

Die im Artikel aus den Zahlen des Tarifpools von santésuisse gewonnenen Erkenntnisse lassen sich ohne Zweifel auch aus den Zahlen von New Index herleiten. Doch wie sinnvoll sind diese Erkenntnisse für die Definition der Grundversorger überhaupt? Zweifelsohne ist der hohe Anteil an Konsultationspositionen und die Häufigkeit der Hausbesuche ein typisches Merkmal der Grundversorgung. Daraus lässt sich jedoch keine geeignete Zuordnung einer Person zu den Grundversorgern ableiten – was in den Folgerungen richtigerweise auch festgehalten wird. Für die Zuordnung steht aber ein weiteres Instrument zur Verfügung: die revidierte und sehr differenzierte FMH-Ärztstatistik. Mit der neuen Fragestruktur können sämtliche Ärztinnen und Ärzte angeben, wie viele Halbtage sie auf ihren erworbenen Facharzttiteln tätig sind.

Zudem können sie aufzeigen, ob sie auf einem nicht erworbenen Facharzttitel tätig sind – und dies mit einer entsprechenden Gewichtung in Halbtagen. So macht die revidierte FMH-Ärztstatistik detaillierte Aussagen über die medizinische Tätigkeit der Ärzteschaft. Sie weist nach, wie viele Ärzte auf ihren erworbenen Facharzttitel arbeiten und wie viele Ärzte mehrheitlich auf einem Gebiet eines nicht erworbenen Facharzttitels tätig sind. Neu wird das Hauptfachgebiet ausgewiesen – unabhängig davon, ob in diesem Gebiet ein Facharzttitel erworben wurde oder nicht. Die Zuordnung zur Grundversorgung müsste in Zukunft auf dieser Basis aufbauen.

*Dr. med. Ernst Gähler,  
Vizepräsident der FMH, Leiter Ressort Tarife und Verträge*

## Grundversorger und Spezialisten: Was sagt uns der TARMED über ihre Tätigkeiten?

*Philipp Dubach, Kilian Künzi*

In der gesundheitspolitischen Diskussion besteht ein grosses Bedürfnis nach Informationen über Grundversorger. Wichtig sind diese zum einen angesichts der Frage, ob im ambulanten Bereich in Zukunft eine ausreichende medizinische Versorgung gewährleistet ist. Zum anderen sind in jüngster Zeit mehrere gesundheitspolitische Vorschläge lanciert worden, welche auf eine unterschiedliche Behandlung von Grundversorgern und Spezialisten abzielen. Das gilt beispielweise für gewisse Modelle zur Neuregelung der Grundversicherung oder für Varianten des Zulassungsstopps, die im Rahmen von dessen Verlängerung diskutiert worden sind.

«Grundversorgung» und «Grundversorger» sind gesundheitspolitisch und standespolitisch stark besetzte Begriffe. Die Kategorisierung der Ärzte in Grundversorger und Spezialisten ist daher ein heikles Unterfangen. Der herkömmliche Weg führt über die erworbenen Facharzttitel der Ärzte (Ebene Qualifikation). Demzufolge gelten die Mediziner mit einem Facharzttitel in Allgemeinmedizin und Innerer Medizin sowie die Praktischen Ärzte als Grundversorger, je nach Definition werden auch die Kinder- und Jugendärzte dazugerechnet.

Ein Vorteil dieses Vorgehens ist seine Einfachheit. Ein Nachteil kann sein, dass nicht in jedem Fall eine Übereinstimmung zwischen dem erworbenen Facharzttitel und der konkreten ärztlichen Tätigkeit («Grundversorgung») herrscht. Es stellt sich daher die Frage, ob es Möglichkeiten gibt, die berufliche bzw. ärztliche

Aktivität (Ebene Tätigkeit) unabhängig von den erworbenen Facharzttiteln zu betrachten und damit die über die Fachgebiete gewonnene Grundversorgerdefinition zu verfeinern.

Mit dem Ärztetarif TARMED werden seit 2004 detaillierte Daten über die Praxistätigkeit von Ärzten ermittelt und zentral verwaltet. Erlauben es diese Daten, unabhängig vom Facharzttitel zu bestimmen, ob ein Arzt oder eine Ärztin hauptsächlich im Bereich der Grundversorgung tätig ist? Um diese Frage abzuklären, hat das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) eine explorative Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit durchgeführt.

