



TRINATIONALES KOMPETENZZENTRUM
für Ihre Gesundheitsprojekte



GESUNDHEIT OHNE GRENZEN
SANTÉ SANS FRONTIÈRE

DIE AMBULANTE ÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND, FRANKREICH UND DER SCHWEIZ



Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)
Fonds européen de développement régional (FEDER)



Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt
Dépasser les frontières : projet après projet

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, Frankreich und der Schweiz

Juni 2019

Diese Publikation ist Teil einer Publikationsreihe, die vom trinationalen Kompetenzzentrum TRISAN erarbeitet wird und zum Ziel hat, verschiedene Aspekte der Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich und der Schweiz abzubilden. Die Publikationen von TRISAN sind online in deutscher und französischer Sprache unter www.trisan.org / Publikationen verfügbar.

Cette publication fait partie d'une série de cahiers thématiques élaborés par le centre de compétences TRISAN et visant à apporter des éclairages sur l'organisation des systèmes de santé français, allemand et suisse. Les publications de TRISAN sont disponibles en version française et allemande sur le site internet de TRISAN (www.trisan.org > Documentation).

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland 7

1. Die vertragsärztliche Versorgung	11
1.1 Der organisatorische Rahmen	11
1.1.1 Zulassungsbestimmungen	11
1.1.2 Sicherstellung der Versorgung	12
1.1.3 Ärztekammern	15
1.1.4 Zugang der Patientinnen und Patienten zur vertragsärztlichen Versorgung	16
1.2 Vergütung und Honorarverteilung	16
2. Die privatärztliche Versorgung	19
2.1 Niederlassungsvoraussetzungen	19
2.2 Die Bezahlung der Privatärztinnen und -ärzte.....	19
3. Die ärztliche Berufsausübung	20
3.1 Praxisstrukturen	20
3.2 Sozio-demografische Entwicklungen	22
3.3 Delegation ärztlicher Kompetenzen	22
4. Ambulante Versorgung und stationäre Einrichtungen	23

Die ambulante ärztliche Versorgung in Frankreich 27

1. Versorgung durch niedergelassene Ärzte/innen	31
1.1 Niederlassungsbedingungen	31
1.2 Die Schlüsselrolle der Allgemeinärzte/innen.....	32
1.3 Die ärztliche Berufsausübung in Praxen	33
1.4 Tarifgestaltung der Untersuchungen, Modalitäten der Rechnungsstellung und Modalitäten der Kostenübernahme	35
1.5 Soziodemographische Entwicklungen.....	37
2. Ambulante Krankenhausbehandlungen	38
2.1 Die ambulante Chirurgie	38
2.2 Tagesklinik.....	38
3. Bibliographie.....	39

Die ambulante ärztliche Versorgung in der Schweiz	41
1. Die ambulante Versorgung in Arztpraxen	45
1.1 Der organisatorische Rahmen	45
1.1.1 Die Berufsausübungsbewilligung	45
1.1.2 Niederlassungsfreiheit und kantonale Zulassungsbewilligung	45
1.1.3 Die Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH)	46
1.1.4 Die Krankenversicherer	47
1.1.5 Verteilung der Regulierungszuständigkeiten in der ambulanten Versorgung	47
1.1.6 Behandlungswege	48
1.1.7 Ärztedichte	48
1.2 Die ärztliche Berufsausübung	49
1.2.1 Grundversorgung und Spezialversorgung	49
1.2.2 Die Einbeziehung Nicht-ärztlicher Mitarbeiter/Innen	50
1.2.3 Stellvertretung, Praxisassistentz und Anstellung	51
1.2.4 Organisationsformen im ambulanten Bereich	51
1.2.5 Ärztedemografie	53
1.2.6 Bezahlung der Leistungserbringer	53
2. Die ambulante Spitalversorgung	54
2.1 Definition von spitalambulanten Leistungen	54
2.2 Die Abrechnung spitalambulanter Leistungen	54
3. Kosten und Finanzierung der ambulanten Versorgung	55
4. Weiterführende Literatur	57



Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland

Konzeption und inhaltliche Koordinierung:

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN).
- Astrid Dacquin (TRISAN).

Redaktion:

- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN).

Fachlektorat:

- Thomas Christ, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz,
- Dr. Peter Hinz, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg,
- Markus Steinmetz, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz.

Gestaltung:

- Print Europe – Delphine Boch.

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die ARS Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement von Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und die Schweizerische Eidgenossenschaft.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 38

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland	7
1. Die vertragsärztliche Versorgung	11
1.1 Der organisatorische Rahmen	11
1.1.1 Zulassungsbestimmungen	11
1.1.2 Sicherstellung der Versorgung	12
1.1.3 Ärztekammern	15
1.1.4 Zugang der Patientinnen und Patienten zur vertragsärztlichen Versorgung	16
1.2 Vergütung und Honorarverteilung	16
2. Die privatärztliche Versorgung	19
2.1 Niederlassungsvoraussetzungen	19
2.2 Die Bezahlung der Privatärztinnen und -ärzte	19
3. Die ärztliche Berufsausübung	20
3.1 Praxisstrukturen	20
3.2 Sozio-demografische Entwicklungen	22
3.3 Delegation ärztlicher Kompetenzen	22
4. Ambulante Versorgung und stationäre Einrichtungen	23

Einleitende Bemerkungen

Zunächst ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass in Deutschland zwei Krankenversicherungssysteme koexistieren:

- Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), der ca. 90% der Bevölkerung angehören;
- und die private Krankenversicherung (PKV), der ca. 10% der Bevölkerung angehören.

Das folgende Themenheft gliedert sich in vier Teile:

Der erste Teil behandelt die vertragsärztliche Versorgung. Die Modalitäten der vertragsärztlichen Versorgung werden in jedem Bundesland zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung ausgehandelt. Nur Ärztinnen und Ärzte, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind, können Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Versicherung behandeln. Da Letztere 90% der Bevölkerung ausmachen, repräsentiert die vertragsärztliche Versorgung den Großteil der ambulanten Versorgung.

Dennoch wird sich der zweite Teil des Themenhefts mit der privatärztlichen Versorgung befassen. Dieser Sektor richtet sich vorwiegend an Patientinnen und Patienten der privaten Krankenversicherung, also ca. 10% der Bevölkerung. Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten können zwar ebenfalls eine private Ärztin oder einen privaten Arzt aufsuchen, doch sie haben dann keinen Anspruch auf eine Kostenerstattung (ausgenommen in Notfällen).

Der dritte Teil geht auf verschiedene Charakteristika der ärztlichen Berufsausübung sowie auf die sozio-demografischen Entwicklungen im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung ein.

In Deutschland gibt es eine strikte Trennung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. Diese Trennung hat sich allerdings vor allem in den letzten 20 Jahren aufgelockert. Unter bestimmten Bedingungen können Krankenhäuser ambulante Behandlungen durchführen und Krankenhausärztinnen und -ärzte dazu ermächtigt werden, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu praktizieren. Diese Aspekte werden im vierten Teil behandelt.

1. DIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

1.1 Der organisatorische Rahmen

1.1.1 Zulassungsbestimmungen

Wie eingangs erwähnt, obliegt die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung in jedem Bundesland der Zuständigkeit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, die stets im Rahmen von Verhandlungen und Abkommen mit den Krankenkassen agiert.

Nur Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen

und somit gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten behandeln. Es kann zwischen verschiedenen Ärztetypen unterschieden werden:

- » Vertragsärztinnen und –ärzte;
- » Partnerärztinnen und –ärzte (selbstständige Vertragsärztinnen und –ärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft, auf die im Themenheft nicht näher eingegangen wird);
- » Angestellte Ärztinnen und Ärzte;
- » Ermächtigte Ärztinnen und Ärzte (Krankenhausärztinnen und –ärzte die dazu ermächtigt sind; an der ambulanten Versorgung teilzunehmen).

Psychotherapeutinnen und –therapeuten gehören ebenfalls der Kassenärztlichen Vereinigung an.

Grafik 1 : Anzahl vertragsärztlicher Teilnehmer nach Status, 2017

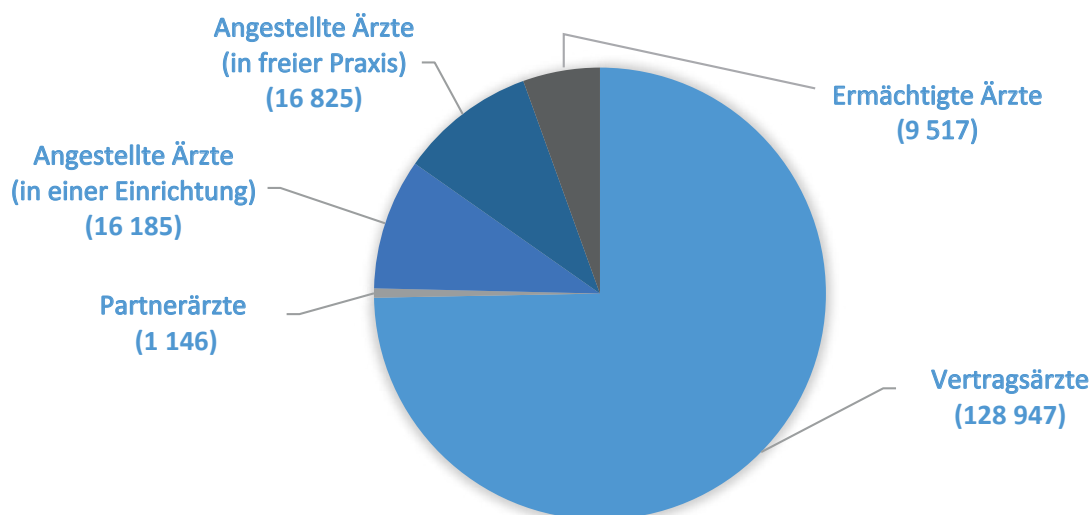


Diagramm nach den Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 2017.

Vertragsärztinnen und –ärzte

In der ambulanten Versorgung gilt das Recht der Niederlassungsfreiheit. Dies bedeutet, dass jede Ärztin und jeder Arzt die Freiheit zur Niederlassung und Eröffnung einer Praxis hat. Jedoch benötigt sie oder er eine Zulassung als Vertragsärztin oder –arzt.

Die Zulassung erfolgt durch den Zulassungsausschuss. Dieser ist paritätisch mit Vertretern der Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenkassen besetzt und wird in jedem Zulassungsbezirk von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen gegründet. Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2007 wurde das Zulassungsrecht gelockert. Es sind nun Teilzulassungen im Umfang der Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit möglich.

Ärztinnen und Ärzte, die eine Zulassung beantragen, müssen sich zunächst in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigungen eintragen lassen. Hierzu muss eine Approbation vorgelegt werden, deren Modalitäten in der Bundesärzteordnung bestimmt sind. Die Approbation wird von der Landesbehörde ausgestellt, in der die Antragstellerin oder der Antragsteller die ärztliche Prüfung abgelegt hat. Außerdem ist für die Eintragung in das Arztregister eine mindestens fünfjährige allgemeinmedizinische Weiterbildung oder eine abgeschlossene Facharztweiterbildung notwendig.

Neben der Erfüllung der festgelegten Voraussetzungen der Zulassungsvorschrift muss auch die in der Bedarfsplanung vorgesehene und festgelegte Anzahl der Ärztinnen und Ärzte pro Einwohnerinnen und Einwohner berücksichtigt werden. Wenn ein Planungsbereich

rechnerisch übertensorgt ist (siehe Punkt 1.1.2), werden Zulassungsbeschränkungen von den Landesausschüssen der Ärztinnen und Ärzte und der Krankenkassen auf regionaler Ebene angeordnet. Ärztinnen und Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufgeben wollen, können ihre Praxis in gesperrten Planungsbereichen an einen Nachfolger verkaufen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen eine Warteliste, in der Ärztinnen und Ärzte, die im Arztregister eingetragen sind und sich für eine Niederlassung interessieren, aufgeführt werden.

Zudem können Kassenärztliche Vereinigungen seit 2012 den freiwilligen Verzicht auf eine Zulassung finanziell fördern¹. Ärztinnen und Ärzte ohne Zulassung können als angestellte Ärztinnen oder Ärzte in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren tätig werden. Diese beteiligen sich an der vertragsärztlichen Versorgung, können sich aber, aufgrund der fehlenden Zulassung, nicht niederlassen.

Angestellte Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte, die keine Zulassung erhalten haben – oder keine angefragt haben – können im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als angestellte Ärztinnen und Ärzte praktizieren:

- » entweder als Angestellter einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes;
- » oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ, siehe Punkt 3.1).

Angestellte Ärztinnen und Ärzte haben nicht den Status einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes, müssen aber im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung des jeweiligen Bundeslandes eingetragen sein.

Ermächtigte Ärztinnen und Ärzte

Unter bestimmten Bedingungen kann eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt dazu ermächtigt werden, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen und gesetzlich versicherte Patienten ambulant zu behandeln. Mehr Informationen zu ermächtigten Ärztinnen und Ärzten befinden sich im Punkt 4.

Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Durch das Psychotherapeutengesetz von 1999 wurden die Heilberufe psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in die vertragsärztliche

Versorgung mitaufgenommen². Somit können Letztere sowohl als Vertragsärztin oder -arzt mit Zulassung oder als angestellte Ärztin oder Arzt bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt oder einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig werden.

Wichtig ist es festzuhalten, dass eine Mitgliedschaft bei der Kassenärztlichen Vereinigung Pflicht ist, um an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.

1.1.2 Sicherstellung der Versorgung

Wie bereits erwähnt, müssen Ärztinnen und Ärzte, die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, zwingend Mitglied in einer Kassenärztlichen Vereinigung sein. In Deutschland bilden somit die in Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengeschlossenen Vertragsärztinnen und -ärzte ein Monopol innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung³. Kassenärztliche Vereinigungen erfüllen daher ihre Pflichten mit ihren Mitgliedern, den zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, gegenüber den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, jedoch nicht gegenüber Privatversicherten.

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen handelt es sich um durch das Gesetz geschaffene Körperschaften öffentlichen Rechts, die staatlicher Aufsicht unterliegen⁴. Die Vertragsärztinnen und -ärzte eines Bundeslandes bilden gemeinsam eine Kassenärztliche Vereinigung. Da es sich um einen gesetzlich vorgeschriebenen Zusammenschluss handelt, besteht eine Pflichtmitgliedschaft, die direkt durch die Zulassung erfolgt. Bei einem schweren Verstoß kann die Zulassung und somit die Mitgliedschaft entzogen werden. In jedem Bundesland befindet sich eine zuständige Kassenärztliche Vereinigung, in Nordrhein-Westfalen aufgrund der Zahl der Ärztinnen und Ärzte zwei.

Ihre Aufgaben bestehen im Wesentlichen in folgenden Punkten:

- » Sie sind für die Honorarverteilung der Ärztinnen und Ärzte zuständig und verhandeln hierfür mit den Krankenkassen. Der Punkt 1.2 wird näher darauf eingehen.
- » Ein weiterer Handlungsbereich betrifft die Interessenvertretung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärztinnen und -ärzte gegenüber den Krankenkassen und die berufspolitischen Interessen derselben gegenüber der Öffentlichkeit.

¹ Kassenärztliche Bundesvereinigung: Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, 2014.

² Kassenärztliche Bundesvereinigung: Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, 2014.

³ Bundeszentrale für politische Bildung, in: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen>.

⁴ Simon, Michael: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2013.

- » Eine Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Sicherstellung ausreichender und qualitativ hochwertiger ambulanter Versorgung für gesetzlich Versicherte (Sicherstellungsauftrag laut dem Sozialgesetzbuch V)⁵.

Der Sicherstellungsauftrag beinhaltet ebenfalls die Organisation des ärztlichen Notdienstes, beziehungsweise ärztlichen Bereitschaftsdienstes außerhalb der Sprechstundenzeiten. Mehr Informationen hierzu enthält der untenstehende Kasten sowie das Themenheft von TRISAN „Die medizinische Notfallversorgung in Deutschland, Frankreich und der Schweiz“.

Der ärztliche Notdienst/ärztliche Bereitschaftsdienst

Alle Vertragsärztinnen und -ärzte sind zur Teilnahme am ärztlichen Notdienst, auch ärztlicher Bereitschaftsdienst genannt, verpflichtet. Dies gilt sowohl für niedergelassene als auch für angestellte Ärztinnen und Ärzte. Der ärztliche Notdienst sichert die medizinische Behandlung akuter, aber nicht lebensbedrohlicher Gesundheitsstörungen außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten. Die Organisation wird durch die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von Bereitschaftsdienstordnungen festgelegt. Patientinnen und Patienten können sich an eine Anlaufstelle wenden (Bereitschaftspraxen in Rheinland-Pfalz, Notfallpraxen in Baden-Württemberg), die sich meist im Krankenhaus oder in dessen Nähe befindet. Es muss zwischen dem Sitzdienst, bei dem Sprechstunden in der Bereitschaftsdienstzentrale angeboten werden, und dem Fahrdienst unterschieden werden. In Rheinland-Pfalz ist eine Kombination möglich.

Zudem gibt es auch den fachärztlichen Bereitschaftsdienst. Privatärztinnen und -ärzte sowie Krankenhausärztinnen und -ärzte sind zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst nicht verpflichtet, können jedoch freiwillig daran teilnehmen.

Um ihre Pflichten im Rahmen des Sicherstellungsauftrages zu erfüllen, führen die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Bedarfsplanung durch und erlassen einen Bedarfsplan⁶. Dieser wird im Rahmen der bundesweiten Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erstellt. Die festgelegten Regeln der Bedarfsplanungsrichtlinie haben sich in den letzten Jahren stets weiterentwickelt, um dem Ärztemangel in ländlichen Gebieten entgegenzuwirken.

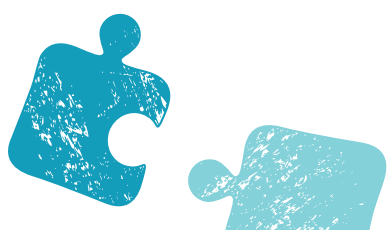
Die Planungsbereiche fallen je nach Arztgruppe unterschiedlich aus. Hausärztinnen und -ärzte werden kleinräumig geplant (mehr Planungsbereiche), Fachärzte/innen und -ärzte großflächig (weniger Planungsbereiche). Die Aufteilung erfolgt sowohl in Rheinland-Pfalz als auch in Baden-Württemberg folgendermaßen:

- » die hausärztliche Versorgung in Mittelbereiche;
- » die allgemeine fachärztliche Versorgung (Augenärztinnen und -ärzte, Chirurginnen und Chirurgen, Frauenärztinnen und -ärzte, Hautärztinnen und -ärzte, HNO-Ärztinnen und -ärzte, Nervenärztinnen und -ärzte, Orthopädinnen und Orthopäden, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Urologinnen und Urologen, Kinderärztinnen und -ärzte) in Landkreise, kreisfreie Städte beziehungsweise Kreisregionen;
- » die spezialisierte fachärztliche Versorgung (Anästhesistinnen und Anästhesisten, Fachinternistinnen und -internisten, Radiologinnen und Radiologen, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychater) in Raumordnungsregionen und
- » die gesonderte fachärztliche Versorgung (Humangenetikerinnen und Humangenetiker, Laborärztinnen und -ärzte, Neurochirurginnen und -chirurgen, Pathologinnen und Pathologen, Physikalische und Rehabilitationsmedizinerinnen und -mediziner, Strahlentherapeutinnen und -therapeuten, Transfusionsmedizinerinnen und -mediziner) in Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Karten 1 bis 4 bilden die Planungsbereiche in Baden-Württemberg ab.

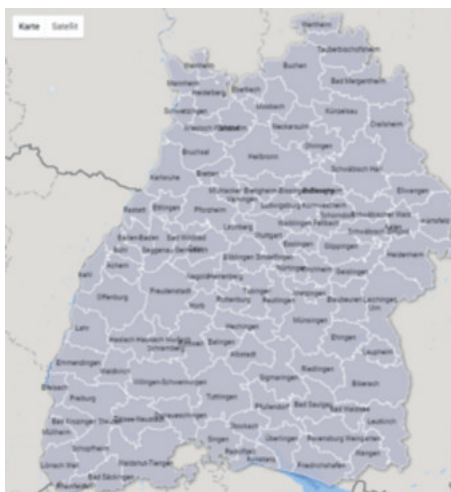
⁵ Sozialgesetzbuch V, § 72: Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung.

⁶ Sozialgesetzbuch V, § 99: Bedarfsplan.



Karte 1 bis 4: Planungsbereiche in Baden-Württemberg, 2017

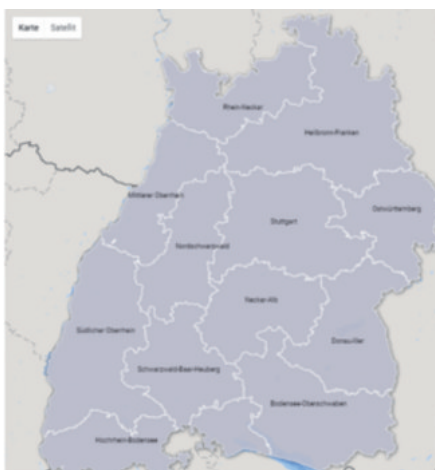
Karte 1: Hausärztliche Versorgung



Karte 2: Allgemein fachärztliche Versorgung



Karte 3: Spezialisierte fachärztliche Versorgung



Karte 4: Hochspezialisierte fachärztliche Versorgung



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg.

