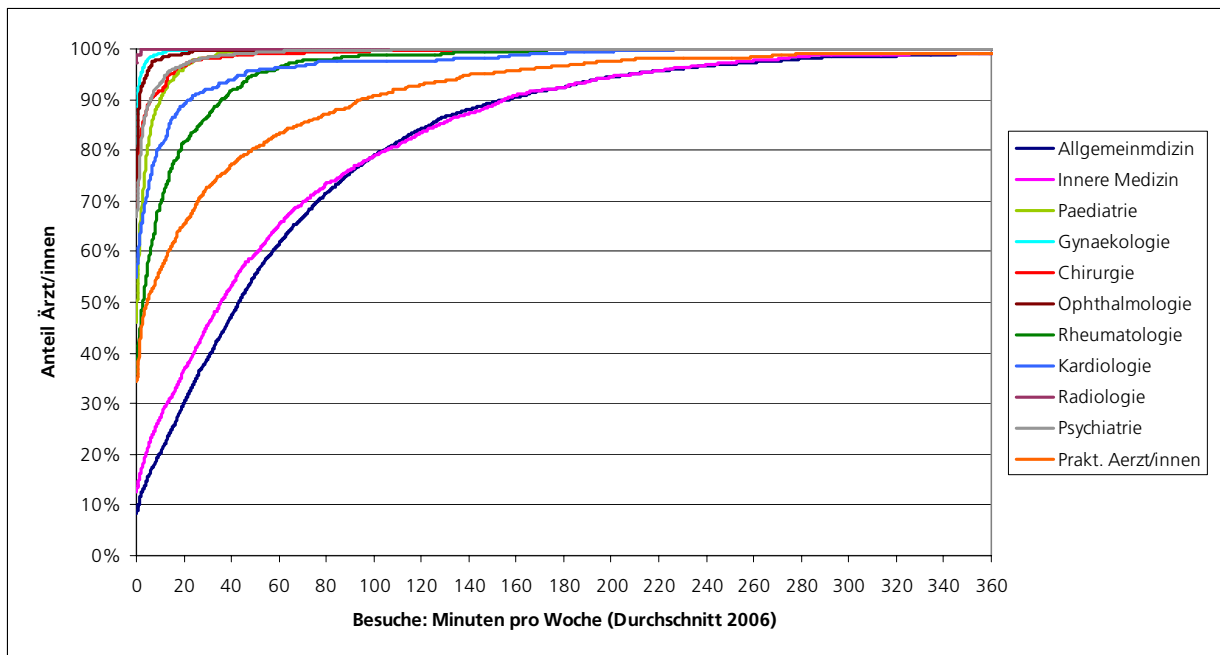
Gemäss TARMED beinhalten die Besuchspositionen «alle ärztlichen Leistungen, die der Facharzt ausserhalb seiner Praxis ohne oder mit einfachen Hilfsmitteln (etwa Inhalt 'Besuchskoffer') am Patienten [...] erbringt, derentwegen dieser zum Facharzt kommt.» Die Positionen dürften wohl am häufigsten für

Hausbesuche verwendet werden, sind aber nicht darauf beschränkt. Sie gelten vielmehr für «alle Arten von Besuchen (zuhause, an der Unfallstelle usw.)». Explizit ausgenommen sind jedoch Behandlungen im Spital.

Die Wegentschädigung wird für die Fahrzeit oder bei einem Fussmarsch für die Wegzeit veranschlagt. Sie stellt eine Zuschlagsleistung dar, die mit Besuchspositionen verknüpft sein muss, seit der TARMED-Version 1.03 kann sie zudem mit vier weiteren Positionen (Leichenschau durch den Facharzt, Legalinspektion durch den Facharzt, Konsiliarische Beratung durch den Facharzt und Psychiatrische Krisenintervention) verrechnet werden. Insofern greift sie über Besuche im engeren Sinn hinaus. Bei Konsilien muss allerdings garantiert sein, dass die Anwesenheit des zu beratenden Arztes beim Konsilium ausserhalb seiner Praxis medizinisch unabdingbar ist; auch zählen Konsilien in Spitälern nicht dazu.