Will man Grundversorger und Spezialisten anhand ihrer Tätigkeitsprofile unterscheiden, so stellen sich zwei grundsätzlich verschiedene Aufgaben:

- Erstens ist zu prüfen, ob sich die durchschnittlichen Tätigkeitsprofile von Ärzten mit Grundversorger- und Spezialistentitel überhaupt unterscheiden. Trifft dies nicht zu, so sind die TARMED-Daten kaum für eine präzisere Differenzierung zwischen Grundversorgern und Spezialisten geeignet. Denn selbst wenn der Facharzttitel womöglich nur ein grober Indikator für die konkrete Tätigkeit von Ärzten ist, so wäre es doch sehr kontraintuitiv, wenn sich beispielsweise das durchschnittliche Tätigkeitsprofil einer Allgemeinmedizinerin nicht auf plausible Art und Weise von demjenigen eines Chirurgen unterscheiden würde. Man müsste in diesem Fall aus

Korrespondenz:  
Dr. phil. hist. Philipp Dubach  
lic. phil. hist. Kilian Künzi  
Büro für arbeits- und sozialpolitische  
Studien BASS AG  
Konsumstrasse 20  
CH-3007 Bern  
Tel. 031 380 60 80  
Fax 031 398 33 63

[philipp.dubach@buerobass.ch](mailto:philipp.dubach@buerobass.ch)

[kilian.kuenzi@buerobass.ch](mailto:kilian.kuenzi@buerobass.ch)

[www.buerobass.ch](http://www.buerobass.ch)

Interessenbindungen: keine

prinzipiellen Gründen den Versuch abbrechen, Grundversorger- und Spezialistenprofile über den TARMED zu rekonstruieren.

- Zweitens sind – ausgehend von den durchschnittlichen Tätigkeitsprofilen – konkrete Kriterien oder Schwellenwerte zu definieren, die Ärzte erfüllen müssen, damit sie als Grundversorger oder als Spezialisten gelten. Davon ausgehend kann im Einzelfall und auf der Basis der konkreten Praxistätigkeit entschieden werden, welcher Kategorie bzw. Ärztegruppe eine Person angehört.

Die Studie beschäftigt sich hauptsächlich mit der ersten Frage. Die zweite Frage wird anhand einer ausgewählten typischen Grundversorgertätigkeit diskutiert – den Hausbesuchen. Wir verzichten dabei auf eine explizite Formulierung von Schwellenwerten, zeigen aber beispielhaft auf, welche Herausforderungen sich bei einem solchen Vorgehen stellen.

#### **Grundversorgerleistungen im TARMED?**

Der TARMED selbst kennt die Bezeichnung «Grundversorgung», wendet sie aber nur selten an: Von den insgesamt 4600 Leistungspositionen werden nur vier explizit als Grundversorgerpositionen bezeichnet. Dieser Sachverhalt wirft eine grundsätzliche Frage auf: Wie können im TARMED Grundversorgerleistungen identifiziert und von anderen Leistungen, die eine fachliche Spezialisierung voraussetzen, abgegrenzt werden? Einen möglichen Schlüssel bildet das Konzept der qualitativen Dignität. Die qualitative Dignität gibt an, welche Weiterbildungstitel – Facharzttitel, Schwerpunkt, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweis gemäss Weiterbildungsverordnung FMH – berechnen, eine Leistung zulasten der Sozialversicherungen zu verrechnen. Ausgehend von der qualitativen Dignität haben wir die Leistungen des TARMED mehreren Kategorien zugeteilt. Die wichtigsten Kategorien sind:

- Grundversorgerpositionen: Die vier Positionen, die im TARMED explizit als Leistungen der Grundversorgung bezeichnet sind. Sie dürfen von den drei Facharzttiteln Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie sowie von den Praktischen Ärzten verwendet werden.
- Generalistenleistungen: Diagnosen und Therapien, die keine spezialmedizinische Fachausbildung voraussetzen (etwa 380 Positionen). Im TARMED wird dies darin ersichtlich, dass diese Positionen von allen Ärzten ungeachtet ihres Facharzttitels verwendet werden dürfen.
- Spezialistenleistungen: Diagnosen und Therapien, die nur von Spezialisten vorgenommen werden. Die Richtlinien des TARMED