In der Bedarfsplanungsrichtlinie werden allgemeine Verhältniszahlen festgelegt. Je spezialisierter die Arztgruppe, desto höher fällt die Verhältniszahl aus. Für die allgemeine fachärztliche Versorgung wurden die Kreise nach dem Grad der Mitversorgung durch andere Kreise in Kreistypen eingeteilt: je höher die Mitversorgung, desto niedriger fällt die Verhältniszahl aus. Einige Beispiele verdeutlichen dies:

- » 1 Hausärztin oder Hausarzt pro 1 671 Einwohnerinnen und Einwohner
- » 1 Augenärztin oder Augenarzt pro 13 399 Einwohnerinnen und Einwohner bei Kreistyp 1, 20 664 bei Kreistyp 5 (ländliche Regionen)
- » 1 Urologin oder Urologe pro 28 476 Einwohnerinnen und Einwohner bei Kreistyp 1, 47 189 bei Kreistyp 5

- » 1 Anästhesistin oder Anästhesist pro 46 917 Einwohnerinnen und Einwohner
- » 1 Laborärztin oder -arzt pro 102 001 Einwohnerinnen und Einwohner
- » 1 Transfusionsmedizinerin oder -mediziner pro 1 322 452 Einwohnerinnen und Einwohner⁷.

Der Versorgungsbedarf in einem Planungsbereich hängt sowohl von der Einwohnerzahl als auch von der Altersstruktur dieser Einwohnerinnen und Einwohner ab. Mit dem Alter steigt auch der Versorgungsbedarf. Daher kann die allgemeine Verhältniszahl durch den Demografiefaktor modifiziert werden.

Auf Basis dieser Angaben wird regelmäßig überprüft, welche Planungsbereiche rechnerisch über- oder unter-

⁷ Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.



©tommaso79 – Shutterstock.com

versorgt sind. Eine Überversorgung liegt dann vor, wenn in einem Zulassungsbezirk die für eine Region vorgesehene Arztdichte in einer Arztgruppe um 10% überschritten wird. In diesem Fall muss der Landesauschuss Zulassungsbeschränkungen im Sinne des § 103 des Sozialgesetzbuches (SGB) V zur Gesetzlichen Krankenversicherung anordnen. Es handelt sich dann um einen gesperrten Planungsbe-
reich. Zudem können Vertragsärztinnen und -ärzte finanziell dazu ermutigt werden, ihre Zulassung abzugeben. Bei einer Unterversorgung wird die Kassenärztliche Vereinigung von dem Landesauschuss beauftragt, indirekte Maßnahmen, zum Beispiel Zulassungsbeschränkungen in anderen Bezirken, zu veranlassen⁸. Kassenärztliche Vereinigungen, darunter Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg, können gemeinsam mit den Krankenkassen die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in Fördergebieten über einen eigenen Strukturfonds unterstützen. Diese Fördergebiete werden jedes Jahr neu bestimmt und sollen zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Städten und im ländlichen Raum beitragen.

Falls die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt wird, da mehr als 50% aller in einem Zulassungsbezirk oder regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte auf ihre Zulassung verzichtet oder die Versorgung verweigert haben, wird der Sicherstellungsauftrag von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen und ihre Verbände übermittelt⁹.

Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen sind Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Diese setzt sich aus den Vorsitzenden und Stellvertreterinnen und Stellvertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie aus gewählten Mitgliedern zusammen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schließt Verträge und Vereinbarungen

auf Bundesebene ab, erlässt bundeseinheitliche Richtlinien, wirkt beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit, führt das Bundesarztregister und vertritt die Interessen der Vertragsärztinnen und -ärzte gegenüber der Bundesregierung.

1.1.3 Ärztekammern

In Deutschland gibt es 16 Ärztekammern, eine pro Bundesland. Alle berufstätigen Ärztinnen und Ärzte sind dazu verpflichtet, sich in ihrer jeweiligen Landesärztekammer einzuschreiben. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Zulassungsrecht verantwortlich sind, liegt das Berufsrecht in der Zuständigkeit der Ärztekammern. Das Berufsrecht betrifft sowohl vertragsärztlich als auch privat tätige Ärztinnen und Ärzte, weshalb die Ärztekammern nicht nur für die vertragsärztliche, sondern auch für die private Versorgung, die im zweiten Teil des Themenheftes behandelt wird, zuständig sind.

Es handelt sich um Strukturen öffentlichen Rechts, die durch die Beiträge ihrer Mitglieder finanziert werden. Die 16 Landesärztekammern sind in der Bundesärztekammer vertreten. Sie entsenden Delegierte zum deutschen Ärztetag, die offizielle Hauptversammlung der Bundesärztekammer. Diese hat eine koordinierende Funktion, sichert den Erfahrungsaustausch und die Einheitlichkeit der Verordnungen und vertritt die Interessen der Mitglieder gegenüber der Politik.

Die Ärztekammern haben drei grundlegende Aufgaben:

- » Sie vertreten die beruflichen Interessen der Ärztinnen und Ärzte;
- » Sie definieren die Berufsausübungsbedingungen im Rahmen einer Berufsordnung und sind dafür zuständig, deren korrekte Ausführung zu überwachen;

⁸ Simon, Michael: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2013.

⁹ Sozialgesetzbuch V, § 72a: Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen.



- » Sie regeln die Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte in einer Berufsordnung und die Regelungen zur Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt in einer Weiterbildungsordnung.

Obwohl die letzten zwei Punkte in der Kompetenz der Ärztekammern der Länder liegen, können wenige Unterschiede von einem Land zum anderen festgestellt werden. Dies liegt daran, dass sich die Ärztekammern auf Bundesebene im Rahmen der Bundesärztekammer absprechen.

Die Modalitäten der ersten sechs Jahre des Medizinstudiums sowie der Approbation liegen nicht in den Zuständigkeiten der Ärztekammern, sondern werden auf Bundesebene in der Approbationsordnung festgelegt.

1.1.4 Zugang der Patientinnen und Patienten zur vertragsärztlichen Versorgung

In Deutschland gilt das Prinzip der freien Arztwahl und des direkten Zugangs zu Fachärztinnen und Fachärzten. Patientinnen und Patienten können direkt und ohne Überweisung jede zugelassene Ärztin oder Fachärztin und jeden zugelassenen Arzt und Facharzt aufsuchen, ohne dass Sanktionen bei der Kostenerstattung auftreten.

Da dies allerdings zu höheren Kosten und langen Wartezeiten in Facharztpraxen führt, müssen die Krankenkassen den Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten¹⁰. Damit soll die Inanspruchnahme der Hausärztin oder des Hausarztes als erste Anlaufstelle bevorzugt werden¹¹. Durch finanzielle Anreize, wie einen geringeren Zusatzbeitrag, werden Versicherte dazu

angeregt, für einen bestimmten Zeitraum immer eine vorher benannte Hausärztin oder einen vorher benannten Hausarzt aufzusuchen. Die Versicherten können die oder den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin oder teilnehmenden Arzt innerhalb eines Quartals nur bei Vorliegen eines konkreten Grundes wechseln.

Die freie Arztwahl gilt nur für zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte. Privatärztinnen und -ärzte dürfen nur in Notfällen hinzugezogen werden, ansonsten findet keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse statt. Klinikärztinnen und -ärzte sind ebenfalls von diesem Prinzip ausgenommen, da zunächst – außer in einem Notfall – eine Einweisung durch eine niedergelassene Ärztin oder einen niedergelassenen Arzt angeordnet werden muss. Bei einer Einweisung kann keine freie Arztwahl gelten, da die diensthabende Ärztin oder der diensthabende Arzt automatisch die Behandlung übernimmt. Die Patientin oder der Patient kann aber unter den nächstgelegenen Krankenhäusern wählen, ohne dass ihr oder ihm zusätzliche Kosten entstehen.

1.2 Vergütung und Honorarverteilung

Die Finanzierung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt durch die gesetzliche Krankenversicherung. Diese wird wiederum durch die Beiträge der gesetzlich Versicherten finanziert, die auf Grundlage ihres Jahreseinkommens berechnet werden. Die ambulante ärztliche Versorgung repräsentiert 17,5% der gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und ist somit der zweitgrößte Sektor hinsichtlich ihrer Ausgaben nach dem stationären Bereich.

Grafik 2: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in MRD Euro, 2017

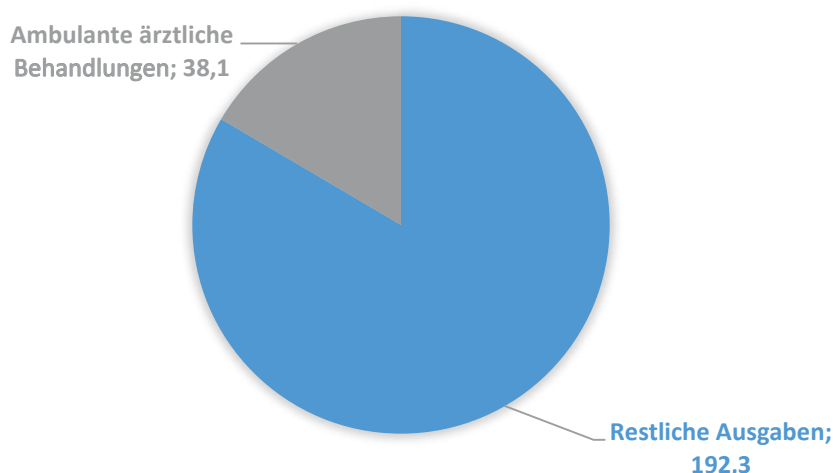


Diagramm nach den Zahlen des Verbands der Ersatzkassen: Daten zum Gesundheitswesen: Ärztliche Behandlung, 2017.

¹⁰ Sozialgesetzbuch V, § 73b: Hausarztzentrierte Versorgung.

¹¹ Finkenstädt, Verena: Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, 2015.

Die Honorarverteilung, also die Bezahlung der Leistungserbringer, wird allerdings nicht direkt von der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt.

Ausgangspunkt: Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Die Krankenkassen stellen den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bezahlung der ambulanten Leistungserbringer jährlich eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zur Verfügung. Die Höhe der Gesamtvergütung wird in Kollektivverträgen festgelegt und wird aus dem Behandlungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse abgeleitet¹². In Rheinland-Pfalz betrug diese im Jahr 2017 beispielsweise rund 1,3 Milliarden Euro, in Baden-Württemberg rund 3,3 Milliarden Euro. Durch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird die ärztliche Vergütung für Vertragsärztinnen und -ärzte, sowie für ambulante ärztliche Leistungen von Nichtvertragsärztinnen und -ärzten und ermächtigten Krankenhausärztinnen und -ärzten ausgezahlt. Daneben gibt es noch die extrabudgetäre Gesamtvergütung, oder auch die Einzelleistungsvergütung. Hiermit werden beispielsweise förderungswürdige Leistungen wie Früherkennungsuntersuchungen und ambulante Operationen honoriert.

Übermitteln der Leistungen an die Kassenärztliche Vereinigung

Um die Bezahlung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu erhalten, muss jede Praxis quartalsweise sämtliche Leistungen an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung übermitteln. Den Rahmen für die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung legt der bundesweite Einheitliche Bewertungsmaßstab fest. Dieser wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen eines Bewertungsausschusses vereinbart¹³ und ist Bestandteil der Bundesmantelverträge, die auch Regelungen zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung festlegen. Durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab wird jeder Leistung eine bestimmte Punktzahl zugeteilt. Die Preise ergeben sich durch die Multiplikation der Punktzahlen mit dem auf Landesebene jährlich festgelegten regionalen Punktwert. Dieser Punktwert ergibt dann mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab die regionale Euro-Gebührenordnung, in welcher jede Leistung in Euro ausgedrückt wird.

Die Abrechnungen werden dann von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung überprüft.

Honorarverteilung

Nach der Überprüfung kommt es zur Honorarverteilung. Die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen setzen für die Honorarverteilung einen Honorarverteilungsmaßstab fest. Er bestimmt unter anderem, wie viel Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die hausärztliche und wie viel für die fachärztliche Versorgung vorgesehen sind und definiert die Punktwerte für die Leistungsbereiche¹⁴.

Zunächst werden Honoraranteile für die Vergütung von Laborleistungen und den organisierten Notfalldienst gebildet. Dann wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach bundesweiten Vorgaben in ein haus- und fachärztliches Vergütungsvolumen aufgeteilt. Es wird auch von einem Hausarzt- und einem Facharzttopf gesprochen. Innerhalb dieser Töpfe sind Honoraranteile für bestimmte Leistungen reserviert, wie für die pauschale fachärztliche Grundversorgung oder für hausärztliche geriatrische und sozialpädiatrische Leistungen.

Das verbliebene Vergütungsvolumen wird dann auf Basis der zugewiesenen Honorare des Vorjahres in Arztgruppenpfortöpfe je nach Spezialisierung aufgeteilt.

Außerdem wird jeder Praxis ein Honorarvolumen zugeteilt, welches die Leistungsmenge steuert. Dieses besteht aus einem zugewiesenen Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen. Es handelt sich hierbei um eine Mengengrenze, bis zu der die Praxis die Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu den Preisen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bezahlt bekommt. Leistungen, die über die Mengengrenze hinausgehen, werden nicht zu 100%, sondern nur zu einem abgestaffelten Preis vergütet.

Das Regelleistungsvolumen wird auf Basis der Fallzahl der Praxis im Vorjahresquartal und einem arztgruppenbezogenen Fallwert berechnet.

Das Gesamthonorar einer Praxis umfasst zusätzlich extrabudgetäre Einzelleistungen. Die Leistungen, die sich an privat versicherte Patientinnen und Patienten richten, werden direkt mit ihr oder ihm abgerechnet.

Die genauen Modalitäten zur Honorarverteilung können durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen selbst gestaltet werden.

¹² Sozialgesetzbuch V, § 87a: Regionale Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten.

¹³ Sozialgesetzbuch V, § 87: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.

¹⁴ Simon, Michael: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2013.

Das Versorgungsstärkungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Versorgungsstärkungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung von 2015 hat das Vergütungssystem regionalisiert und flexibilisiert. Damit sollte vor allem die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten gestärkt werden. Unter anderem wurden folgende Maßnahmen festgelegt:

- » Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, werden von der Abstufung im Rahmen der Honorarverteilung ausgenommen.
- » Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringer (insbesondere in strukturschwachen Gebieten) können von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen festgelegt werden.

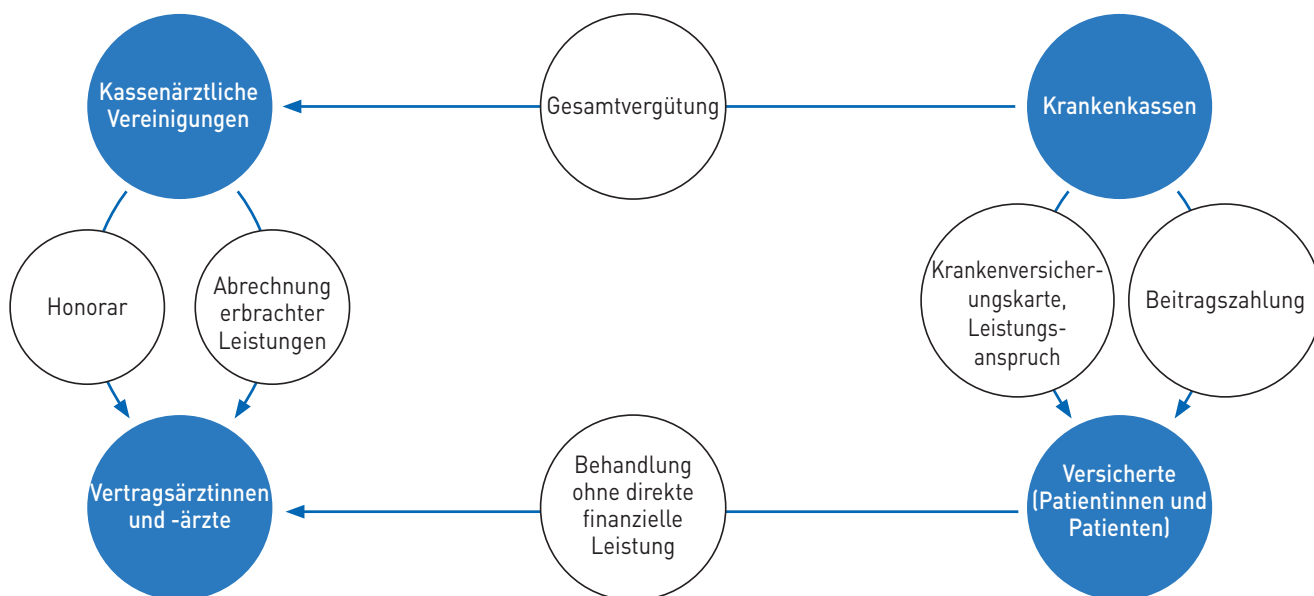
- » Die Kassenärztlichen Vereinigungen können jeweils 0,1% der Gesamtvergütung in einen Strukturfonds einfließen lassen (mit diesem sollen insbesondere Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder Gründung von Zweigpraxen finanziert werden, sowie Zuschläge zur Vergütung und Nachwuchsförderung von Medizinstudierenden).
- » Die Vertragspartner erhalten mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei den Vereinbarungen zur Gesamtvergütung.
- » Die Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichen Informationen über die Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes.

Das Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 hat außerdem Elemente zur Flexibilisierung der Honorarverteilung eingeführt, um die ärztliche Berufsausübung in ländlichen Gebieten zu stärken (siehe Kasten).

Zuzahlungen

Bei ambulanten medizinischen Leistungen müssen die Versicherten keine Zuzahlungen erbringen. Es besteht ein unentgeltlicher Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Versicherung.

Grafik 3: Vergütung der Vertragsärztinnen und -ärzte bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten¹⁵



¹⁵ Grafik nach Simon, Michael: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2013.



2. DIE PRIVATÄRZTLICHE VERSORGUNG

Wie bereits erwähnt, besteht in Deutschland ein duales Krankenversicherungssystem. Ungefähr 90% der Bevölkerung gehören der gesetzlichen Krankenversicherung an, während ungefähr 10% der Bevölkerung privat versichert ist.

Die privatärztliche Versorgung umfasst demnach an privat versicherte Patientinnen und Patienten. Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten dürfen nur im Notfall eine Privatärztin oder einen Privatarzt aufsuchen, ansonsten erhalten sie keine Kostenerstattung ihrer Krankenkasse. Umgekehrt können sich privat versicherte Personen sowohl im Rahmen der vertragsärztlichen als auch der privatärztlichen Versorgung behandeln lassen. Die Kostenerstattung fällt in beiden Fällen gleich aus.

2.1 Niederlassungsvoraussetzungen

Während für Fragen der Niederlassung als Vertragsärztin oder –arzt die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig sind, liegt die Zuständigkeit für Fragen der Niederlassung der Privatärztinnen und –ärzte bei den Ärztekammern. Dies liegt daran, dass Privatärztinnen und –ärzte nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigungen sind. Sie sind daher auch nicht vom Bedarfsplan betroffen und können sich in für Vertragsärztinnen und –ärzten gesperrten Planungsbereichen niederlassen. Es gilt demnach eine absolute Niederlassungsfreiheit ohne Zulassungsbeschränkungen. Für die Niederlassung ist allerdings genauso wie für Vertragsärztinnen und –ärzte eine Approbation notwendig sowie die Eintragung in das Arztregister der Landesärztekammern.

Die Vertretung der niedergelassenen Privatärztinnen und –ärzte übernimmt der Privatärztliche Bundesverband.

2.2 Die Bezahlung der Privatärztinnen und –ärzte

In der privatärztlichen Versorgung gilt das Kostenerstattungsprinzip. Die Patientinnen und Patienten zahlen direkt die Privatärztin oder den Privatarzt, die Kosten werden dann von deren Krankenkasse erstattet.

Es gilt demnach nicht der Einheitliche Bewertungsmaßstab, sondern die Gebührenordnung für Ärzte. Es handelt sich um eine Rechtsverordnung der Bundesregierung. In der Gebührenordnung für Ärzte wird den Leistungen eine Punktzahl zugeordnet; sie werden somit mit einem Gebührensatz bewertet. Die Preise der nach der Gebührenordnung für Ärzte erbrachten Leistungen sind im Durchschnitt bei einer privatärztlichen Abrechnung höher als bei einer vertragsärztlichen.

Für jeden Einzelfall kann die Privatärztin oder der Privatarzt den Gebührensatz mit einem Steigerungssatz von bis zu 3,5 multiplizieren. Der Steigerungssatz basiert auf dem Schwierigkeitsgrad und dem Zeitaufwand der Leistungen. Bei einer durchschnittlichen Leistung wird ein 2,3-facher Punktwert berechnet, höhere Punktwerte muss die Ärztin oder der Arzt schriftlich begründen. Die angewandten Tarife sind in der privatärztlichen Versorgung somit höher als die angewandten Tarife in der vertragsärztlichen Versorgung.

Im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung gibt es in der privatärztlichen Versorgung keine Mengenbegrenzungen. Privatärztinnen und –ärzte können somit alle notwendigen Medikamente und Untersuchungen verschreiben.

Diese Regeln treten ebenfalls in Kraft, sobald eine privat versicherte Person eine Ärztin oder einen Arzt der vertragsärztlichen Versorgung aufsucht. Dementsprechend ist es für Ärztinnen und Ärzte der vertragsärztlichen Versorgung vorteilhaft, privat Versicherte zu behandeln (zusätzliche Bezahlungen, höhere Tarife, unbegrenzte Anzahl von Leistungen). Dies erklärt, weshalb Letztere oftmals von kürzeren Wartezeiten und von sehr umfangreichen Untersuchungen profitieren. Allerdings besteht dadurch das Risiko, dass die Ärztin oder der Arzt mehr Untersuchungen vornimmt als nötig.