Abbildung 3 zeigt nun die Verteilung der derart definierten Besuchszeit für alle elf Facharzttrichtungen. Das Ergebnis ist deutlich: Weitaus am meisten Besuchszeit verbringen die **Allgemeinmediziner/innen und die Internist/innen**. Obwohl die beiden Verteilungskurven recht nahe beieinander liegen, gibt es bei den kleinen Pensen doch Unterschiede: So weisen beispielsweise 37% der Internist/innen eine Besuchszeit von weniger als durchschnittlich 20 Minuten pro Woche auf, während es bei den Allgemeinmediziner/innen bloss 30% sind. 13% der Internist/innen, aber nur 8% der Allgemeinmediziner/innen haben 2006 gar nie eine Besuchsposition verrechnet. Offen muss bleiben, ob diese Unterschiede allein auf das Aufgabenfeld zurückzuführen sind, oder ob sich darin auch unterschiedliche Anteile an Teilzeitpensen spiegeln.

Abbildung 3: Verteilung der Ärzt/innen nach Besuchszeit und Facharztgruppe im Jahr 2006



Quelle: Tarifpool santésuisse, Berechnungen: BASS

Für die grösseren Besuchszeiten verlaufen die Kurven dann nahezu parallel: In beiden Fachrichtungen liegt der Anteil der Ärzt/innen, die mehr als durchschnittlich 90 Minuten pro Woche mit Besuchen verbringen, bei 25%. Diese Gleichförmigkeit der Anteile gilt für fast alle Besuchszeiten über 90 Minuten. Auf mehr als 3 Stunden pro Woche kommen beispielsweise in beiden Fachrichtungen noch 8% der Ärzt/innen.

Mit erheblichem Abstand auf die Allgemeinmedizin und die Innere Medizin folgen die **Praktischen Ärzt/innen**, danach die **Rheumatologie** und die **Kardiologie**. Knapp zwei Drittel der Praktischen Ärzt/innen haben eine Besuchszeit von durchschnittlich weniger als 20 Minuten pro Woche. In der Rheumatologie liegt dieser Anteil bereits bei 82% und in der Kardiologie bei 90%. Bei allen übrigen Fachrichtungen kommt man auf Anteile deutlich über 95%.

Nur geringe Werte weist die **Kinder- und Jugendmedizin** aus; offensichtlich, weil die Kinder häufig von Erwachsenen begleitet und transportiert werden. Die Kurve der Pädiatrie verläuft nicht viel anders als diejenigen der Psychiatrie und Chirurgie. Bereits die Tätigkeitsprofile anhand der acht Leistungskategorien hatten gezeigt, dass sich die Allgemeinmedizin, die Innere Medizin und die Praktischen Ärzt/innen näher sind als die Pädiatrie, die teilweise als vierter Grundversorgertitel genannt wird. Die Differenzen, die bezüglich der Besuchszeiten ersichtlich werden, greifen jedoch weit darüber hinaus: Würde man allein nach diesem Kriterium urteilen, so wäre die Kinder- und Jugendmedizin eindeutig als eine Spezialisten-Fachrichtung einzustufen.⁹

Dieses Beispiel zeigt allerdings auch, dass Indikatoren für den Grundversorger-Status und Schwellenwerte mit grosser Umsicht zu wählen sind. Insbesondere wäre vorgängig auch zu prüfen, wie sich die als Indikatoren auserkorenen Positionen zu den Verteilungsmustern anderer Positionen verhalten: Lässt sich beispielsweise ein statistischer Zusammenhang zwischen dem Anteil an Besuchszeit und der Verwendung von «Grundversorgerpositionen» nachweisen? Wie wäre mit Fällen umzugehen, in welchen die beiden Anteile stark auseinanderdriften? Bei der Festlegung von Schwellenwerten für die Einstufung als Grundversorger/in müsste vorgängig untersucht werden, in welchem Umfang Ärzt/innen mit Grundversorgertitel unterhalb dieses Schwellenwerts liegen und wie dieses Phänomen erklärt werden kann. Bei der Besuchszeit erscheinen die durchschnittlichen Werte pro Woche selbst für die Allgemeinmedizin und die Innere Medizin gering. Selbstverständlich hängt dies mit Teilzeitpensen und Abdeckungslücken zusammen, gleichwohl lässt sich das angesprochene Problem auf diese Weise sehr gut verdeutlichen: Dass bei einem Schwellenwert von 20 Minuten Besuchszeit pro Woche 18% der Rheumatolog/innen einen wichtigen Beitrag an die Grundversorgung leisten oder gar als Grundversorger/innen eingestuft würden, mag bereits als ein recht hoher Anteil erscheinen. Noch viel überraschender ist allerdings, dass damit auch 30% der Allgemeinmediziner/innen nicht mehr als Grundversorger/innen gelten würden. Diese Diskrepanz zwischen Titel und Einstufung müsste selbstverständlich plausibel gemacht werden können.