3. DIE ÄRZTLICHE BERUFSAUSÜBUNG

Der folgende Teil des Themenheftes bezieht sich sowohl auf die vertragsärztliche als auch auf die privatärztliche Versorgung.

3.1 Praxisstrukturen

In Deutschland kann zwischen drei großen Modellen von Praxisstrukturen unterschieden werden: die Einzelpraxis, die Berufsausübungsgemeinschaft und das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

Die Grafik 4 verdeutlicht, dass es sich bei der Mehrheit der Praxen um Einzelpraxen handelt. Nichtsdestotrotz hat sich in den letzten Jahren die gemeinsame Berufsausübung stark verbreitet. Im Jahr 2017 waren 44% der Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung in kooperativen Strukturen tätig (Berufsausübungsgemeinschaft oder MVZ)¹⁶.

Das Themenheft befasst sich mit diesen drei großen Modellen und wird nicht näher auf weitere existierende Kooperationsformen eingehen.

Einzelpraxen

In einer Einzelpraxis behandelt eine einzelne Ärztin oder ein einzelner Arzt persönlich die Patientin oder den Patienten. Mehrere Arzthelferinnen und -helfer unter-

stützen die Ärztin oder den Arzt bei ihrer oder seiner Leistungserbringung. Sowohl Hausärztinnen und -ärzte als auch fachspezifische Ärztinnen und Ärzte können eine Einzelpraxis eröffnen und sich niederlassen. Während früher in der Regel eine zugelassene Ärztin oder ein zugelassener Arzt die Praxis betrieb, entstehen durch die Anstellungsmöglichkeiten heutzutage verschiedene Arbeitskonstellationen.

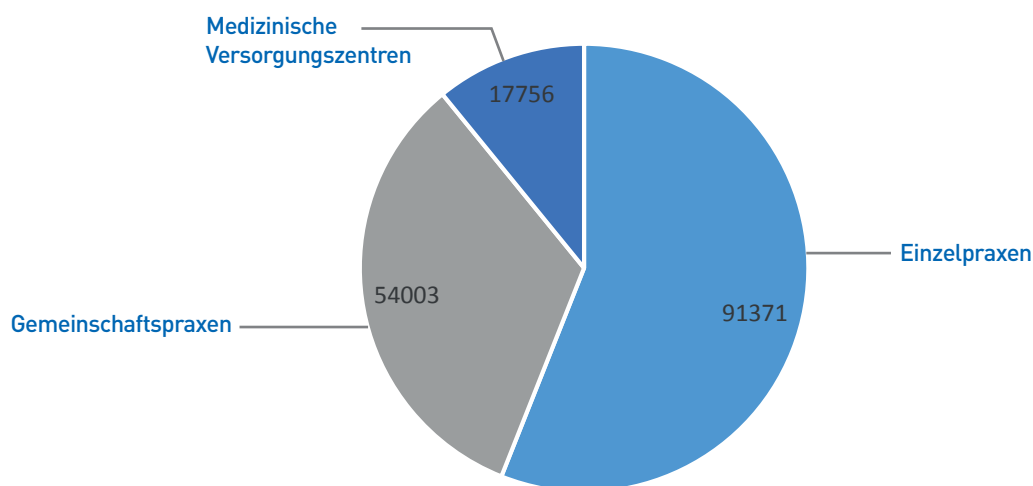
Obwohl Einzelpraxen die am stärksten vertretene Organisationsform darstellen, nimmt ihre Anzahl stets ab. Im Jahr 2007 gab es in Deutschland 36 024 hausärztliche und 35 784 fachärztliche Einzelpraxen, im Jahr 2016 nur noch 30 071 beziehungsweise 31 444. Insgesamt sind 91 064 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Einzelpraxen beschäftigt (Stand 2016).

Tabelle 1: Anzahl der Einzelpraxen in 2008 und 2016

	2008	2016
hausärztliche Einzelpraxen	35.203	30.071
fachärztliche Einzelpraxen	35.131	31.444
psychologische und psychotherapeutische Einzelpraxen	14.691	20.953

Tabelle nach den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Gesundheitsdaten, 2016.

Grafik 4: Organisationsformen der vertragsärztlichen Versorgung, 2017



Grafik nach den Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Gesundheitsdaten, 2017.

¹⁶ Kassenärztliche Bundesvereinigung: Gesundheitsdaten, in: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>.

Berufsausübungsgemeinschaften

Berufsausübungsgemeinschaften können gegründet werden von:

- » Ärztinnen und Ärzten,
- » Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und -therapeuten,
- » Ärztinnen und Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren und
- » Medizinischen Versorgungszentren untereinander.

Es gibt verschiedene Formen von Berufsausübungsgemeinschaften. Am häufigsten verbreitet sind die Gemeinschaftspraxen. Hier schließen sich zwei oder mehrere Ärztinnen und Ärzte in einer Praxis zusammen. Gemeinschaftspraxen zeichnen sich durch eine gemeinsame Berufsausübung, eine gemeinsame Patientenkartei und eine gemeinsame Abrechnung aus. Sie können von Hausärztinnen und -ärzten oder Fachärztinnen und -ärzten gegründet werden und sowohl fachgleich als auch fachübergreifend sein. Psychologisch-psychotherapeutische Gemeinschaftspraxen zählen ebenfalls zu dieser ambulanten Organisationsform.

Medizinische Versorgungszentren

Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wurden durch das Modernisierungsgesetz der gesetzlichen Versicherung 2004 eingeführt. Besonders folgende

Charakteristika unterscheiden sie von Gemeinschaftspraxen:

- » Sie können sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von Krankenhäusern oder Kommunen getragen werden.
- » Sie ermöglichen es, andere Gesundheitsberufe und Leistungserbringer miteinzubeziehen (wie Apothekerinnen und Apotheker, Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten usw.).
- » Bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten kann es sich sowohl um Vertragsärztinnen und Ärzte als auch um angestellte Ärztinnen und Ärzte handeln, die in diesem Fall vom Medizinischen Versorgungszentrum angestellt werden. Die Zulassung wird in diesem Falle nicht den Ärztinnen und Ärzten erteilt, sondern dem MVZ.

Es handelt sich stets um ärztlich geleitete, fachübergreifende Einrichtungen. Zuvor mussten mindestens zwei Ärztinnen oder Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete als Vertragsärztinnen und -ärzte oder als angestellte Ärztinnen und Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sein¹⁷, seit 2016 sind auch fachgleiche Medizinische Versorgungszentren zulässig.

Wie die Grafik 5 aufzeigt, hat die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren zwischen 2008 und 2017 stark zugenommen.

Grafik 5: Anzahl Medizinische Versorgungszentren, 2008 und 2017

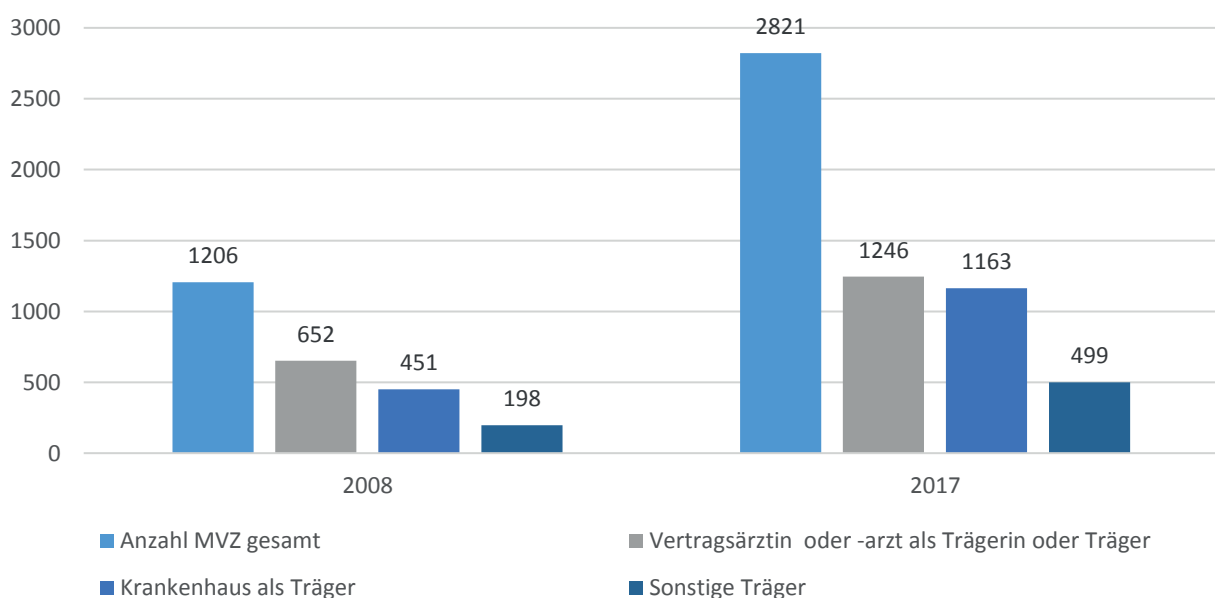


Diagramm nach den Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Gesundheitsdaten, 2017.

¹⁷ Simon, Michael: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2013.

3.2 Sozio-demografische Entwicklungen

Die ärztliche Versorgung – sowohl die vertragsärztliche als auch die private – ist aktuell durch vier Trends gekennzeichnet. Zur Veranschaulichung werden Zahlen aus Baden-Württemberg (Stand 2017) und Rheinland-Pfalz (Stand 2015) herangezogen.

Höhere Anzahl an angestellten Ärztinnen und Ärzten

Ärztinnen und Ärzte können entweder durch Vertragsärztinnen und -ärzte oder durch Medizinische Versorgungszentren angestellt werden. Die Anzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzten ist in den letzten Jahren in Deutschland stark angestiegen: von 8 800 im Jahr 2008 hat sich die Anzahl auf 30 000 im Jahr 2016 erhöht.

Teilzeit

Die Entwicklung lässt sich zum einen durch die Reduzierung der durchschnittlichen Arbeitszeit erklären. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich dafür, als angestellte Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit zu arbeiten. Dies ist seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zunehmend möglich. Dieser Trend lässt sich deutschlandweit feststellen. Hier werden zur Illustration Zahlen aus Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz herangezogen. Während in Baden-Württemberg im Jahr 2011 8% der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württembergs in Teilzeit arbeiteten, betraf dies im Jahr 2017 bereits 22%¹⁸.

Feminisierung

Teilzeitarbeit tritt bei Frauen häufiger als bei Männern auf. In diesem Kontext ist es wichtig zu erwähnen, dass die ärztliche Berufsausübung zunehmend weiblicher wird. Sowohl in Baden-Württemberg als auch in Rheinland-Pfalz sind über zwei Drittel der Medizinstudiumsanfänger Frauen. In Baden-Württemberg¹⁹ und in Rheinland-Pfalz²⁰ sind fast die Hälfte der Ärzte weiblich.

Da der Großteil der Ärztinnen unter 50 Jahre alt ist, kann angenommen werden, dass die Feminisierung des ärztlichen Berufs weiter fortschreitet.

Überalterung

Im letzten Jahrzehnt kann eine bedeutende Alterung des Berufs festgestellt werden. Beispielsweise sind in Rheinland-Pfalz 30% der Vertragsärztinnen und -ärzte über 60 Jahre alt. Zum Vergleich: Im Jahr 2005 waren es noch 13%. Besonders hoch ist der Anteil im hausärztlichen Bereich, hier erreicht er 38%.

3.3 Delegation ärztlicher Kompetenzen

Die Einbeziehung nicht-ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die damit verbundene Delegation ärztlicher Leistungen wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung vertraglich geregelt. Es wird festgehalten, welche Tätigkeiten nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erbringen dürfen und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Drei wesentliche Berufsgruppen können identifiziert werden:

- » Medizinische Fachangestellte: Medizinische Fachangestellte bilden den ersten Anlaufpunkt für Patientinnen und Patienten in Arztpraxen. Sie assistieren der Ärztin oder dem Arzt bei den Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffen und kümmern sich um die Betreuung der Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus führen sie diagnostische Maßnahmen und Laborarbeiten durch. Die Ausbildung dauert in der Regel drei Jahre. Es handelt sich um eine duale Ausbildung, die zum einen in der Arztpraxis oder in einem Krankenhaus und zum anderen in einer Berufsschule stattfindet.
- » Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten: Medizinische Fachangestellte können sich zu dieser Berufsgruppe fortbilden und ihre Handlungsmöglichkeiten erweitern. Die Fortbildung dauert 271 Stunden. In Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt können sie selbständig Hausbesuche oder Besuche in Alten- und Pflegeheimen durchführen. Zu ihren Aufgaben gehören dann unter anderem die Wundversorgung und das Kontrollieren der Blutdruck- und Blutzuckerwerte. Außerdem koordinieren sie die Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten.
- » Versorgungsassistentinnen und -assistenten: Medizinische Fachangestellte können sich ebenfalls zu Versorgungsassistenten weiterbilden. Es sind 200 Fortbildungsstunden notwendig. Während die Fortbildung zur nicht-ärztlichen Praxisassistentin oder zum nicht-ärztlichen Praxisassistenten von der Bundesärztekammer sichergestellt wird, wird die Fortbildung zu Versorgungsassistentinnen und -assistenten vom Deutschen Hausärzterverband organisiert. Die Aufgaben ähneln demnach denen der nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten. Ärztinnen und Ärzte können ihnen Aufgaben, wie zum Beispiel Hausbesuche, delegieren.

Ungefähr 25% der Hausärztinnen und Hausärzte und 12% der Fachärztinnen und Fachärzte delegieren Teile ihrer Aufgaben an nicht-ärztliches Personal²¹.

18 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Die ambulante medizinische Versorgung, 2018.

19 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Die ambulante medizinische Versorgung, 2018.

20 Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz: Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz, 2016.

21 Finkenstädt, Verena: Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, 2015.

4. AMBULANTE VERSORGUNG UND STATIONÄRE EINRICHTUNGEN

Die Aufgaben der Einrichtungen in der stationären Pflege beinhalten:

- » *vollstationäre Behandlung*: Es handelt sich hierbei um eine Behandlung im Krankenhaus, die länger als 24 Stunden dauert.
- » *teilstationäre Behandlung*: Es handelt sich um eine Behandlung im Krankenhaus, die nicht 24 Stunden überschreitet. Dies betrifft spezifische Pathologien, insbesondere im Bereich der Psychiatrie oder der Geriatrie.
- » *ambulante Behandlung*: Es handelt sich um eine einmalige Behandlung im Krankenhaus, bei der keine Übernachtung vorgesehen ist.

Wie bereits erwähnt, bilden die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Quasi-Monopol für die ambulanten Behandlungen, weshalb sich die ambulante Versorgung in Krankenhäusern spät entwickelt hat. Es gibt jedoch zwei bedeutende historische Ausnahmen:

- » Die Universitätskliniken sind aufgrund ihrer spezifischen Forschungs- und Lehraufgaben dazu berechtigt, ambulante Behandlungen anzubieten²²;
- » Krankenhausärztinnen und -ärzte dürfen Privatpatientinnen und -patienten im Krankenhaus ambulant behandeln²³.

Auch wenn sie heute immer noch sehr bedeutend ist, wurde die Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich in den vergangenen zwanzig Jahren etwas durchlässiger. Krankenhäuser dürfen heute ambulante Behandlungen anbieten, allerdings bleibt deren Tätigkeit in diesem Bereich weiterhin stark eingegrenzt.

- » Seit dem Jahr 1993 sind Krankenhäuser befugt, ambulante Operationen durchzuführen (Artikel 115 b SGB V²⁴). Der Katalog der Operationen, für welche eine ambulante Behandlung möglich oder vorgeschrieben ist, wird in regelmäßig stattfindenden Verhandlungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-Spitzenverband sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgelegt.
- » Seit dem Jahr 2004 können Krankenhäuser auf Antrag dazu ermächtigt werden, vertragsärztliche Leistungen zu erbringen, wenn eine entsprechende Unterversorgung in einem bestimmten Fachgebiet festgestellt wurde (Artikel 116 a SGB V). Die Ermächtigung gilt für eine Dauer von 2 Jahren.
- » Seit dem Jahr 2004 kann Krankenhäusern auf Antrag die Erlaubnis erteilt werden, ambulante Leistungen für bestimmte seltene, komplexe oder schwer therapierbare Krankheiten oder für Krankheiten, die hochspezialisierte Leistungen benötigen, zu erbringen (Artikel 116 b SGB V). Die jeweiligen Krankheiten werden im Sozialgesetzbuch (siehe untenstehende Tabelle) aufgeführt. Diese Liste wird alle zwei Jahre aktualisiert.

Im Artikel 116 b SGB V aufgelistete Krankheiten (Stand 11.12.2018)

Onkologische Erkrankungen	Tuberkulose	Marfan-Syndrom
Rheumatische Erkrankungen	Mukoviszidose	Pulmonale Hypertonie
HIV/AIDS*	Hämophilie	Kurzdarmsyndrom
Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen*	Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen	Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern
Multiple Sklerose*	Schwerwiegende immunologische Erkrankungen	Primär sklerosierende Cholangitis
Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)*	Biliäre Zirrhose	Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen
Komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie*	Morbus Wilson	Transsexualismus
Folgeschäden bei Frühgeborenen*	CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	Brachytherapie
Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 – 4)*		
*Bei Krankheiten mit diesem Symbol sind Krankenhäuser nur in komplexen Fällen zu ambulanten Leistungen berechtigt.		

22 Sozialgesetzbuch V, Artikel 117.

23 In der Praxis werden diese Behandlungsleistungen fast ausschließlich von Chefärztinnen und -ärzten erbracht.

24 Sozialgesetzbuch V, Artikel 115.



©Gorodenkoff – Shutterstock.com

Krankenhausärztinnen und -ärzte können individuell eine Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten erhalten (Artikel 116 SGB V). Es wird dann von ermächtigten Ärztinnen und Ärzten gesprochen. Die Berechtigung wird hauptsächlich Chefärztinnen und -ärzten erteilt und gilt nur für klar festgelegte Zeiten (d.h. außerhalb der Öffnungszeiten von Arztpraxen). Im Jahr 2012 verfügten fast 10.000 Ärztinnen und Ärzte über eine solche Ermächtigung (also im Durchschnitt weniger als 5 Ärztinnen und Ärzte pro Krankenhaus). Genauso können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unter bestimmten Bedingungen dazu befugt werden, Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern zu behandeln²⁵. Es wird dann von Belegärztinnen und -ärzten gesprochen. Im Jahr 2014 verfügten circa 5% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über eine solche Befugnis. Die belegärztliche Tätigkeit darf keinen Schwerpunkt der Gesamttätigkeiten der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes darstellen. Die Leistungen werden zwischen den Belegärztinnen und -ärzten und der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Wenn ein Honorarvertrag mit dem Krankenhaus abgeschlossen wurde, werden sie vom Krankenhaus vergütet. Die Krankenhausleistungen (wie die Bereitstellung von Materialien) werden bei den Krankenkassen oder den Patientinnen und Patienten getrennt abgerechnet.

Krankenhäuser können ambulante Leistungen auch im Rahmen der integrierten Versorgungsmodelle anbieten. Die im Jahr 1993 eingeführten integrierten Versorgungsmodelle wurden vor allem in Folge der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2004 ausgebaut. Es handelt sich dabei um eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher Art eines oder mehrerer Bereiche (z.B. ein Krankenhaus und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte). Diese Kooperationen sollen insbesondere die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen verbessern, deren Behandlung die Mitwirkung verschiedener Leistungserbringer erfordert. Sie stützen sich auf eine Vereinbarung zwischen Leistungserbringern und einer oder mehreren Krankenkassen. Die Teilnahme an einem integrierten Versorgungsmodell ermöglicht es dem Leistungserbringer, sich von der regulatorischen Abgrenzung zwischen den jeweiligen Sektoren zu lösen: Ein Krankenhaus, das eine Vereinbarung mit einer niedergelassenen Ärztin oder einem niedergelassenen Arzt geschlossen hat, ist z.B. befugt, ambulante Leistungen durchzuführen. Zurzeit zählt man in Deutschland mehr als 6000 Vereinbarungen für integrierte Versorgungsmodelle.

Wie im Punkt 3.1 angesprochen, können Krankenhäuser die Trägerschaft für ein Medizinisches Versorgungszentrum übernehmen.

25 Diese Regelung wird als „Belegarztsystem“ bezeichnet. In kleinen Krankenhäusern funktionieren z.T. Abteilungen ausschließlich auf dieser Basis. Diese werden dann „Belegabteilungen“ genannt. Die Belegärztin oder der Belegarzt wird nicht vom Krankenhaus vergütet, sondern rechnet direkt mit dem Versicherten gemäß der kassenärztlichen Tarifordnung ab. Die Leistungen des Krankenhauses (Bereitstellung der Ausrüstung usw.) werden den Krankenkassen oder den Patientinnen und Patienten separat in Rechnung gestellt.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

GESETZESTEXTE

- » Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten, 1976.
- » Gesetz über den Beruf der Logopädin und des Logopäden, 1980.
- » Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie, 1994.
- » Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung/ Bedarfsplanungsrichtlinie, 2012.
- » Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung, 1988.
- » Versorgungsstärkungsgesetz der gesetzlichen Versicherung, 2015.

BERICHTE UND STUDIEN

- » Kassenärztliche Bundesvereinigung: Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, 2014.
- » Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Die ambulante medizinische Versorgung, 2018.
- » Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz: Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz, 2016.
- » Finkenstädt, Verena 2015: Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, Studie des wissenschaftlichen Instituts der privaten Krankenversicherung.
- » Simon, Michael 2013: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Verlag Hans Huber, Bern.

INTERNETQUELLEN

- » Offizielle Seite der Agentur deutscher Arztnetze: <http://deutsche-aerztnetze.de/>
- » Offizielle Seite der Bundeszentrale für politische Bildung: <https://www.bpb.de/>
- » Offizielle Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: <https://www.kbv.de/html/>
- » Offizielle Seite des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung: <https://www.mdk.de/>
- » Offizielle Seite des Verbands der Ersatzkassen: <https://www.vdek.com/>



Die ambulante ärztliche Versorgung in Frankreich

Konzeption und inhaltliche Koordinierung:

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN).
- Astrid Dacquin (TRISAN).

Redaktion:

- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN).

Fachlektorat:

- Hugo Faure-Geors (ARS Grand-Est),
- Jean-Marie Letzelter (Vorsitzender des conseil de l'ordre des médecins du Bas-Rhin),
- Katia Moos (ARS Grand-Est),
- Valérie Pichault-Klein (ARS Grand-Est),
- Claire Tricot (ARS Grand-Est).

Gestaltung:

- Print Europe – Delphine Boch.

Übersetzung:

- Michael Lörch.

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die ARS Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement von Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und die Schweizerische Eidgenossenschaft.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 38

Die ambulante ärztliche Versorgung in Frankreich	27
1. Versorgung durch niedergelassene Ärzte/innen	31
1.1 Niederlassungsbedingungen	31
1.2 Die Schlüsselrolle der Allgemeinärzte/innen	32
1.3 Die ärztliche Berufsausübung in Praxen	33
1.4 Tarifgestaltung der Untersuchungen, Modalitäten der Rechnungsstellung und Modalitäten der Kostenübernahme	35
1.5 Soziodemographische Entwicklungen	37
2. Ambulante Krankenhausbehandlungen	38
2.1 Die ambulante Chirurgie	38
2.2 Tagesklinik	38
3. Bibliographie	39

Einleitung

Der Begriff „ambulante ärztliche Versorgung“ verweist auf zwei unterschiedliche Versorgungsarten: zum einen auf die Versorgung durch niedergelassene Gesundheitsfachkräfte und zum anderen auf ambulante Krankenhausbehandlungen.

- Die sogenannte „*médecine de ville*“ (wörtlich: die niedergelassene Medizin, Teil 1) bezieht sich auf Behandlungsleistungen, die in Praxen oder Gemeinschaftsstrukturen (Gesundheitshäusern, Praxisnetzwerken, Gesundheitszentren usw.) durchgeführt werden. Der Bereich betrifft sowohl medizinische Berufe (Ärzte/innen, Zahnärzte/innen, Apotheker/innen und Hebammen/Geburtshelfer), als auch paramedizinische Berufe (Krankenpfleger/innen, Physiotherapeuten/innen, Fußpfleger/innen usw.), die meist selbstständig tätig sind. Dieses Themenheft legt den Fokus auf die ärztliche Berufsausübung, weshalb im Folgenden der französische Begriff „*médecine de ville*“ mit „die Versorgung durch niedergelassene Ärzte/innen“ übersetzt wird.
- Die ambulanten Krankenhausbehandlungen (Teil 2) bezeichnen eine Behandlung im Krankenhaus, bei der keine Übernachtung vorgesehen ist.

1. VERSORGUNG DURCH NIEDERGELASSENE ÄRZTE/INNEN

1.1 Niederlassungsbedingungen

Die Tätigkeit als niedergelassener Arzt beziehungsweise niedergelassene Ärztin ist größtenteils durch eine mehrjährige Vereinbarung zwischen der Krankenversicherung und den Vertretungen der Ärzteschaft geregelt. Diese Vereinbarung, die als *Convention médicale* bezeichnet wird, soll insbesondere die Tarife festlegen, die als Grundlage für die Rückerstattungen der Behandlungskosten durch die Krankenversicherung dienen. Die aktuell gültige Vereinbarung bezieht sich auf den Zeitraum 2016-2020. Bei ihrer Niederlassung müssen Ärzte/innen einen Tätigkeitssektor wählen (Sektor 1, 2 oder 3), der die Tarife festlegt, die sie anschließend anwenden können. Die Sektoren 1 und 2 sind in der *Convention médicale* vorgesehen (man spricht von den „Vertragssektoren“ bzw. *Secteurs conventionnés*). Bei der Wahl des Sektor 3 ist der Arzt beziehungsweise die Ärztin nicht an die Vereinbarung gebunden.

- » **Sektor 1:** Ärzte/innen, die sich im Sektor 1 niederlassen, verpflichten sich, die in der *Convention Médicale* festgelegten Tarife anzuwenden. Die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Ärzte/innen gehört dem Sektor 1 an.
- » **Sektor 2** (auch *Secteur conventionné à honoraires libres* - Vertragssektor mit freien Honoraren): Die angewendeten Tarife werden durch den Arzt oder die Ärztin frei festgelegt, diese müssen jedoch in den Augen der Krankenversicherung angemessen sein. Der Sektor 2 wurde in den 1980er Jahren eingeführt.

Seit 1990 können Ärzte/innen, die sich zum Zeitpunkt ihrer Niederlassung für den Sektor 1 entschieden haben, nicht mehr in den Sektor 2 wechseln. Pro Jahr erhalten nur 1000 Ärzte/innen die Erlaubnis im Sektor 2 tätig zu werden¹. Die Ärzte/innen des Sektor 2 können mit der Krankenversicherung einen Vertrag abschließen, den sogenannten *Contrat OPTAM* (*Option pratique tarifaire maîtrisée* - Option Eingeschränkte Tarifierungspraktiken), durch den sie sich verpflichten, Honorarüberschreitungen einzuschränken und dafür eine Tätigkeitsprämie erhalten. Für Chirurgen/innen oder Fachärzte/innen der Gynäkologie/Geburtshilfe wurde ein spezieller Vertrag eingeführt, der *Contrat OPTAM-CO*. Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Patienten/innen bis zu der Höhe, wie sie im Sektor 1 angefallen wären.

- » **Sektor 3** (auch *Secteur non conventionné* - Nicht-Vertragssektor): Ärzte/innen, die sich im Sektor 3 niederlassen, können ihre Tarife frei festlegen. Die Krankenversicherung erstattet die Kosten nur bis zu einer Höhe von 0,61 € bei allgemeinmedizinischen Untersuchungen und 1,22 € bei fachärztlichen Untersuchungen.

Unabhängig vom gewählten Sektor können sich selbständige Ärzte/innen frei niederlassen, also an jedem gewünschten Ort auf französischem Gebiet (außer in bestimmten Fällen). Dies ist ein großer Unterschied zu Deutschland, wo Ärzte/innen, die in der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden wollen, eine Zulassung beantragen müssen und diese nicht erhalten, sollte der gewünschte Niederlassungsbereich bereits ausreichend versorgt sein (siehe das Kapitel „Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland“).

¹ Armbruster, Susanne: Versorgungsnetzwerke im französischen und deutschen Gesundheitswesen. Eine vergleichende Studie unter Berücksichtigung rechts- und gesundheitswissenschaftlicher Aspekte, 2004.

Ärzte/innen, die sich niederlassen möchten, sind nur verpflichtet, sich in das Register der Ärztekammer einzutragen. Sie müssen sich außerdem bei der Krankenversicherung anmelden, wenn sie sich in Sektor 1 oder 2 niederlassen wollen.

Die Anmeldung in das Register des *Ordre des médecins* (Ärztekammer)

In Frankreich ist der *Ordre des médecins* in je eine nationale, regionale und departementale Ebene aufgliedert.

Alle Ärzte/innen, die in Frankreich tätig werden möchten, sind dazu verpflichtet, diesem beizutreten und Beiträge an den *Ordre des médecins des Départements* zu entrichten, in dem sie sich niederlassen. Der Departementrat der Ärztekammer prüft die Qualifikationen und trägt die Ärzte/innen in das Register ein. Nach der Einschreibung erhält der Arzt beziehungsweise die Ärztin eine Einschreibebestätigung und einen Berufsausweis.

Es gibt verschiedene für die Niederlassung vorgesehene Hilfeleistungen. Jede regionale Gesundheitsagentur (*Agence régionale de santé, ARS*) verfügt über einen Niederlassungsreferenten beziehungsweise eine Niederlassungsreferentin, der oder die Informationsanfragen bezüglich Fortbildungen, Niederlassung und Berufsausübung beantwortet. Außerdem stellt das Begleitportal für Gesundheitsfachkräfte (*Portail d'accompagnement aux professionnels de santé - PAPS*) Informationen bezüglich der Hilfeleistungen oder Dienstleistungen bereit, die von den Partnern der regionalen Gesundheitsagentur, wie der Krankenversicherung, den departementalen Berufsverbänden oder auch dem Rat der Region und des *Départements* angeboten werden.

Die in Frankreich geltende Niederlassungsfreiheit kann zu Ungleichheiten bei der Verteilung der Ärzte/innen auf dem Staatsgebiet führen. Auch wenn es keine einschränkenden Instrumente für die Regulierung des Angebots gibt, so setzen die regionalen Gesundheitsagenturen und die Krankenversicherung verschiedene Maßnahmen um, die Ärzte/innen zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten anregen sollen. Es handelt sich hierbei um finanzielle Anreize, aber auch um Ansätze wie die Förderung der Telemedizin, die Förderung von Gemeinschaftsstrukturen oder die Weiterentwicklung der territorialen Berufsgemeinschaften.

Beispiele für finanzielle Anreize, die die Niederlassung junger Ärzte/innen in unterversorgten Gebieten fördern sollen

» Durch die regionale Gesundheitsagentur finanzierte Maßnahmen

- **Contrat d'engagement de service public (CESP):** Förderung für Studenten/innen (1200€/Monat), die sich dazu bereit erklären, sich für eine bestimmte Zeit in einem unterversorgten Gebiet niederzulassen.
- **Contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR):** Zusätzliche Belohnung (5000 €/Jahr) und Vorteile bei der Sozialversicherung² für Ärzte/innen, die Vertretungen in unterversorgten Gebieten übernehmen.
- **Contrat de praticien territorial en médecine générale (PTMG):** Garantiertes monatliches Gehalt (6900 € Brutto/Monat) und Vorteile bei der Sozialversicherung für Allgemeinärzte/innen, die sich gerade in einem unterversorgten Gebiet niederlassen oder die sich vor kurzem in einem unterversorgten Gebiet niedergelassen haben.

» Durch die Krankenversicherung finanzierte Maßnahmen

- **Contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM):** Förderung für Investitionen bei einer Niederlassung in einem unterversorgten Gebiet (z.B. 50 000 €, wenn der Arzt oder die Ärztin mindestens vier Tage pro Woche praktiziert). Dieser Vertrag ist an bestimmte Bedingungen, wie beispielsweise die Berufsausübung in einer Gruppenpraxis oder die Teilnahme am Bereitschaftsdienst, gebunden.
- **Contrat de transition (COTRAM):** Tarifierhöhung von 10% (bis 20 000 € / Jahr) für Ärzte/innen über 60 Jahre, die sich dazu bereit erklären, einen Arzt oder eine Ärztin unter 50 Jahren bei der Übernahme der Praxis zu begleiten.

1.2 Die Schlüsselrolle der Allgemeinärzte/innen

In der medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzte/innen steht in Frankreich den Allgemeinmedizinern/innen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle zu. 2004 wurde der sogenannte „koordinierte Behandlungsweg“ (*parcours de soins coordonné*) eingeführt. Demnach ist jede versicherte Person über 16 Jahre verpflichtet, bei ihrer Krankenkasse einen Hausarzt oder eine Hausärztin anzugeben. Letzterer oder Letztere fungiert als „Gatekeeper“ und überweist ggf. den Patienten oder die Patientin an einen anderen Arzt oder eine andere

² Beispiel: Es wird garantiert im Falle eines Mutterschafts- beziehungsweise Vaterschaftsurlaubs oder bei Krankheit eine Pauschale überwiesen.

Ärztin (Facharzt oder Fachärztin, Klinikarzt oder Klinikärztin etc.). Er oder sie koordiniert die Gesamtbehandlung des Patienten oder der Patientin und verfügt über alle Informationen bzgl. seiner oder ihrer Krankengeschichte (Verwaltung der Krankenakte).

Patienten/innen dürfen den Hausarzt oder die Hausärztin frei wählen. Hierbei handelt es sich zumeist um einen Allgemeinmediziner oder eine Allgemeinmedizinerin. Auch Fachärzte/innen können ausgewählt werden; jedoch kommt dies seltener vor. Die Wahl des behandelnden Hausarztes oder der behandelnden Hausärztin unterliegt keinen geografischen Kriterien und kann jederzeit geändert werden.

Wenn sich Patienten/innen nicht an den „koordinierten Behandlungsweg“ halten (d.h. wenn sie z.B. einen Facharzt oder eine Fachärztin ohne Überweisung durch den Hausarzt oder die Hausärztin aufsuchen), wird der Erstattungssatz der Sozialversicherung um 40% gesenkt. Dadurch entsteht ein bedeutender finanzieller Anreiz, den koordinierten Behandlungsweg zu respektieren.

Einige Fachbereiche (Psychiatrie, Gynäkologie, Augenmedizin und Kindermedizin) sind von dieser Regelung ausgenommen und können ohne Überweisung direkt konsultiert werden. Der Erstattungsanteil wird hier nicht gesenkt.

Um die Bedeutung der Allgemeinärzte/innen im französischen System zu verdeutlichen, sei darauf hingewiesen, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst (*Permanence des*

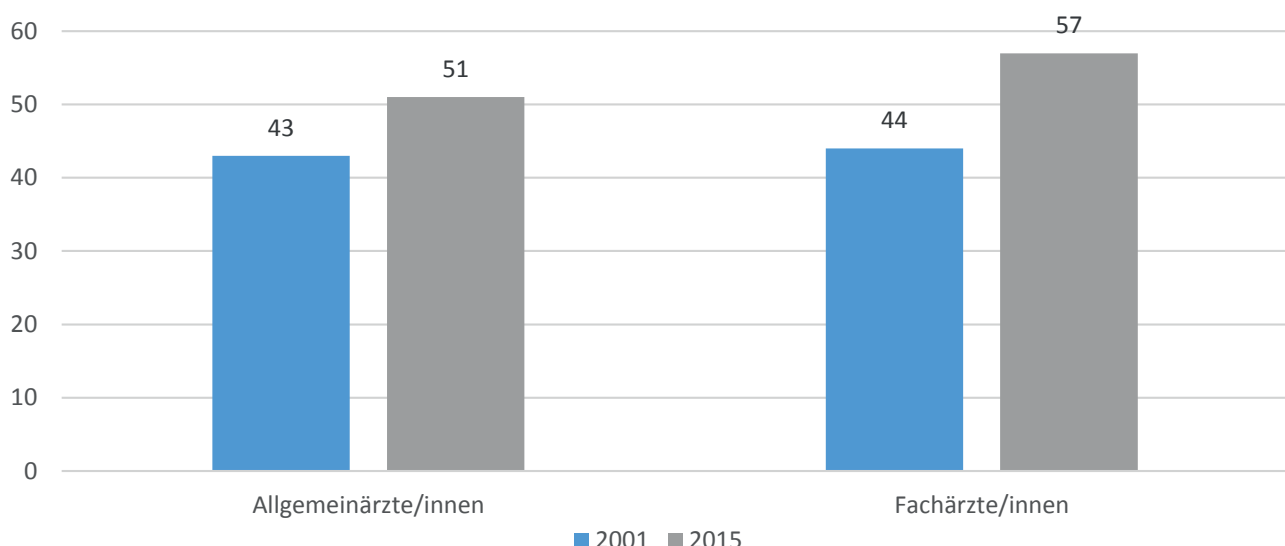
soins en médecine ambulatoire – PDSA) ausschließlich durch Allgemeinärzte/innen und auf freiwilliger Basis geleistet wird. Im Gegensatz zu Deutschland sind Fachärzte/innen nicht am ärztlichen Bereitschaftsdienst beteiligt. Weitere detailliertere Informationen über die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Frankreich finden Sie in dem TRISAN-Themenheft „Die medizinische Notfallversorgung in Deutschland, Frankreich und der Schweiz“.

1.3 Die ärztliche Berufsausübung in Praxen

Im Jahr 2018 gab es in Frankreich 36 500 Arztpraxen³. Selbständige Ärzte/innen können sich entweder individuell niederlassen oder sich für eine Berufsausübungsgemeinschaft entscheiden. Während die individuelle Berufsausübung weiterhin überwiegt, entwickelt sich die gemeinsame Berufsausübung stetig weiter (siehe Grafik 1). Die Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft ermöglicht es, finanzielle Mittel zu vereinen und die Anschaffung teurer Geräte schneller abzuschreiben. Sie ermöglicht ebenfalls die Erleichterung der Arbeitsbedingungen und eine bessere Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben, insbesondere im Hinblick auf die zunehmende Feminisierung des Berufs⁴.

Die Berufsausübung in einer Berufsausübungsgemeinschaft wird vor allem von jungen Ärzten/innen bevorzugt. Zwei Drittel der berufstätigen Ärzte/innen unter 45 Jahren sind in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig.

Grafik 1: Anteil der in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätigen niedergelassenen Ärzte/innen in den Jahren 2001 und 2015



Grafik auf Grundlage der Zahlen der *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques: Portrait des professionnels de santé, L'exercice ambulatoire des professionnels de santé*, Ausgabe 2016.

³ Direction Générale de l'Offre de Soins: *Les chiffres clés de l'offre des soins*, Ausgabe 2018.

⁴ DREES: *Portrait des professionnels de santé, L'exercice ambulatoire des professionnels de santé*, Ausgabe 2016.

Es gibt verschiedene Arten von Berufsausübungsgemeinschaften. Wir stellen hier die häufigsten Strukturen vor.

» Monodisziplinäre Gemeinschaftspraxen

In einer monodisziplinären Gemeinschaftspraxis sind Ärzte/innen derselben Fachrichtung gemeinsam tätig. Die Größe bleibt meist gering: im Großteil dieser Gemeinschaftspraxen sind nur zwei Ärzte/innen tätig.

Die gemeinsame Berufsausübung muss durch einen Vertrag formalisiert werden, in dem die Zusammenlegung oder Nicht-Zusammenlegung von Patienten/innen und Honoraren sowie die Organisation der gemeinsamen Tätigkeiten hinsichtlich der Nutzung der Räumlichkeiten, Sprechzeiten, Vertretungen oder auch der Aufteilung der Ausgaben geregelt ist.

» Interdisziplinäres Ärztehaus (*Maison de santé pluriprofessionnelle* - MSP)

Bei den MSP handelt es sich um Einrichtungen mit Rechtspersönlichkeit, in denen mehrere Gesundheitsfachkräfte in gemeinsamen Räumlichkeiten tätig sind. Um öffentliche Mittel beantragen zu können, müssen in einem MSP mindestens zwei Allgemeinärzte/innen sowie mindestens eine paramedizinische Fachkraft (Krankenpfleger/innen, Physiotherapeuten/innen, Ernährungsberater/innen etc.) tätig sein. Im Gesetz werden MSP als Orte definiert, in denen eine Gruppe von Gesundheitsfachkräften ambulante Versorgungsleistungen durchführen und an Präventions- und Gesundheitserziehungsmaßnahmen sowie an sozialen Maßnahmen teilnehmen. MSP sind auf dem Gebiet der

Grundversorgung tätig. Für die Gründung eines MSP ist es unter bestimmten Bedingungen möglich, für Investitionskosten finanzielle Hilfeleistungen seitens der regionalen Gesundheitsagentur (*ARS*) oder des *Conseil Régional* zu erhalten. Durchschnittlich sind in einem MSP fünf Ärzte/innen und etwa zehn weitere Gesundheitsfachkräfte tätig. Diese Form hat sich rasch verbreitet: Im Jahr 2016 gab es in Frankreich 800 MSP (und 400 befanden sich im Aufbau) im Vergleich zu nur 174 im Jahr 2012. Die Mehrheit der MSP sind in unterversorgten Gebieten angesiedelt.

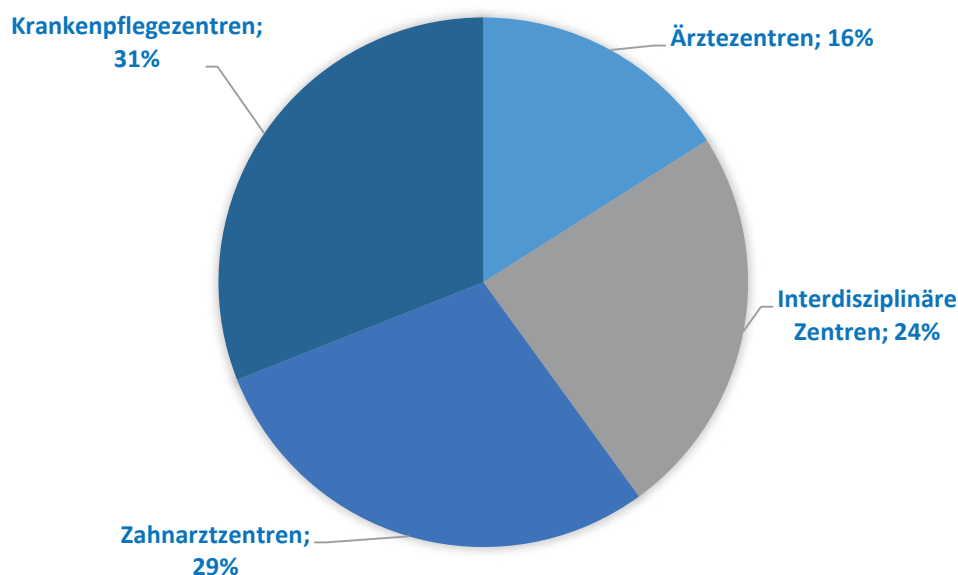
» Gesundheitszentren

Gesundheitszentren können entweder monodisziplinär (Ärztezentren, Krankenpflegezentren, Zahnarztzentren) oder interdisziplinär sein. Es handelt sich um Strukturen mit überwiegend angestelltem Personal⁵. Dies ist der große Unterschied zu den MSP und den Praxisnetzwerken. Die Mehrzahl der Gesundheitszentren sind in städtischen Gegenden angesiedelt (Grafik 2).