⁹ Weil Wegentschädigungen nicht nur für Besuche, sondern unter bestimmten Bedingungen auch für Konsilien und andere Leistungen fakturiert werden dürften, wäre es denkbar, dass die Kardiologie einzig wegen ihrer relativ starken Konsiliartätigkeit (15%, vgl. Abschnitt 5.3.1.2) auf höhere Werte kommt als die Kinder- und Jugendmedizin. Dies trifft jedoch nicht zu. Der Anteil der Wegentschädigungen unter allen Besuchspositionen beträgt in der Kardiologie 43%, in der Allgemeinmedizin liegt er mit 38% nur geringfügig tiefer.

6 Schlussbemerkungen

Die vorliegende Studie ist eine der ersten Arbeiten, welche die Tätigkeitsstrukturen von Ärzt/innen anhand des Ärztetarifs TARMED analysiert. Wie eingangs unterstrichen wurde, besitzt sie einen explorativen Charakter und soll aufzeigen, ob der TARMED für derartige Auswertungen taugt. Welche Bilanz lässt sich nun ziehen? Wir möchten abschliessend sechs Punkte festhalten:

- Es hat sich erwiesen, dass der TARMED – wenn auch mit gewissen Vorbehalten – **geeignet ist, Tätigkeitsprofile von praktizierenden Ärzt/innen zu zeichnen**. Die Profile sind insgesamt plausibel und erlauben es, verschiedene Gruppen von Fachrichtungen gegeneinander abzugrenzen. Insbesondere werden spezifische Profile der Fachärzt/innen mit Grundversorgertitel erkennbar.
- Gewisse Positionen, insbesondere die sog. **«Grundversorgerpositionen»** des TARMED, erlauben es abzuschätzen, ob gewisse Spezialist/innen im Bereich der Grundversorgung tätig sind. Dies könnte für eine differenziertere Ärztestatistik, die über die blosser Erfassung von Weiterbildungstiteln hinausreicht, ein viel versprechender Ansatz sein. Ob dieser Ansatz nicht allein auf Ebene der Fachrichtungen, sondern auch für einzelne Ärzt/innen zu plausiblen Resultaten führt, müsste näher untersucht werden. Denkbar wäre beispielsweise, die Ärzt/innen je nach Anteil Grundversorgerpositionen am Total der verrechneten Zeit in verschiedene Gruppen zu teilen.
- Ein erster Vorbehalt besteht darin, dass ein relativ grosser Anteil der ärztlichen Zeit über **Konsultationspositionen** und andere «neutrale» Positionen (z.B. ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten) verrechnet wird. Auf dem verwendeten Aggregatniveau lässt sich insbesondere bei Spezialist/innen nicht bestimmen, ob diese «neutralen» Positionen im Kontext einer Grundversorgungsleistung oder mit Bezug auf eine Spezialistenleistung verrechnet wurden. Aus diesem Grund ist es auch nicht möglich, das (zeitliche) Ausmass, in dem einzelne Fachrichtungen in der Grundversorgung tätig sind, zuverlässig zu beziffern: Die fachrichtungsspezifischen Unterschiede in der Anwendung des TARMED sind zwar deutlich genug, um verschiedene Fachrichtungen gegeneinander abzugrenzen, die Ergebnisse sind aber zuwenig präzise, um den «Grundversorgungsanteil» der ärztlichen Leistungen klar zu bestimmen. Präzisere Aussagen wären vermutlich möglich, wenn anhand der TARMED-Daten einzelne Sitzungen rekonstruiert und als Grundversorgungs- oder Spezialisten-Sitzungen eingestuft würden. Dazu wäre es jedoch notwendig, die Daten nach einzelnen Leistungserbringern, Patient/innen und Datum aufzugliedern. Dies wäre nach unserem Kenntnisstand einzig mit den Daten des NAKO-Datenpools von NewIndex möglich.
- Ein zweiter Vorbehalt besteht darin, dass Unterschiede in den Tätigkeitsprofilen teilweise auf **sachfremde Faktoren** zurückzuführen sind. Dazu gehören zum einen Unterschiede im Abrechnungsverhalten verschiedener Fachrichtungen, die auch damit zusammenhängen können, dass gewisse Positionen aus tarifpolitischen Motiven eingeführt wurden. Zum anderen hat sich im Fall der Chirurgie gezeigt, dass bei Fachrichtungen, welche vermutlich einen grossen Teil der Leistungen über die Spitäler fakturieren, ein verzerrtes Bild entstehen kann, wenn einzig die in der freien Praxistätigkeit angefallenen Rechnungsdaten ausgewertet werden. Auch die unterschiedlichen Lücken der beiden gesamtschweizerischen Datensätze (Tarifpool santésuisse: Beschränkung auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherungen, NAKO-Datenpool: unterschiedliche Abdeckung der Fachrichtungen) könnten für gewisse Abweichungen sorgen. Dies spricht nicht grundsätzlich gegen den Vergleich von Tätigkeitsprofilen, doch bedarf dieser unbedingt der quellenkritischen Einbettung und eines ausführlichen Kommentars.
- Die Tätigkeitsanteile wurden anhand der **ärztlichen Zeit** berechnet. Ob die Minutage des TARMED den Arbeitsaufwand insgesamt plausibel veranschlagt, konnte nur relativ grober Form geprüft werden. Für die Auswertungen aus dem santésuisse-Tarifpool lässt sich – mit einer Ausnahme (Radiologie) – festhalten, dass die geschätzten Gesamtarbeitszeiten keine unwahrscheinlichen Höhen annehmen. Eher ist das Gegenteil der Fall, die Werte scheinen vergleichsweise tief. Wie stark dies damit zusammenhängt, dass der