Neben der eigentlichen Berufsausübungsgemeinschaft wurden in den letzten Jahren verschiedene Instrumente eingeführt, um die Koordinierung zwischen Gesundheitsfachkräften, die Behandlungskontinuität sowie die Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse der Patienten/innen eines Gebiets zu fördern. Hierzu zählen insbesondere:

» die Grundversorgungsteams (*Équipes de soins primaires* - ESP), die aus Gesundheitsfachkräften der Grundversorgung bestehen und denen mindestens ein Allgemeinarzt beziehungsweise eine Allgemeinärztin angehören muss,

Grafik 2: Verteilung der Zentren nach Tätigkeit, 2014



Grafik nach Zahlen der *Direction générale de l'offre des soins*, *Les chiffres clés de l'offre des soins*, Ausgabe 2015.

5 DREES: *Portrait des professionnels de santé*, *L'exercice ambulatoire des professionnels de santé*, Ausgabe 2016.

» die Praxisnetzwerke (*Pôles de santé*) und die territorialen Berufsverbände (*Communautés professionnelles de territoire - CPTS*), die es ermöglichen, Fachkräfte und/oder Strukturen verschiedener Ebenen (Gesundheitsfachkräfte, Gesundheitshäuser, Gesundheitseinrichtungen, Gesundheitszentren, sozialmedizinische Dienste etc.) zusammenzubringen.

1.4 Tarifgestaltung der Untersuchungen, Modalitäten der Rechnungsstellung und Modalitäten der Kostenübernahme

Tarifgestaltung der Untersuchungen

Wie bereits erwähnt, hängt die Tarifgestaltung der Behandlungsleistungen bei niedergelassenen Ärzten/innen vom Sektor ab, in dem der Arzt beziehungsweise die Ärztin tätig ist (Sektor 1, 2 oder 3).

» Tarifgestaltung im Rahmen des Sektors 1

Die Krankenversicherung legt in Abstimmung mit Vertretern/innen der Gesundheitsfachkräfte im Rahmen der *Convention Médicale Pluriannuelle* (mehrjährige medizinische Vereinbarung) die Tarife für die Untersuchungen bei Ärzten/innen im Sektor 1 fest.

Die *Convention Médicale* teilt die Untersuchungen je nach klinischem Hintergrund und Komplexitätsgrad in vier Kategorien ein (Referenzuntersuchungen, koordinierte Untersuchungen, komplexe Untersuchungen und sehr komplexe Untersuchungen). Jeder Kategorie ist ein Tarif zugeordnet. Beispielsweise sind Referenzuntersuchungen auf 23 € festgelegt. Im Gegensatz zu Deutschland erfolgt die Vergütung der Untersuchung pauschal. Dies bedeutet, dass keine detaillierte Rechnung für alle durch den Arzt beziehungsweise die Ärztin während der Untersuchung durchgeführten Maßnahmen ausgestellt wird. Die *Convention Médicale* sieht ebenfalls spezifischere und/oder zusätzliche Vergütungsarten für bestimmte Tätigkeiten, wie etwa die Betreuung chronischer Erkrankungen oder Präventionsmaßnahmen, vor.

Die im Sektor 1 tätigen Ärzte/innen sind verpflichtet, die in der *Convention Médicale* festgelegten Tarife anzuwenden. Sie dürfen jedoch in bestimmten Sonderfällen Honorarüberschreitungen anwenden, etwa für Hausbesuche außerhalb der üblichen Sprechzeiten.

» Tarifgestaltung im Rahmen des Sektors 2

Im Gegensatz zum Sektor 1 können Ärzte/innen des Sektors 2 Tarife anwenden, welche die in der Vereinbarung festgelegten Tarife überschreiten. Sie können die Honorare auf Grundlage von vier Kriterien frei festlegen⁶:

- finanzielle Möglichkeiten des Patienten oder der Patientin;
- aufgewendete Zeit und Komplexität der Maßnahme;
- Ansehen des Arztes beziehungsweise der Ärztin;
- eventuelle Forderungen des Patienten oder der Patientin.

Wie bereits in Punkt 1.1 erwähnt, können im Sektor 2 tätige Ärzte/innen mit der Krankenversicherung einen sogenannten *OPTAM*-Vertrag abschließen, durch den sie sich verpflichten, die Honorarüberschreitungen zu begrenzen. Für Chirurgen/innen oder Fachärzte/innen der Gynäkologie/Geburtshilfe wurde ein spezieller Vertrag eingeführt, der *Contrat OPTAM-CO*.

» Tarifgestaltung im Rahmen des Sektors 3

Im Sektor 3 tätige Ärzte/innen sind nicht an die *Convention Médicale* gebunden. Sie können ihre Honorare frei festlegen.

Ärzte/innen, die Honorarüberschreitungen anwenden (Sektor 2 und 3) sind dazu verpflichtet, ihre Patienten/innen darüber in Kenntnis zu setzen. Sie müssen die angewendeten Tarife oder Honorarspannen sowie die Tarife der Rückerstattungen durch die Krankenversicherung im Wartezimmer aushängen. Sie sind ebenfalls verpflichtet, den Patienten/innen auf Anfrage die angewendeten Honorare zu erklären.

Vergütung der Ärzte/innen

Bei Arztbesuchen gilt das Kostenerstattungsprinzip: Der Patient oder die Patientin tritt in Vorleistung und bekommt die Kosten von der Krankenversicherung und gegebenenfalls von seiner Zusatzversicherung zurückerstattet. In der Regel erfolgt die Erstattung automatisch: Dank der Krankenversicherungskarte (*carte vital*) werden die Daten automatisch an die Krankenversicherung und ggf. die Zusatzversicherung übermittelt, die innerhalb von 5 Tagen die Kostenerstattung vornehmen.

Einige Patientengruppen (z.B. einkommensschwache Personen; Personen, deren Erkrankung bzw. Verletzung beruflich bedingt ist) haben das Recht auf den sogenannten *tiers-payant*, das heißt, dass sie nicht in Vorkasse treten müssen. Es kann auch vorkommen, dass der Arzt oder die Ärztin seinem oder ihrem Patienten beziehungsweise seiner oder ihrer Patientin ein *tiers-payant* anbietet. Wird vom *tiers-payant* Gebrauch gemacht, so wird der Arzt oder die Ärztin direkt von der Krankenversicherung für seine/ihre Leistungen bezahlt.

⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins [Nationalversammlung der Ärztekammer]: Vergütungen, in: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-53-tact-et-mesure-277>.

Modalitäten der Kostenübernahme

Die Übernahme der durch den Patienten oder die Patientin gezahlten Kosten hängt von mehreren Faktoren ab, insbesondere aber vom Sektor, in dem der Arzt beziehungsweise die Ärztin tätig ist.

» Untersuchung bei einem Arzt/einer Ärztin des Sektors 1

Im Rahmen des Sektors 1 beträgt der durch die Krankenversicherung angewendete Rückerstattungssatz für eine Untersuchung (Allgemeinmedizin oder Fachmedizin) in der Regel 70% des in der *Convention Médicale* festgelegten Tarifs. Es gibt jedoch Ausnahmen, insbesondere im Gebiet *Alsace-Moselle* (Elsass-Mosel, siehe Kasten):

Ausnahmen vom Erstattungssatz von 70 %

- » Für Personen, die dem *Régime Local Alsace-Moselle* angehören, liegt der Erstattungssatz bei 90 %.
- » Der Erstattungsanteil ist auch bei manchen Patientengruppen höher, so zum Beispiel bei Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen, Empfängern/innen von Invalidenrenten, Schwangeren oder Patienten/innen, deren Verletzung bzw. Erkrankung beruflich bedingt ist.
- » Der Erstattungsanteil kann aber auch geringer ausfallen, wenn sich der Patient oder die Patientin nicht an den koordinierten Behandlungsweg hält und zum Beispiel einen Facharzt oder eine Fachärztin ohne Überweisung durch den Hausarzt oder die Hausärztin aufsucht.

Die Mehrheit der in Frankreich versicherten Personen verfügt über eine Zusatzversicherung, die den nicht von der Krankenversicherung übernommenen Anteil zurückerstattet (das sogenannte *Ticket Modérateur*). Auf jeden Fall sind Patienten/innen verpflichtet, eine pauschale Selbstbeteiligung von 1 € pro Untersuchung (im Rahmen von maximal 50 € pro Jahr) selbst zu tragen. Zusätzliche Kosten, die mit dem Nicht-Einhalten des Behandlungsweges einhergehen, werden nicht von den Zusatzversicherungen übernommen.

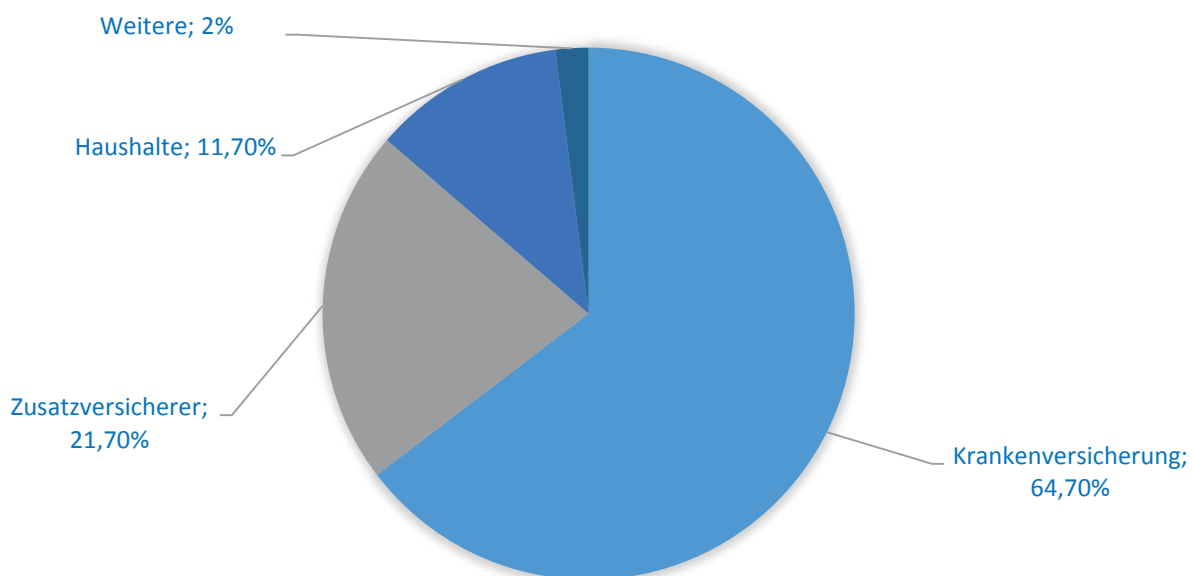
» Untersuchung bei einem Arzt/einer Ärztin des Sektors 2

Im Rahmen des Sektors 2 gelten die gleichen Regeln wie im Sektor 1. Da der Erstattungssatz der Krankenversicherung auf Grundlage des Vertragstarifs berechnet wird und der Arzt oder die Ärztin einen höheren Tarif anwendet, ist das *Ticket Modérateur* (der nach der Rückerstattung durch die Krankenversicherung verbleibende Anteil) höher. Die Honorarüberschreitungen werden, je nach ausgewähltem Versicherungsvertrag, eventuell von der Zusatzversicherung getragen (vollständig oder teilweise).

» Untersuchung bei einem Arzt/einer Ärztin des Sektors 3

Für Ärzte/innen des Sektor 3 (Nichtvertragsärzte/innen) übernimmt die Krankenversicherung nur 0,61 € bei einer allgemeinmedizinischen Untersuchung und 1,22 € bei einer fachmedizinischen Untersuchung. Die Zusatzversicherung kann, je nach Vertrag, den Rest zurückerstatten (Grafik 3).

Grafik 3: Die Übernahme der Gesundheitsausgaben im Sektor der niedergelassenen Ärzte/innen, 2015



Grafik nach den Zahlen des *Portail de Statistiques*, 2017.



©Minerva Studio – Shutterstock.com

1.5 Soziodemographische Entwicklungen

Die von der *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)* durchgeführten Prognosen zeigen die Entwicklung drei großer Trends bis zum Jahr 2040: die Feminisierung des Berufs, die Verjüngung des Berufs und ein zunehmender Anteil an Ärzten/innen mit ausländischem Abschluss. Die Zahlen beziehen sich auf die gesamte Gruppe der Ärzte/innen aller Sektoren und nicht ausschließlich auf die niedergelassenen Ärzte/innen.

» Feminisierung des Berufs: Der Beruf hat sich in den letzten zehn Jahren stark feminisiert. Laut den Zahlen der Ärztekammer betrug der Anteil der berufsausübenden Frauen im Jahr 2017 47 % im Vergleich zu 38 % im Jahr 2007. Diese Entwicklung wird sich voraussichtlich fortsetzen: Gemäß den Prognosen der DREES (zentrales Szenario) wird im Jahr 2034 der Anteil der Frauen 60 % überschreiten⁷. Die Feminisierung lässt sich teilweise durch die starke Zunahme der Anzahl der Berufsausübungsgemeinschaften erklären, die eine bessere Vereinbarung von Beruf und Privatleben ermöglichen.

» Verjüngung des Berufs: Das letzte Jahrzehnt war von einer Alterung der Ärzteschaft gekennzeichnet. Das Durchschnittsalter der Ärzte/innen in Frankreich betrug im Jahr 2017 51,2 Jahre. Der Anteil der Ärzte/innen unter 40 Jahre beträgt zurzeit nur 20 %, während der Anteil der Ärzte/innen über 60 Jahre bei 28 % liegt⁸. Der Trend dürfte sich in der Zukunft umkehren, insbesondere aufgrund des Eintretens der Generation der „Baby-Boomer“ ins Rentenalter. Der Anteil der Ärzte/innen über 55 Jahre dürfte daher von 45 % im Jahr 2015 auf 22 % im Jahr 2035 sinken. Bis zum Jahr 2035 dürfte das Durchschnittsalter der Ärzte/innen auf 45 Jahre sinken⁹.

» Zunehmender Anteil an Ärzten/innen mit ausländischem Abschluss: Seit dem Jahr 2007 nahm laut den Zahlen der DREES die Anzahl der Ärzte/innen mit einem im Ausland erworbenen Abschluss durchschnittlich pro Jahr um 1500 zu¹⁰. Den Statistiken der DREES lässt sich auch entnehmen, dass der Anteil der Ärzte/innen mit ausländischem Diplom unter Berufseinsteigern/innen von 6% im Jahr 2007 auf 10% im Jahr 2015 stieg. Seit dem Jahr 2007 handelt es sich bei 80% der neuen Ärzte/innen mit ausländischem

⁷ *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques: Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée.*

⁸ *Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre: Atlas démographique médicale en France (medizinischer Demografie-Atlas), 2017.*

⁹ *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques: Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée.*

¹⁰ S.o.

Diplom um Fachärzte/innen (außer Allgemeinmedizin). Die Ankunft von Ärzten/innen mit ausländischem Diplom ermöglicht eine Reduzierung des Ärzterückgangs.

2. AMBULANTE KRANKENHAUS-BEHANDLUNGEN

Im Krankenhaus durchgeführte Behandlungen können in drei große Kategorien eingeteilt werden:

- » die vollstationäre Versorgung mit einer oder mehreren Übernachtungen;
- » die teilstationäre Versorgung: Behandlungen in Krankenhäusern, für die keine Übernachtungen erforderlich sind. Man spricht auch von ambulanten Behandlungen im Krankenhaus;
- » externe Behandlungen, die durch einen niedergelassenen Arzt/eine niedergelassene Ärztin in den Räumlichkeiten eines Krankenhauses durchgeführt werden.

Die ambulanten Behandlungen im Krankenhaus entwickeln sich zurzeit stark weiter, was mit dem medizinischen Fortschritt und den Kosteneinsparungen im Vergleich zu einer vollstationären Behandlung zusammenhängt. Die angewendeten Strategien auf nationaler und regionaler Ebene legen die Entwicklung der ambulanten Versorgung als Priorität fest. Diese Dynamik wird auch als ambulante Wende (*Virage ambulatoire*) bezeichnet.

Die ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern können in zwei Kategorien eingeteilt werden: die ambulante Chirurgie und die Tagesklinik.

2.1 Die ambulante Chirurgie

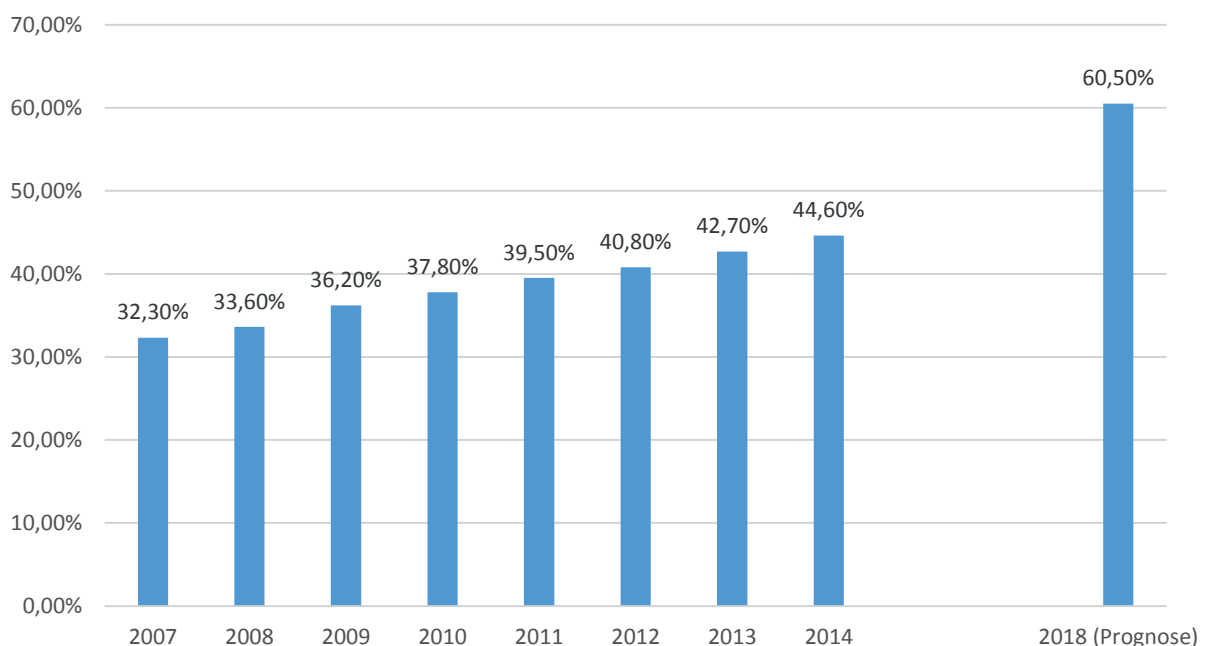
Bei der ambulanten Chirurgie handelt es sich um eine chirurgische Behandlung, die die Entlassung des Patienten beziehungsweise der Patientin noch am Tag der Aufnahme im Krankenhaus ermöglicht. Die Krankenhausbehandlung dauert weniger als 12 Stunden und umfasst keine Übernachtung. Wie die Grafik 4 zeigt, nimmt der Anteil der Aufenthalte in der ambulanten Chirurgie bei allen Tätigkeiten seit zehn Jahren stark zu. Er stieg von 32,3% im Jahr 2007 auf 44,6% im Jahr 2014. Ziel des Gesundheitsministeriums ist es, diesen Anteil auf 70% im Jahr 2022 zu erhöhen (Grafik 4).

2.2 Tagesklinik

Die Tagesklinik soll eine interdisziplinäre medizinische Versorgung gewährleisten, die auf einen Tag oder einen halben Tag konzentriert wird und keine vollstationäre Versorgung erfordert. Sie erfolgt im Rahmen einer externen Behandlung.

Die Mehrheit der Tageskliniken ist auf eines oder mehrere Fachgebiete, wie etwa die Psychiatrie oder die Geriatrie, spezialisiert. Es gibt auch Tageskliniken, die sich auf die Diagnose konzentrieren.

Grafik 4: Gesamtanteil der ambulanten Chirurgie



Grafik nach den Zahlen des *Institut national de la statistique et des études économiques* und der *Direction général de l'offre de soins*.

3. BIBLIOGRAPHIE

GESETZESTEXTE

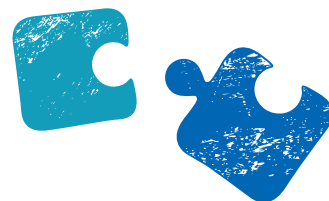
- » *Code de la santé publique*, 1953, Ausgabe 2019.
- » *Code de la déontologie médicale*, Ausgabe April 2017.