Tarifpool einzig die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verzeichnet, müsste näher untersucht werden. Ein Vergleich mit Auswertungen des NAKO-Datenpools könnte hier wichtige Aufschlüsse geben.

■ Um im Einzelfall anhand des Tätigkeitsprofils zu bestimmen, in welchem Fachgebiet ein Arzt bzw. Ärztin (überwiegend) Leistungen erbringt, müssten **Schwellenwerte** definiert werden. Methodisch setzen diese Häufigkeitsverteilungen auf der Basis von Individualdaten voraus. Wir haben dies exemplarisch für die Besuchspositionen durchgeführt, wobei aus arbeitsökonomischen Gründen darauf verzichtet werden musste, die Anteile relativ zur Gesamtarbeitszeit zu berechnen. Die Auswertungen zeigen, dass im grossen Vorteil des Vorgehens auch eine Herausforderung liegt: Es muss plausibel gemacht werden, weshalb Facharzttitel und Schwellenwertanalyse zu unterschiedlichen Einstufungen führen können. Besonders erklärungsbedürftig erscheint der Fall, in dem Fachärzt/innen mit Grundversorgertitel den Schwellenwert für Grundversorger/innen nicht erreichen.

7 Literaturverzeichnis

- D'Angelo Marco (2005): Santésuisse vollzieht statistischen Quantensprung, *infosantésuisse*, Nr. 1-2, 6f.
- Bertschi Michael (2005): Untersuchung der ärztlichen Versorgung. Schlussbericht, Santésuisse [Hrsg.], Solothurn, 27. Oktober
- Hänggeli Christoph (2002): Facharztstitel für alle? Die übergangsrechtliche Erteilung eidgenössischer Weiterbildungstitel an praktizierende Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztstitel, *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 25, 1298-1302
- Künzi Kilian (2005): «Grundversorgungsmedizin» in der Schweiz. Stand der Diskussionen zur Frage der «Grundversorger/innen / Hausärzt/innen» und ihrer zahlenmässigen Entwicklung, Bundesamt für Gesundheit [Hrsg.], Standortbestimmung Gesundheitsberufe, Bericht Nr. 15
- Kraft Peter (2007): «Es liegt noch viel Potenzial brach». Interview mit Marco D'Angelo, Leiter Brancheninformationssysteme bei santésuisse, in: *infosantésuisse*, Nr. 9, 14f.
- Kraft Peter (2005): Habemus Tarifpool, *infosantésuisse*, Nr. 7-8, 12f.
- Jaccard Ruedin Hélène, Maik Roth, Catrine Bétrisey, Nicola Marco und André Busato (2007): Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse, Document de travail 22, Neuchâtel Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Hrsg.]
- Strub Silvia und Maik Roth (2006): Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz. Aktualisierung und Erweiterung 2006, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Hrsg.], Arbeitsdokument Nr. 20, Neuchâtel
- Strub Silvia, Stefan Spycher und Theres Egger (2004): Dokumentation «Inventar der Schweizer Gesundheitsdatenbanken», Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Hrsg.], Forschungsprotokoll Nr. 2, Neuchâtel