DOSSIERS UND STUDIEN

- » *Actualités et dossier en santé publique: Les médecins aujourd'hui en France, Dossier Nr. 32*, veröffentlicht im Jahr 2000.
- » Armbruster, Susanne: Versorgungsnetzwerke im französischen und deutschen Gesundheitswesen. Eine vergleichende Studie unter Berücksichtigung rechts- und gesundheitswissenschaftlicher Aspekte, 2004.
- » *Collectif Interassociatif sur la Santé: L'exercice libéral de la médecine à l'hôpital*. Merkblatt, 2015.
- » *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques: Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée*.
- » *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques: Portrait des professionnels de santé, L'exercice ambulatoire des professionnels de santé*, Ausgabe 2016.
- » *Direction générale de l'offre des soins: Les chiffres clés de l'offre des soins*, 2015.
- » *Direction générale de l'offre des soins: Recueil des fiches pratiques sur l'efficience hospitalière*.
- » *Fédération hospitalière de France: Le point sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017*, 2017.
- » *Inspection générale des affaires sociales, inspection générale des finances: Développement des prises en charge hospitalières ambulatoire de médecine*, 2016.
- » *Ordre national des médecins: Améliorer l'offre de soins: Initiatives réussies dans les territoires*, 2016.
- » *Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre: Atlas démographique médicale en France* (Medizinisch-demografischer Atlas), 2017.

INTERNETSEITEN

- » Offizielle Seite der Krankenversicherung: <https://www.ameli.fr/bas-rhin>
- » Offizielle Seite der französischen Regierung: <https://www.service-public.fr/>
- » Offizielle Seite der *Mutuelle générale* (Zusatzversicherer): <https://www.lamutuellegenerale.fr/>
- » Offizielle Seite der *Médecins généralistes France* (Vereinigung der Allgemeinärzte/innen): <https://www.mgfrance.org/>
- » Offizielle Seite des *Institut national de la statistique et des études économiques* (Staatliches Statistikinstitut) : <https://www.insee.fr/fr/accueil>
- » Offizielle Seite des *Conseil national de l'Ordre des médecins* (Nationalrat der Ärztekammer): <https://www.conseil-national.medecin.fr/>
- » Offizielle Seite des *Ministère des Solidarités et de la Santé* (Gesundheits- und Sozialministerium): <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- » Offizielle Seite des *Portail de Statistiques*: <https://fr.statista.com/>





Die ambulante ärztliche Versorgung in der Schweiz

Konzeption und inhaltliche Koordinierung:

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN)
- Astrid Dacquin (TRISAN).

Redaktion:

- Lydia Kassa (TRISAN).

Fachlektorat:

- Peter Indra, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt,
- Stephan Kaufmann, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt,
- Mathias Rechsteiner, Kantonsspital Winterthur,
- Susanne Rodewald, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt.

Gestaltung:

- Print Europe – Delphine Boch.

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die ARS Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement von Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und die Schweizerische Eidgenossenschaft.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 38

Die ambulante ärztliche Versorgung in der Schweiz	41
1. Die ambulante Versorgung in Arztpraxen	45
1.1 Der organisatorische Rahmen	45
1.1.1 Die Berufsausübungsbewilligung	45
1.1.2 Niederlassungsfreiheit und kantonale Zulassungsbewilligung	45
1.1.3 Die Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH)	46
1.1.4 Die Krankenversicherer	47
1.1.5 Verteilung der Regulierungszuständigkeiten in der ambulanten Versorgung	47
1.1.6 Behandlungswege	48
1.1.7 Ärztedichte	48
1.2 Die ärztliche Berufsausübung	49
1.2.1 Grundversorgung und Spezialversorgung	49
1.2.2 Die Einbeziehung Nicht-ärztlicher Mitarbeiter/Innen	50
1.2.3 Stellvertretung, Praxisassistentz und Anstellung	51
1.2.4 Organisationsformen im ambulanten Bereich	51
1.2.5 Ärztedemografie	53
1.2.6 Bezahlung der Leistungserbringer	53
2. Die ambulante Spitalversorgung	54
2.1 Definition von spitalambulanten Leistungen	54
2.2 Die Abrechnung spitalambulanter Leistungen	54
3. Kosten und Finanzierung der ambulanten Versorgung	55
4. Weiterführende Literatur	57

Die ambulante ärztliche Versorgung umfasst in der Schweiz:

- Dienstleistungen, die von freipraktizierenden Ärzten/innen in Arztpraxen erbracht werden,
- spitalambulante Leistungen, also ambulante Behandlungen innerhalb eines Spitales, die nicht als Hospitalisierungen gelten und nur tagsüber stattfinden.

Die ambulante Versorgung im Allgemeinen bezieht sich auf alle Medizinalberufe, die ihren Beruf selbständig ausüben. Laut dem Medizinalberufegesetz (MedBG¹) handelt es sich hierbei um Ärzte/innen, Zahnärzte/innen, Apotheker/innen, Chiropraktiker/innen. Aber auch selbständige Fachpersonen, Organisationen und Betriebe, die einer Bewilligungspflicht unterliegen, fallen in den ambulanten Sektor². Dies betrifft beispielsweise Ergotherapeuten/innen oder Physiotherapeuten/innen. Dieses Themenheft wird sich aber auf die Berufsgruppe der Ärzte/innen konzentrieren.

Die ambulante Versorgung in Arztpraxen wird seit der Verordnung über die Einschränkung von Leistungserbringern zu Tätigkeiten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 2002 – dem sogenannten Zulassungsstopp – stark beeinflusst. Die Kantone sind für die Umsetzung dieses Zulassungsstopps verantwortlich, der zwar seit 2013 eine flexiblere Form angenommen hat, doch stets eine Einschränkung der Anzahl von Leistungserbringern innerhalb der Krankenversicherung je nach Kanton vorsieht. Die Zulassungssteuerung ist aktuell bis 2021 verlängert worden und soll dann mit einer härteren und griffigeren schweizweiten definitiven Lösung ersetzt werden.

Die Zuständigkeit und Umsetzungsfreiheit der Kantone erklären die deutlichen Variationen zwischen den Kantonen in der ambulanten Versorgung. Es wird schweizweit bei 26 Kantonen und Halbkantonen von 26 verschiedenen Gesundheitssystemen gesprochen, die sich in Struktur und Angebot unterscheiden. In diesem Themenheft wird die gesamtschweizerische Perspektive betrachtet, doch es wird ebenfalls auf die Unterschiede zwischen den Kantonen, insbesondere bei der Ärztedichte, eingegangen.



1 MedBG; SR 811.11; <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20040265/index.html>.

2 Departement für Gesundheit und Soziales Aargau: Strukturbericht Gesundheit, 2016.

1. DIE AMBULANTE VERSORGUNG IN ARZTPRAXEN

1.1 Der organisatorische Rahmen

Die Regulierung des Gesundheitswesens und somit auch der ambulanten Versorgung, ist in der Schweiz zwischen Bund und Kantonen aufgeteilt. Der Bund ist für die Rahmengesetzgebung zuständig. Die Kompetenzen teilen sich der Bundesrat, das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und das Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF).

1.1.1 Die Berufsausübungsbewilligung

Die ambulante Versorgung in Arztpraxen wird in der Schweiz vor allem von selbständig tätigen beziehungsweise frei praktizierenden Ärzten/innen sichergestellt. Für die Ausübung dieses Berufs ist eine Berufsausübungsbewilligung³, oder auch Praxisbewilligung, nötig⁴. Die Bewilligungsvoraussetzungen werden auf Bundesebene im Medizinalberufegesetz⁵ festgehalten. Dazu gehören:

- » der Besitz eines entsprechenden eidgenössischen Diploms,
- » sowie die Vertrauenswürdigkeit und die physische und psychische Gewährleistung für eine einwandfreie Berufsausübung.

Die Umsetzung der Rahmengesetze im Gesundheitsbereich liegt allerdings in der Zuständigkeit der Kantone. Somit ist die kantonale Gesundheitsbehörde für die Zustellung der Berufsausübungsbewilligung verantwortlich und verfügt über eigene Verordnungen, die die Bewilligung des medizinischen Personals für ihr Gebiet regeln. Sie können beispielsweise entscheiden, ob angestellte Ärzte/innen ebenfalls eine Berufsausübungsbewilligung benötigen oder nicht.

Die selbständigen Ärzte/innen benötigen dementsprechend die Bewilligung des Kantons, auf dessen Gebiet der Beruf ausgeübt wird, um eine Praxis zu eröffnen oder zu übernehmen. Der Beruf darf höchstens 90 Tage lang in einem anderen Kanton ausgeübt werden, ohne eine Bewilligung dieses Kantons einzuholen. Medizinalberufe, die ihre Berufsqualifikation im Ausland erworben haben,

können ohne Bewilligung selbständig als Dienstleistungserbringerin oder Dienstleistungserbringer arbeiten. Allerdings besteht dann eine Meldepflicht.

Einige Kantone, wie z.B. Basel-Landschaft, Basel-Stadt oder Thurgau verfügen über Medizinische Dienste, die im jeweiligen Gesundheitsdepartement angesiedelt sind. Diese sind für die Erteilung der Berufsbewilligung zuständig⁶. Des Weiteren bestimmt jeder Kanton eine Aufsichtsbehörde, die für die Beaufsichtigung von Personen verantwortlich ist, die einen universitären Medizinalberuf selbständig ausüben⁷. Bei Verletzung der Berufspflichten kann die Behörde Disziplinar massnahmen ergreifen⁸.

1.1.2 Niederlassungsfreiheit und kantonale Zulassungsbewilligung

In der Schweiz gibt es kein formelles Zulassungsverfahren, um eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung auszuführen. Daher kann die Berufsausübungsbewilligung mit der Kassenzulassung gleichgesetzt werden. Im Jahr 2002 hat der Schweizer Bundesrat eine Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erlassen (Grafik 1).

Daher benötigen Ärzte/innen seit 2002 neben der Berufsausübungsbewilligung auch eine kantonale Zulassungsbewilligung. Grund für diesen Zulassungsstopp war die Angst vor einer Kostenexplosion und die Befürchtung eines starken Zuflusses an Ärzten/innen aus dem EU-Raum. Für die Umsetzung dieser Beschränkung waren die Kantone zuständig. Sie war ursprünglich auf drei Jahre befristet. In der Folge wurde sie für Grundversorger – Vertreter/innen der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin, der Allgemeinen Inneren Medizin sowie der Kinder- und Jugendmedizin, aber auch praktische Ärzte/innen sowie Gruppenpraxen – bis zum 31. Dezember 2009 und für Spezialärzte/innen bis zum Jahresende 2011 verlängert. Nach einem vorübergehenden Zeitraum ohne Zulassungsbeschränkung wurde, wie das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) betont, zum 1. Juli 2013 eine flexiblere Form der Zulassungssteuerung eingeführt. Ausgenommen von der Regelung sind demnach Ärzte/innen, die mindestens drei Jahre an einer

3 Artikel 34 und 36 Medizinalberufegesetz: Bewilligung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung.

4 FMH: Der Arzt als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber, 2013.

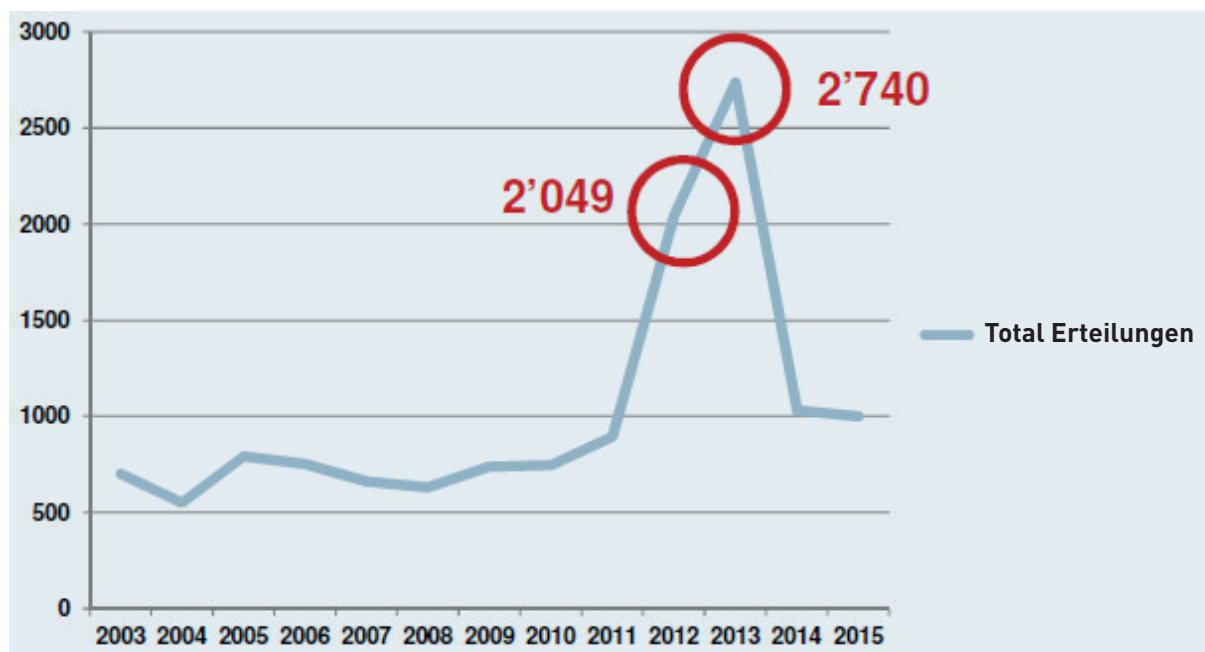
5 Medizinalberufegesetz, Artikel 36.

6 Verordnung über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen (Bewilligungsverordnung) des Kantons Basel-Stadt, Artikel 4: Medizinische Dienste.

7 Medizinalberufegesetz, Artikel 41: Kantonale Aufsichtsbehörde.

8 Medizinalberufegesetz, Artikel 43: Disziplinar massnahmen.

Grafik 1: Jährliche Ärztezulassungen



Quelle: Santésuisse: Status quo und Perspektive der ambulanten Versorgungsplanung Schweiz, Präsentation vom 09.07.2015.

anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Für ihre Umsetzung sind erneut die Kantone zuständig. Diese Übergangslösung sollte ursprünglich am 30. Juni 2019 enden. Sie wurde jedoch Anfang 2019 vom Parlament bis Mitte 2021 verlängert, um bis dahin eine definitive Lösung mit griffigeren Massnahmen zu finden.

Der Zulassungsstopp wird nicht in allen Kantonen gleich umgesetzt. Die Kantone müssen zwar die Zulassungsregulierung umsetzen, wenn die Höchstzahl an Ärzten/innen im entsprechenden Fachgebiet erreicht wurde. Die Höchstzahl wird in der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festgelegt. Allerdings können die Kantone vorsehen, dass die Höchstzahl für ein oder mehrere Fachgebiete nicht gilt. Ausserdem können sie frei darüber entscheiden, ob sie den Zulassungsstopp auf Ärzte/innen erweitern, die im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind⁹.

Ärzte/innen ohne Zulassung für eine eigene Praxis können ausserhalb des Bereichs der obligatorischen Krankenversicherung praktizieren oder als angestellte Ärzte/innen in einer Praxis tätig werden. Es besteht natürlich auch die Möglichkeit, in einem Spital zu arbeiten.

1.1.3 Die Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH)

Jeder Medizinal- und Gesundheitsberuf ist in einem Verband vertreten. Die kantonalen Verbände vereinigen sich zu einer schweizweiten Dachorganisation. Bei den Ärzten/innen handelt es sich um die Schweizerische Ärztekammer (Foederatio Medicorum Helveticorum, FMH).

Die FMH vertritt über 40 000 Mitglieder und repräsentiert 26 Ärzteorganisationen (eine pro Kanton). Der Fokus der FMH liegt auf der Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung und der Weiterentwicklung von Tarifstrukturen. Die FMH gilt als Ansprechpartnerin für medizinische Qualitätsthemen und Prävention auf nationaler Ebene und engagiert sich für die flächendeckende Implementierung von eHealth. Sie ist des Weiteren in der ärztlichen Versorgungsforschung tätig.

Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung ist ein eigenständiges Institut der FMH und für die Regelung und Durchführung der ärztlichen Weiterbildung zuständig. Das Institut erteilt im Rahmen der vom Bund akkreditieren Weiterbildungsprogramme die Facharzttitel.

⁹ SASIS AG, in: <https://www.sasis.ch/de/Entry/DocumentEintrag/DocumentFile?documentId=22508>.

1.1.4 Die Krankenversicherer

Zusätzlich zur Berufsausübungsbewilligung benötigen selbständige Ärzte/innen eine Zahlstellenregisternummer (ZSR). Diese erhalten sie von der SASIS AG, einer Tochtergesellschaft von santésuisse. santésuisse ist die führende Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer im Bereich der sozialen Krankenversicherung. Die Aufgaben von santésuisse bestehen im Wesentlichen in folgenden Punkten:

- » Information der Versicherten über das Gesundheitswesen und die Grundversicherung,
- » Information der Mitglieder über Entwicklungen und Entscheide in der schweizerischen Gesundheitspolitik,
- » Interessenvertretung gegenüber der Öffentlichkeit,
- » Branchen-Ausbildung für Lehrlinge.

Neben der SASIS AG gehören zur santésuisse-Gruppe auch ihre Tochtergesellschaft tarifsuisse ag (Zuständig für die Aushandlung von Tarifen im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung) sowie der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK, Zuständig für Dienstleistungen für die Behandlung und Betreuung von Patienten/innen mit speziellen Krankheiten).

1.1.5 Verteilung der Regulierungszuständigkeiten in der ambulanten Versorgung

Im Wesentlichen sind die Regulierungszuständigkeiten zwischen dem Bund und den Kantonen aufgeteilt. In der Tabelle 1 wird deutlich, welche Ebene beziehungsweise welche Institutionen für die jeweiligen Aufgaben zuständig sind¹⁰.

Tabelle 1: Aufgaben und Zuständigkeiten des Bunds und der Kantone in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Arztpraxen

Aufgaben	Zuständigkeit
• Medizinstudium in der Schweiz beginnen oder fortsetzen • Beurteilung von ausländischen Zwischenprüfungen	Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten Dekanate der medizinischen Fakultäten
• Anerkennung ausländischer Arzt diplome und Weiterbildungstitel nach EU-Richtlinie	Medizinalberufekommission (schweizweite ausserparlamentarische Kommission)
• Erwerb eines eidgenössischen Weiterbildungstitels oder eines Schwerpunktes • Anerkennung von im Ausland absolvierten Weiterbildungsperioden für den Erwerb eines Weiterbildungstitels	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
• Erwerb eines Fähigkeitsausweises	Fachgesellschaften
• Erwerb eines Fortbildungsdiploms für einen eidgenössischen Facharzt titel	Zuständige Ärzteorganisationen
• Re-Zertifizierung von Fähigkeitsausweisen	Fachgesellschaften
Erteilung der Berufsausübungsbewilligung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung • Bewilligung und Meldepflicht für Dienstleister • Erteilung von Auskünften für Ärzte/innen mit ausländischem Diplom, welche eine unselbständige Tätigkeit aufnehmen wollen • Erteilung der Zulassungsbewilligung für die Krankenkassentätigkeit • Praxisassistentz/Stellvertretung	Kantone
• Erteilung der Zahlstellenregisternummer	SASIS AG (santésuisse)

Tabelle nach den Angaben des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung: Wegleitung für Ärzte/innen in der Schweiz, 2017.

¹⁰ Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung: Wegleitung für Ärzte/innen in der Schweiz, 2017.

1.1.6 Behandlungswege

Grundsätzlich gilt in der Schweiz das Prinzip der freien Arztwahl. Allerdings können sich Patienten/innen dafür entscheiden, auf die freie Arztwahl zu verzichten und sich in alternativen Versicherungsmodellen versichern lassen, um im Gegenzug Prämienrabatte seitens der Krankenversicherer zu erhalten. Im Rahmen dieser Modelle sollen die Versorgungsqualität verbessert und die Gesundheitsausgaben gesenkt werden:

- » Hausarztmodell: Die Versicherten verpflichten sich hier, immer zuerst die Hausärztin oder den Hausarzt, die oder der als Gatekeeper fungiert, aufzusuchen. Der Gatekeeper ist für die medizinische Betreuung und gegebenenfalls die Überweisung zu einer Spezialistin oder einem Spezialisten zuständig. Kosteneinsparungen sollen mit diesem Modell erfolgen, indem die Patienten/innen nicht zuerst Spezialisten/innen aufsuchen, deren erbrachte Leistungen meist teurer sind. Die Patienten/innen erhalten eine Senkung der Prämie von 5 bis 15%.
- » Health Maintenance Organisations (HMO) - Modell: Eine Health Maintenance Organisation ist ein Versorgungsnetz, bestehend aus Allgemeinmedizinerinnen, Fachärztinnen/innen und Therapeuten/innen, welche in der Regel zusammen in einer Gemeinschaftspraxis praktizieren. Einer der Ärzte/innen fungiert als Gatekeeper, meistens die Allgemeinärztin oder der Allgemeinarzt.

Die HMO-Organisationen werden oft von Krankenversicherern betrieben und die Ärzte/innen arbeiten dann direkt als deren Angestellte. Sie erhalten für die medizinische Versorgung der über dieses Modell Versicherten eine monatliche Pauschale. Ausserdem wird ein jährliches Gesamtbudget festgelegt und eventuelle Überschüsse werden als Bonus an die Ärzte/innen ausgezahlt. Patienten/innen erhalten bei der Wahl dieses Modells eine Senkung ihrer Prämie von bis zu 25%.

- » Telmed-Modell: Vor dem Arztbesuch findet bei diesem Modell zunächst ein telefonisches, medizinisches Beratungsgespräch statt. Ein medizinischer Fachexperte gibt Patienten/innen Auskünfte und leitet sie an eine Ärztin oder einen Arzt, ein Spital oder eine Therapeutin/ einen Therapeuten weiter. In Notfällen entfällt diese Pflicht. Eine Senkung der Prämie von bis zu 15% ist möglich.

Ausserdem bestand bis zum 31.12.2017 eine indirekte Einschränkung der freien Arztwahl: da die Tarife zwischen den Kantonen variieren, übernahm die Krankenkasse die Kosten höchstens nach dem kantonalen Tarif des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person¹¹. Als Ausnahme galt eine Notfallbehandlung ausserhalb der Umgebung, sowie wenn die erforderlichen Leistungen am Wohn- oder Arbeitsort oder in der Umgebung nicht angeboten wurden¹². Wenn aber ohne Gründe eine ambulante Behandlung ausserhalb dieses Gebiets stattfand, musste die versicherte Person die Differenz selber übernehmen. Dieser finanzielle Anreiz, sich am Wohn- oder Arbeitsort oder in der Umgebung behandeln zu lassen, konnte als Einschränkung der freien Arztwahl betrachtet werden. Mit der Anpassung des Artikels 41 KVG ab dem 01.01.2018 ist diese Regelung nun aufgehoben und es herrscht im ambulanten Bereich die volle Freizügigkeit.

1.1.7 Ärztedichte

In der gesamten Schweiz betrug 2017 die Ärztedichte der ambulant tätigen Ärzte/innen 4,3 pro 1000 Einwohner/innen¹³. Damit liegt die Schweiz im internationalen Vergleich sehr weit oben. Die Ärztedichte variiert allerdings stark von einem Kanton zum anderen. Dies ist sowohl darauf zurückzuführen, dass kein formelles Zulassungsverfahren zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung existiert, als auch auf den Zulassungsstopp.

Während beispielsweise in Aargau 0,89 niedergelassene Grundversorger pro 1000 Einwohner/innen zur Verfügung stehen, gab es in Basel-Landschaft im Jahr 2014 1,3 Grundversorger pro 1000 Einwohner/innen. Auch bei den Spezialisten/innen weist Aargau mit 0,92 pro 1000 Einwohner/innen im Vergleich zu Basel-Stadt mit 1,3 einen eher niedrigen Wert auf. Auffällig im Kanton Aargau ist die Zunahme der Ärzte/innen ohne spezialisierte Weiterbildung. Die Anzahl ist von 2011 bis 2014 um 61% gestiegen. Dies ist auf den Zuzug ausländischer Fachkräfte zurückzuführen, deren Facharztstitel in der Schweiz nicht vollständig anerkannt wird. Im März 2017 entschied der Kanton, die Zulassung für ausländische Ärzte/innen zu beschränken.

Des Weiteren können auch innerhalb eines Kantons Unterschiede festgestellt werden: In Aargau weisen zum Beispiel die städtischen Gebiete überproportional viele Leistungserbringer im Verhältnis zur Bevölkerung auf, in ländlichen Gebieten liegt der Wert unter dem kantonalen Durchschnitt.

11 Der Umgebungsbegriff betraf nicht die Kantonsgrenze, sondern berücksichtigte die Anzahl der ambulanten Leistungserbringer im Fachgebiet.

12 KGV, Abschnitt 2: Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme.

13 FMH: Ärztestatistik, 2017.

1.2 Die ärztliche Berufsausübung

1.2.1 Grundversorgung und Spezialversorgung

2016 waren über 18 000 Ärzte/innen im ambulanten Sektor tätig. Diese Zahl hat sich in 30 Jahren verdoppelt¹⁴.

Tabelle 2: Übersicht der berufstätigen Ärzte/innen nach Sektoren, 2017

Sektor	Anzahl
Ambulanter Sektor	18 858
Stationärer Sektor (ohne ambulante Versorgung)	17 466
Anderer Sektor	576
Total	36 900

Tabelle nach den Zahlen der FMH, Ärztestatistik, 2017.

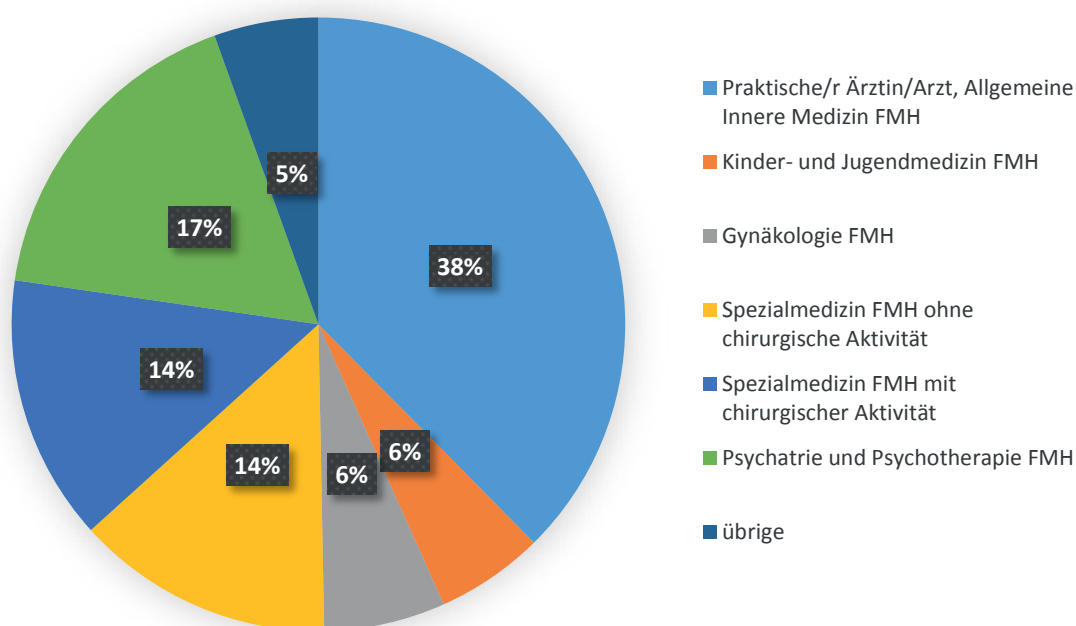
Insgesamt gibt es in der Schweiz 46 anerkannte Facharzt-titel. Die Grundversorgung wird vorwiegend von Fachärzten/innen für Allgemeine Medizin, Allgemeine Innere Medizin und von Kinderärzten/innen sichergestellt. Die Spezialversorgung betrifft alle weiteren Titel. Darüber hinaus können sich Fachärzte/innen auf 37 Schwerpunkte beziehungsweise Teilgebiete spezialisieren.

90% der ambulanten ärztlichen Behandlungen werden durch Haus- oder Kinderärzte/innen ohne Überweisung oder weiterführende Untersuchungen vorgenommen. Wie bereits erwähnt sind Patienten/innen nicht dazu verpflichtet, zuerst die Hausärztin oder den Hausarzt aufzusuchen, doch durch das Hausarztmodell nimmt die Hausärztin beziehungsweise der Hausarzt eine zentrale Funktion ein. Im Jahr 2016 waren 37,6% aller Ärzte/innen Allgemeinmediziner.

Im Verlauf des Jahres 2015 haben zwei Drittel der Bevölkerung mindestens einmal eine Allgemeinmedizinerin oder einen Allgemeinmediziner aufgesucht. Die Anzahl der Konsultationen pro Jahr nimmt mit steigendem Alter zu. Ab 75 Jahren ist dies am deutlichsten. Über ein Drittel der Bevölkerung hat im selben Jahr eine Spezialistin oder einen Spezialisten (ohne Gynäkologie) aufgesucht.

Die Ausbildung als Ärztin oder Arzt beginnt mit einem Studium in Humanmedizin, welches an den Universitäten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich angeboten wird. Das erworbene eidgenössische Arztdiplom berechtigt dazu, einer unselbständigen Tätigkeit in einem Spital oder einer Arztpraxis nachzugehen. Für eine eigenverantwortliche Tätigkeit, also insbesondere für die Niederlassung in freier Praxis, ist die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt notwendig¹⁵.

Grafik 2: Ambulant praktizierende Ärzte/innen nach Hauptfachgebiet, 2016



Quelle: FMH – Ärztestatistik 2017.

¹⁴ Bundesamt für Statistik.

¹⁵ FMH, in: <https://www.fmh.ch/bildung-siwf/themen/ausbildung.html>.

Der Weiterbildungstitel verpflichtet zur permanenten Fortbildung, die gemäss der Fortbildungsordnung des Schweizerischen Instituts für die ärztliche Weiter- und Fortbildung 80 Stunden im Jahresdurchschnitt beträgt.

Ein wichtiges Merkmal des ambulanten ärztlichen Bereichs in der Schweiz ist das Dispensierrecht für niedergelassene Ärzte/innen (auch Selbstdispensation, SD). Anders als beispielsweise in Deutschland haben sie das Recht, Medikamente abzugeben. Allerdings entscheiden die Kantone über die Zulassung der ärztlichen Medikamentenabgabe. Aus der folgenden Karte kann entnommen werden, dass nur 16 Kantone das Recht komplett umsetzen. In den restlichen Kantonen muss ein Rezept ausgestellt werden, die Apotheker/innen sind für die Medikamentenabgabe zuständig. Insgesamt besitzen 40% der niedergelassenen Ärzte/innen eine hauseigene Apotheke. Statistiken der santésuisse zeigen auf, dass durch das Dispensierrecht die Gesundheitskosten niedriger ausfallen¹⁶ (Karte 1).

1.2.2 Die Einbeziehung Nicht-ärztlicher Mitarbeiter/Innen

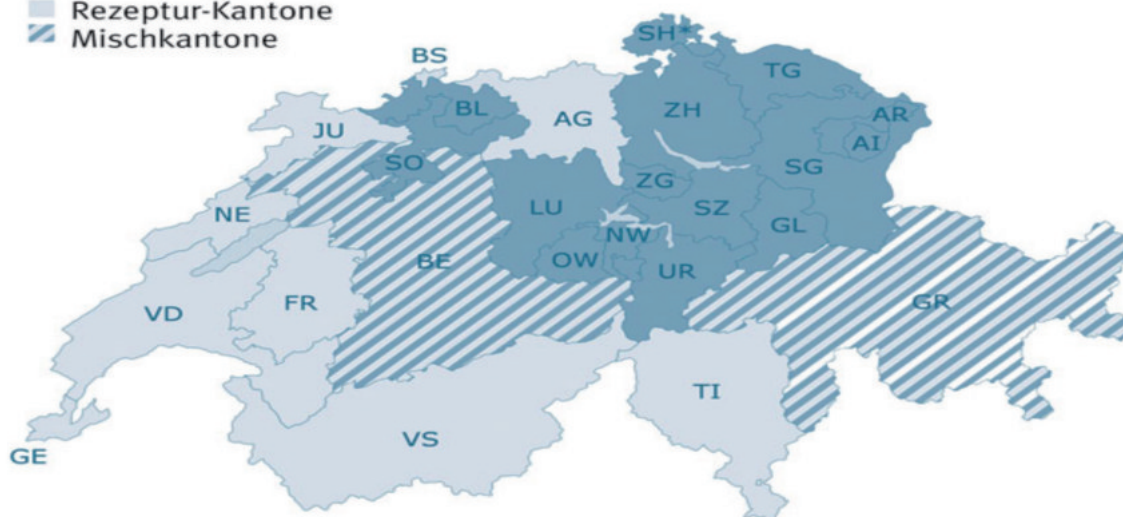
Die Einbeziehung von nicht-ärztlichen Mitarbeitern/innen in niedergelassenen Praxen ist in der Schweiz kaum vorhanden¹⁷. Dennoch gibt es die Möglichkeit, diese in der alltäglichen Praxisarbeit zu beschäftigen:

» **Medizinische Praxisassistenten/innen (MPA):** Medizinische Praxisassistenten/innen assistieren bei der ärztlichen Verrichtung, legen Verbände an, verabreichen Injektionen, bedienen Apparate und machen beispielsweise Röntgenaufnahmen. Hinzu kommen die Pflege und Sterilisierung von Instrumenten und das Durchführen von Laborarbeiten. Auch administrative Tätigkeiten werden von den MPA übernommen. Nach dem 9. Schuljahr kann die dreijährige Ausbildung begonnen werden.

» **Medizinische Praxiskoordinatoren/innen:** Diese können unter der Verantwortung der Ärztin oder des Arztes chronisch kranke Patienten/innen betreuen. Sie fördern die Selbsthilfekompetenz und Pflegekompetenzen der Angehörigen und koordinieren die Handlungen der weiteren Leistungserbringer. Es muss zunächst die Ausbildung zur oder zum Medizinischen Praxisassistentin/en abgeschlossen und dann eine dreijährige Berufserfahrung vorgewiesen werden. Während einer Fortbildung von mindestens 1,5 Jahren können die Optionen klinische Orientierung (Begleitung der Patienten/innen) oder Verwaltungsorientierung (Management des Teams) gewählt werden. Die Prüfungsordnung besteht erst seit 2015.

Karte 1: Dispensierrecht, Verteilung nach Kantonen, 2018

Legende: ■ SD- Kantone
■ Rezeptur-Kantone
■ Mischkantone



Quelle: <http://www.patientenapotheke.ch/facts-und-figures/statistiken.html>

16 Der Hausarzt: Medikamente in der Praxis abgeben? Nr. 13/2016.

17 Finkenstädt, Verena: Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, Wissenschaftliches Institut der PKV, 2015.



©Syda Productions – Shutterstock.com

1.2.3 Stellvertretung, Praxisassistentz und Anstellung

Für die Anforderungen an eine Praxisstellvertreterin oder an einen Praxisstellvertreter sind die Kantone zuständig. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz empfiehlt den Kantonen mehrere Regelungen auf Basis von Vorschlägen der FMH und Vertretern der Kantonärzten/innen¹⁸:

- » Die Stellvertreterin oder der Stellvertreter sollte über ein anerkanntes Arztdiplom verfügen. Bei hochqualifizierten ausländischen Ärzten/innen, die mangels Staatsvertrag ihr Diplom nicht anerkennen lassen können, gelten Ausnahmeregelungen.
- » Eine Supervision ist nicht notwendig, wenn eine dreijährige klinische Weiterbildung absolviert wurde.
- » Es werden keine Weiterbildungstitel verlangt.

Die ärztliche Weiterbildung kann in einer Arztpraxis stattfinden. Hier wird von Praxisassistentz gesprochen. Die Tätigkeit bei frei praktizierenden Ärzten/innen kann für die Weiterbildung zum angestrebten Facharztstitel angerechnet werden. Die Assistentin oder der Assistent kann in dieser Zeit auch als Stellvertreter oder Stellvertreterin einspringen.

Ausserdem können selbständig tätige Ärzte/innen andere Ärzte/innen in ihrer Praxis einstellen. Die Kantone

entscheiden, ob die angestellten Ärzte/innen eine Berufsausübungsbewilligung benötigen oder nicht.

1.2.4 Organisationsformen im ambulanten Bereich

Grundsätzlich können in der Schweiz selbständige Ärzte/innen im ambulanten Sektor ihre Tätigkeiten in unterschiedlichen Organisationsformen durchführen. Überwiegend werden im ambulanten Bereich folgende Strukturen vorgefunden:

- » Einzelpraxen,
- » Gruppenpraxen,
- » Ärztehäuser.

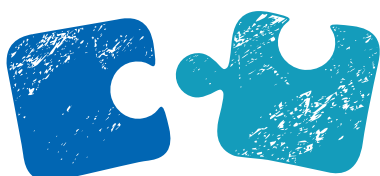
Einzelpraxen

Für die Eröffnung einer Praxis ist zunächst eine Berufsausübungsbewilligung notwendig. Zudem muss bei *santésuisse* eine Zahlenstellenregisternummer beantragt werden.

Im Jahr 2017 waren 53,7% der Ärzte/innen in Einzelpraxen tätig. Seit 2008 hat sich diese Zahl um 8 Prozentpunkte verringert¹⁹. In der Tat wird die Option der Gruppenpraxis verstärkt wahrgenommen, besonders von den jüngeren frei praktizierenden Ärzten/innen.

18 FMH: Der Arzt als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber, 2013.

19 FMH: Ärztestatistik, 2017.



Gruppenpraxen

Gruppenpraxen bezeichnen alle Organisationsformen freiberuflicher ärztlicher Kooperationen im ambulanten Versorgungsbereich. Diese Formen können unterschiedliche Integrationsgrade aufweisen und von einer rein räumlichen zu einer patientenorientierten Kooperation reichen²⁰.

- » Labor und Apparategemeinschaft: In dieser Gruppenpraxis legen mehrere selbständige Praxen ihre Labor- und Apparatediagnostik zusammen.
- » Praxismgemeinschaft: Zusätzlich zu den Labor- und Apparatediagnostiken werden auch die Praxisräumlichkeiten geteilt. Die Ärzte/innen praktizieren unter einem Dach und teilen sich die Löhne für ihre Hilfskräfte. Sie rechnen individuell ab.
- » Gemeinschaftspraxis: Hier ist der Integrationsgrad am höchsten. Es erfolgt eine gemeinsame Abrechnung und oftmals legen die Ärzte/innen ihre Patientenkartei zusammen. Das Geschäftsergebnis wird intern geteilt.

Die Mehrheit der Gruppenpraxen beschäftigen weniger als fünf Vollzeitäquivalente. Meistens handelt es sich um Zweier- oder Dreierpraxen²¹. Es können fünf Formen von Gruppenzusammenstellungen entstehen:

- » Praktikergruppe (Zusammensetzung aus Allgemeinärzten/innen),

- » Spezialistengruppe (Zusammensetzung aus verschiedenen Spezialisten/innen),
- » Gemischte Praktikergruppe (Zusammensetzung aus Allgemeinärzten/innen und vereinzelt Spezialisten grösserer Fachgebiete),
- » Multispezialistengruppe (Zusammensetzung aus Spezialisten/innen mehrerer Fachgebiete),
- » Medizinische Diagnostikklinik (Zusammensetzung aus meist Internisten, Radiologen und Laborärzten/innen).

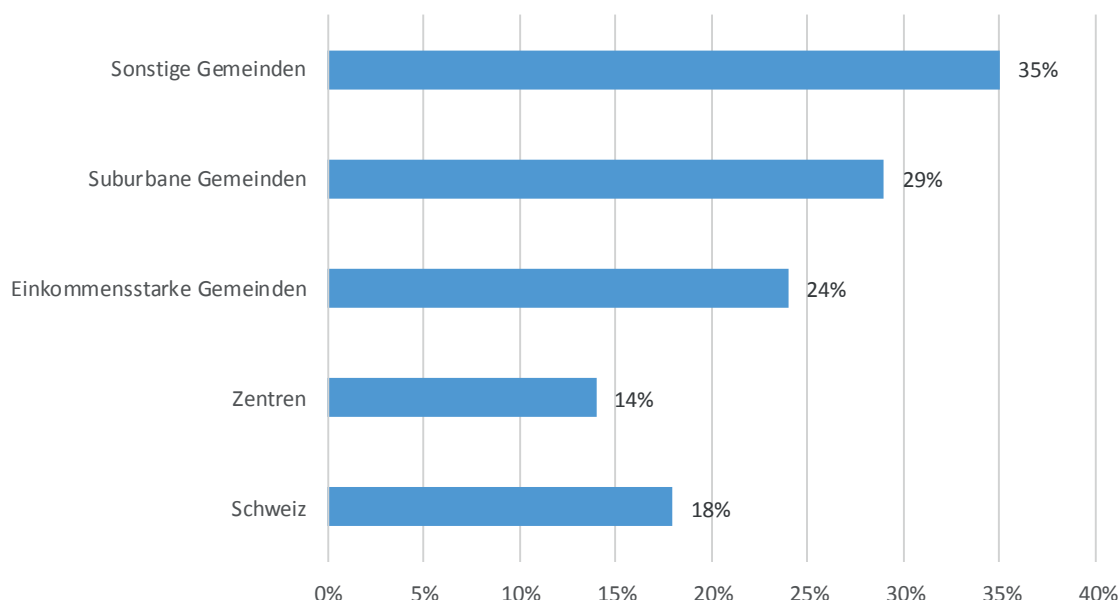
Gruppenpraxen können eine Multiprofessionalität aufweisen. Dies bedeutet, dass sie weitere Gesundheitsberufe einbeziehen.

Ärztelhäuser

Bei der Organisation von Ärztehäusern, oder Ärztezentren, bleiben die einzelnen Praxen selbständig. Ein Integrationsgrad ist dementsprechend nicht wirklich vorhanden, da es sich um eine reine Zusammenlegung der Lokaltäten handelt. Diese Form hat sich in den letzten Jahren rasch verbreitet. Im Jahr 2014 gab es in der Schweiz 1300 Ärztehäuser und somit 19% mehr als im Jahr 2011²².

Die Gruppierung in einem gemeinsamen Ärztehaus wird vermehrt von jungen Ärzten/innen bevorzugt. Da vor allem die über 60-jährigen Ärzte/innen Einzelpraxen führen,

Grafik 3: Zunahme der Ärztehäuser von 2011 bis 2014 in %, nach Gemeindetypen



Grafik nach den Zahlen von Credit Suisse: Gesundheitswesen: Wachstumsmarkt unter Kostendruck, März 2017.

20 Schweizerische Ärztezeitung: Gruppenpraxen – Was versteht man darunter? Nr. 22, 2001.

21 Obsan: Médecins de premier recours-Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale, Dossier 50, 2015.

22 Credit Suisse: Gesundheitswesen: Wachstumsmarkt unter Kostendruck, März 2017.

kann angenommen werden, dass durch deren baldige Pensionierung die Entwicklung von Gruppenmodellen weiter steigen wird. Die Dichte an Ärztehäusern ist in grossen Städten am höchsten und in Gemeinden mit weniger als 15 000 Einwohnern/innen am niedrigsten. In den Vororten und Randgemeinden können höhere Wachstumsraten festgestellt werden, da in den Zentren bereits viele Ärztehäuser bestehen und die Konsolidierung schon fortgeschritten ist.

Folgende Gründe erklären im Wesentlichen die steigende Anzahl von Ärztehäusern und Gruppenpraxen:

- » Längere Öffnungszeiten,
- » Möglichkeiten einer Behandlung ohne Voranmeldung,
- » Schnellere Vermittlung von Patienten/innen unter den Ärzten/innen,
- » Flexiblere Arbeitszeiten und vermehrt Möglichkeiten für Teilzeit und für Vertretungen,
- » Aufteilung der Kosten für Geräte,
- » Bündelung der Tätigkeiten.

1.2.5 Ärztedemografie

- » **Feminisierung:** 38,1% der Ärzte/innen, die im ambulanten Sektor beschäftigt sind, sind Frauen²³. Der Trend zur Feminisierung des Arztberufes wird sich voraussichtlich weiterhin halten, da der Frauenanteil bei den Bildungsabschlüssen der Humanmedizin überwiegt. Am höchsten ist der Frauenanteil in den Fachgebieten Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendmedizin und Gynäkologie/

Geburtshilfe. Das durchschnittliche Arbeitspensum liegt bei Frauen niedriger als bei Männern.

Tabelle 3: Ärzte/innen im ambulanten Sektor nach Geschlecht, 2017.

	Frauen	Männer	Gesamt
Ambulanter Sektor	7 177	11 681	18 858

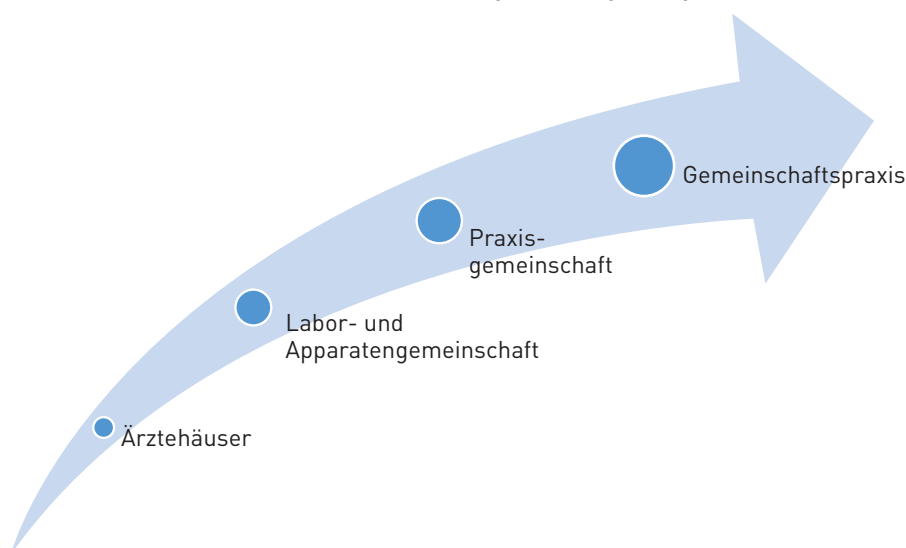
Quelle: FMH: Ärztestatistik, 2017.

- » **Altersstruktur:** Im Jahr 2017 betrug das Durchschnittsalter aller Ärzte/innen 49,4 Jahre. Wenn nur der ambulante Sektor betrachtet wird, liegt das Durchschnittsalter bei 54,8 Jahren. Oftmals sind Allgemeinärzte/innen auch über ihr Pensionierungsalter hinaus tätig.
- » **Ausländische Ärzte/innen:** Neben dem steigenden Anteil von Frauen in der Medizin steigt ebenfalls der Anteil von ausländischen Ärzten/innen. Dieser betrug im ambulanten Sektor im Jahr 2017 34,1%. Der Großteil der ausländischen Ärzte/innen kommt aus Deutschland.

1.2.6 Bezahlung der Leistungserbringer

Bei einem Besuch bei einer ambulanten Ärztin oder einem ambulanten Arzt müssen Patienten/innen zunächst in Vorleistung treten und die Rechnung anschliessend beim Krankenversicherer zur Kostenrückerstattung einreichen. Hier wird von „*tiers garant*“ gesprochen. Die andere Variante, „*tiers payant*“, bei der keine Vorleistung notwendig ist, wird nur in Einzelfällen angewendet.

Grafik 4: Gruppenmodelle mit steigendem Integrationsgrad



Quelle: Schweizerische Ärztezeitung: Gruppenpraxen – Was versteht man darunter? Nr. 22, 2001.

23 FMH: Ärztestatistik, 2017.

Die Tarife der Ärzte/innen beruhen auf dem einheitlichen Tarifsysteem TARMED. Es handelt sich um eine tarifliche Übereinkunft zwischen den Bundesverbänden der Ärzte/innen (FMH), der Krankenversicherer (santésuisse) und der Spitäler (H+) sowie der Medizinaltarifkommission. In der TARMED werden über 4600 verschiedene medizinische Leistungen aufgeführt, denen jeweils eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet wird. Durch die Multiplikation mit dem Taxpunktswert ergibt sich der Preis für die Leistung in Schweizer Franken. Der Taxpunktswert wird allerdings von den einzelnen Kantonen bestimmt und variiert deshalb zwischen 82 und 97 Rappen pro Punkt.

Wichtig ist es festzuhalten, dass für die Kategorien Krankheit, Unfall, Invalidität und Militär die Anzahl der Taxpunkte unterschiedlich ausfällt.

Nachdem der Bundesrat bereits im Jahr 2014 eine Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung verabschiedet hat, trat zum 1. Januar 2018 eine erneute Anpassung von TARMED in Kraft²⁴. Es wurde mit jährlichen Einsparungen von bis zu 470 Millionen Schweizer Franken gerechnet. Übertarifierte Leistungen sollen korrigiert werden. Im Wesentlichen betreffen die Anpassungen:

- » Änderungen, welche zu höheren oder niedrigeren Positionen bei allen oder einem Teil der Tarifpositionen führen,
- » Änderungen in den Abrechnungsregeln einzelner oder mehrerer Tarifpositionen.

Die Ärztin oder der Arzt tritt gleichzeitig mit dem Antrag zur Mitgliedschaft bei der Foederatio Medicorum Helveticorum dem einheitlichen Tarifsysteem bei. Falls sie oder er allerdings nicht nach dem TARMED abrechnen will, kann sie oder er den Ausstand erklären. In diesem Fall können Ärzte/innen ihre Honorare frei gestalten. Es wird dann von einer Ausstandsärztin oder einem Ausstandsarzt gesprochen. Die Krankenversicherer übernehmen keine Kosten für die Patienten/innen.

2. DIE AMBULANTE SPITALVERSORGUNG

2.1 Definition von spitalambulanten Leistungen

Spitalambulante Leistungen werden in Spitälern und Kliniken oder in Polikliniken der Spitäler erbracht. Spitalbesuche von mindestens 24 Stunden oder Aufenthalte, bei denen ein Bett für mindestens eine Nacht benötigt wird sowie ein Transfer in ein Spital oder Spitalaufenthalte bei Todesfällen gelten als Hospitalisierungen. Zwei Drittel der 560 Standorte bieten neben stationären auch ambulante Versorgungen an.

Wenn eine private Ärztin oder ein privater Arzt Praxisräumlichkeiten in einem Spital mietet und die Leistungen eigenständig abrechnet, fällt dies nicht unter den spitalambulanten Bereich.

2.2 Die Abrechnung spitalambulanter Leistungen

Der bereits vorgestellte Tarif TARMED gilt sowohl für die ambulanten ärztlichen Behandlungen in Arztpraxen als auch in den ambulanten Abteilungen der Spitäler.

Für manche Leistungen, darunter die ambulante Chirurgie, wird für die Abrechnung eine sogenannte Spartenanerkennung verlangt - es muss nachgewiesen werden, dass diese Leistung erbracht werden kann. Hierzu muss ein Selbstdeklarationsbogen ausgefüllt werden.

In Notfällen erhält die frei praktizierende Ärztin oder der frei praktizierende Arzt im Spital zusätzlich zur Vergütung für die ärztliche Leistung eine Inkonvenienzentschädigung sowie Nacht-, Wochenend- und Feiertagszuschläge.

24 Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössisches Departement des Innern: Faktenblatt: Anpassungen des Ärztetarifs TARMED, August 2017.

3. KOSTEN UND FINANZIERUNG DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Die Gesundheitskosten in der Schweiz lassen sich in vier grosse Kategorien einteilen:

- » Stationäre Kurativbehandlung,
- » Ambulante Kurativbehandlung,
- » Langzeitpflege,
- » Gesundheitsgüter (Medikamente, Hörgeräte...).

Die Grafik 5 verdeutlicht den grossen Anteil der Gesundheitskosten für die ambulante Behandlung (sowohl in Arztpraxen als auch im Rahmen ambulanter Spitalleistungen).

Laut santésuisse sind die Kosten für die ambulante Versorgung in den letzten Jahren stark gestiegen. Dies erklärt sich aufgrund der höheren Anzahl von Spezialisten/innen. Deren Zulassung ist parallel zum Zulassungsstopp für Hausärzte/innen angestiegen. Die Zahlen von santésuisse zeigen eine Korrelation zwischen der Spezialärztedichte und den Leistungskosten auf (siehe Grafik 6).

Des Weiteren ist der abgerechnete Betrag pro Arztbesuch bei den niedergelassenen Ärzten/innen angestiegen und es finden vermehrt ambulante Behandlungen statt. In der

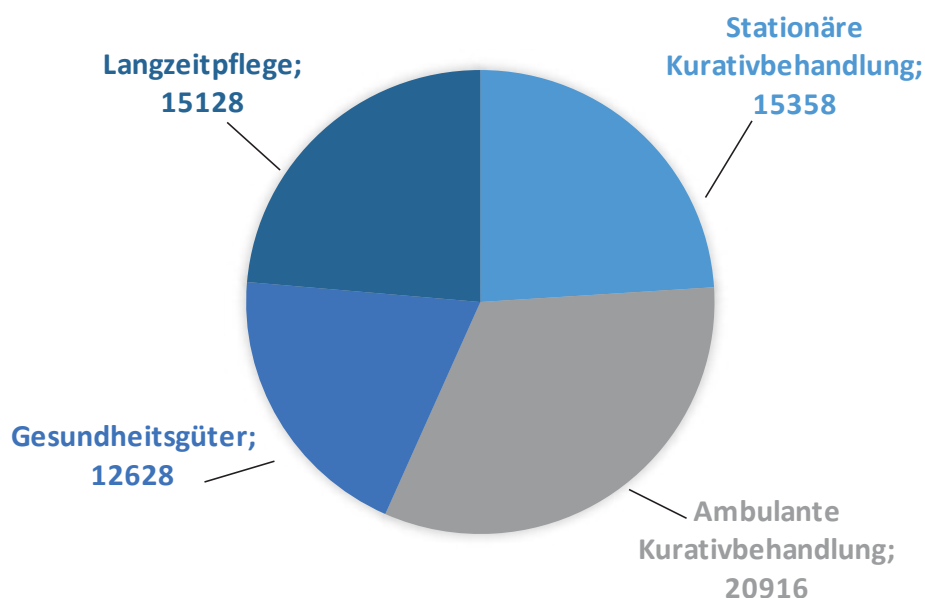
Tat sind die Kosten seit der Einführung von TARMED im Jahr 2004 von 3 716 Millionen Schweizer Franken auf 9 545 Millionen Schweizer Franken im Jahr 2014 gestiegen²⁵.

Im Bereich der ambulanten Versorgung in Spitälern sind die Kosten stabil geblieben²⁶.

Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben im ambulanten Sektor erfolgt zum grössten Teil durch die obligatorische Krankenversicherung und die Eigenbeteiligung der Patienten/innen. Einzelne Kantone übernehmen zudem im spitalambulantem Bereich der öffentlichen Spitälern über sogenannte Gemeinwirtschaftliche Leistungen einen Teil der finanziellen Abdeckung.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für Leistungen, Diagnose und Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen. Im ambulanten Bereich umfassen die Leistungen die Untersuchungen und Behandlungen, die von einer Ärztin oder von einem Arzt, einer Chiropraktikerin oder einem Chiropraktiker oder von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag der beiden Berufsgruppen Leistungen erbringen, durchgeführt werden²⁷. Dies gilt allerdings nicht für Ausstand-ärzte/innen. Wenn der Ausstand zum Tarifsysteem TARMED erklärt wird, übernimmt die Krankenversicherung keine Kosten für die Behandlungen. Es kann nur auf privatrechtlicher Basis abgerechnet werden.

Grafik 5: Gesundheitskosten in Millionen Franken, 2016

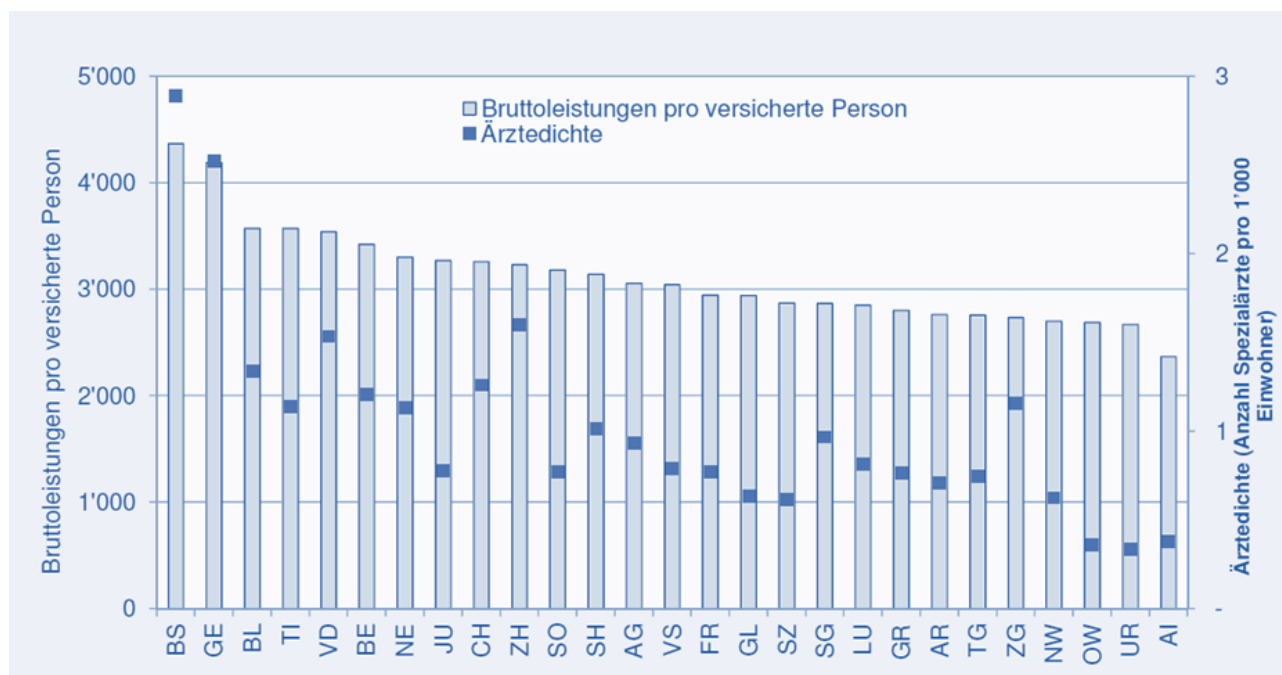


Grafik nach den Zahlen des Bundesamts für Statistik: Gesundheit, Taschenstatistik, 2017.

²⁵ santésuisse, in : <http://www.santesuisse.ch/de/tarife-leistungen/ambulante-leistungen/aerzte/>.

²⁶ santésuisse, in : <http://www.santesuisse.ch/de/details/content/erhebliches-kostenwachstum-im-ambulanten-bereich/>.

Grafik 6: Korrelation zwischen der Anzahl der Spezialärzte und der Leistungskosten pro Kanton



Quelle: santésuisse: Status quo und Perspektive der ambulanten Versorgungsplanung Schweiz, Präsentation vom 09.07.2015.

Die Grundversicherung ist auch für die Kosten erbrachter Leistungen durch weitere Gesundheitsberufe verantwortlich, wenn diese auf Anordnung oder im Auftrag der Ärzte/innen oder der Chiropraktiker/innen erbracht werden. Die Leistungserbringer müssen dafür nach kantonalem Recht zugelassen sein und die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen.

Die Patienten/innen zahlen ebenfalls einen hohen Anteil der Gesundheitsleistungen. Es handelt sich dabei nicht um explizierte Zuzahlungen für Arztbesuche, sondern um eine obligatorische Kostenbeteiligung, die aus einer selbst

gewählten Franchise und einem Selbstbehalt von 10% der anfallenden Kosten besteht. Die jährliche Franchise beträgt jährlich mindestens 300 Franken (Minimalfranchise, Stand 2019), die freiwillig auf bis zu 2 500 Franken erhöht werden kann, um einen Prämienrabatt zu erhalten. Wenn die Franchise ausgeschöpft ist, kommt der Selbstbehalt zum Einsatz. Er beträgt 10% der angefallenen Kosten und maximal 700 Franken pro Jahr (Stand 2019). Die Kostenbeteiligung der Patienten/innen (Franchise + Selbstbehalt) liegt somit bei maximal 3 200 Schweizer Franken im Rahmen der höchstmöglichen Franchise.



27 KGV, Artikel 25: Allgemeine Leistungen bei Krankheit.

4. WEITERFÜHRENDE LITERATUR

GESETZESTEXTE

- » Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe, Stand 2016.
- » Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Stand 2019.
- » Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG), Stand 2018.
- » Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Stand 2019.
- » Verordnung über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen (Bewilligungsverordnung) des Kantons Basel-Stadt, Stand 2012.

BERICHTE UND STUDIEN

- » Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössisches Departement des Innern: Faktenblatt: Anpassungen des Ärztetarifs TARMED, August 2017.
- » Bundesamt für Statistik: Der ambulante Spitalbereich im Jahr 2016.
- » Bundesamt für Statistik: Gesundheit, Taschenstatistik, 2017.
- » Credit Suisse: Gesundheitswesen: Wachstumsparkt unter Kostendruck, März 2017.
- » Departement für Gesundheit und Soziales Aargau: Strukturbericht Gesundheit, 2016.
- » Die Spitäler der Schweiz H+: Ambulante Leistungen in Spitälern und Kliniken, Faktenblatt, 2014.
- » Finkenstädt, Verena: Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, Wissenschaftliches Institut der PKV, 2015.
- » FMH: Ärztestatistik, 2017.
- » FMH: Der Arzt als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber, 2013.
- » Obsan: Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale, dossier 50, 2015.
- » Obsan : Virage ambulatoire : Transfert ou expansion de l'offre de soins ? Dossier 68, 2015.
- » santésuisse: Status quo und Perspektive der ambulanten Versorgungplanung Schweiz, Präsentation vom 09.07.2015.
- » Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung: Wegleitung für Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, 2017.

ARTIKEL

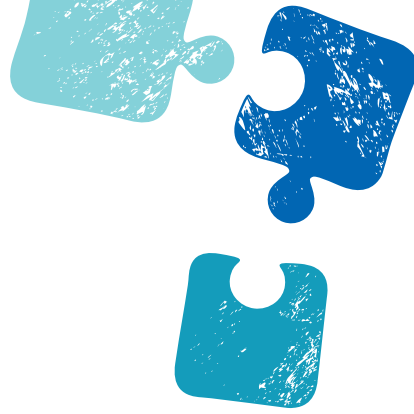
- » Der Hausarzt: Medikamente in der Praxis abgeben? Nr. 13/2016.
- » Schweizerische Ärztezeitung: Gruppenpraxen – Was versteht man darunter? Nr. 22, 2001.



INTERNETSEITEN

- » Offizielle Seite des Bundesamtes für Gesundheit BAG: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>
- » Offizielle Seite des Bundesamts für Statistik: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html>
- » Offizielle Seite von santésuisse: <https://www.santesuisse.ch/>
- » Offizielle Seite der Bundeszentrale für politische Bildung: <https://www.bpb.de/>
- » Offizielle Seite der FMH: <https://www.fmh.ch>
- » Offizielle Seite der SASIS AG: <https://www.sasis.ch/>
- » Offizielle Seite von Pharmapro: <https://www.pharmapro.ch/de>
- » Offizielle Seite von Pro-Chiropraktik: <http://www.pro-chiropraktik.ch/index.php/de/>





KONTAKT // CONTACT

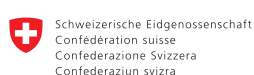
TRISAN / Euro-Institut
Rehlfusplatz 11 / D-77694 Kehl
trisan@trisan.org / +49 7851 7407 38 / www.trisan.org

TRISAN

Das Projekt TRISAN wurde von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen und wird im Rahmen des Programms INTERREG V A Oberrhein kofinanziert. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Eine Kofinanzierung erhält es ebenfalls von den Gesundheitsverwaltungen am Oberrhein.

TRISAN

Trisan est un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur cofinancé dans le cadre du programme Interreg V A Rhin supérieur. Il est porté par et basé à l'Euro-Institut, Institut pour la coopération transfrontalière spécialisé dans la formation, l'accompagnement et le conseil des projets transfrontaliers. Il est également cofinancé par les administrations en charge de la santé dans le Rhin supérieur.



Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)
Fonds européen de développement régional (FEDER)



Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt
Dépasser les frontières: projet après projet