### **Médecins de premier recours et spécialistes: que nous dit le TARMED sur leurs activités?**

A quel point de vue les profils d'activité des médecins de premier recours et ceux des spécialistes se distinguent-ils? Les données TARMED peuvent-elles contribuer à délimiter ces deux groupes de médecins de manière précise? A cet effet, le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS) a effectué une recherche exploratoire avec des données du pool tarifaire de santé suisse. Cette recherche montre que les généralistes, les internistes et les médecins praticiens présentent des profils semblables. Ils se distinguent des spécialistes sur trois points: premièrement, ils facturent plus de la moitié du temps sur des positions de consultation; deuxièmement, ils accordent une importance relativement grande aux quatre positions du TARMED réservées aux médecins de premier recours et, troisièmement, ils ne facturent que peu de temps pour des prestations de spécialiste. Par conséquent, les profils d'activité individuels peuvent servir à préciser dans le cas particulier si un médecin exerce principalement comme médecin de premier recours ou comme spécialiste. Dans ce contexte, il serait recommandé de prendre en considération les profils d'activité non pas à la place des titres de spécialiste mais en complément à ceux-ci. De cette manière, on évitera toute classification étroite ou arbitraire.

schränken die Anwendung dieser Positionen auf die entsprechenden Facharzttitel ein.

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

Weitere Kategorien sind «Betreuung und Besprechungen», «Administration», «Konsilien» und «Positionen mit Grundversorgerbeteiligung». Zu

letzteren zählen Positionen, die nicht nur Ärzten mit einem Grundversorgertitel, sondern auch gewissen Spezialisten zugänglich sind.

Für das Analysekonzept ist es wichtig, dass das Konzept der qualitativen Dignität in der Praxis nicht strikt vollzogen wird. Bei der Einführung des TARMED war den Ärzten eine Besitzstandsgarantie gewährt worden: Sie sicherte den bereits vor der Einführung des TARMED aktiven Ärzten zu, dass sie auch unter den neuen TARMED-Tarifen Leistungen ausserhalb ihres Fachbereichs fakturieren dürfen, wenn sie diese während dreier Jahre vor der Inkraftsetzung regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht hatten. Es ist daher in der konkreten Anwendung des TARMED möglich, dass Fachärzte mit einem Grundversorgertitel auf Spezialistenpositionen abrechnen und umgekehrt.

### Datenbasis

Die TARMED-Abrechnungsdaten werden an zwei verschiedenen Stellen gesamtschweizerisch gesammelt:

- im sogenannten Tarifpool des Verbands der Schweizer Krankenversicherer santésuisse (santésuisse-Tarifpool);
- im Datenpool der Schweizer Ärzteschaft bzw. deren TrustCenter und der nationalen Konsolidierungsstelle, die von der Firma NewIndex betrieben wird.

Für die vorliegenden Analysen wurden Datensätze aus dem Tarifpool von santésuisse ausgewertet; die Daten von NewIndex waren für die Studie nicht zugänglich. Der Tarifpool von santésuisse enthält ausschliesslich Leistungen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden. Er beruht auf

einer freiwilligen Erhebung bei den Krankenversicherern. Sein Abdeckungsgrad bezüglich OKP-Leistungen, die von freipraktizierenden Ärzten abgerechnet werden, liegt bei ungefähr 60%. Weil die Patienten eines einzelnen Arztes bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind, ist davon auszugehen, dass die Leistungserbringer im santésuisse-Tarifpool breit abgedeckt sind.

Die Auswertungen betreffen die Rechnungsdaten von Leistungen, die im Jahr 2006 erbracht wurden. Ausgewählt wurden elf Facharzttrichtungen. Dazu gehörten einerseits die Grundversorgertitel (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktische Ärzte, Kinder- und Jugendmedizin), andererseits Spezialistentitel mit unterschiedlicher Nähe zur Grundversorgung (Gynäkologie, Rheumatologie, Kardiologie, Radiologie, Ophthalmologie, Psychiatrie). Die Auswertungen richten sich nach der ärztlichen Zeit, die gemäss der Minutage des TARMED für einzelne Leistungen veranschlagt wird. Berücksichtigt werden dabei die drei TARMED-Zeitkategorien «Leistung im engeren Sinn», «Vor-/Nachbereitung» und «Bericht»; ausgeklammert sind die beiden Zeitkategorien «Raumbelegung» und «Wechsel».

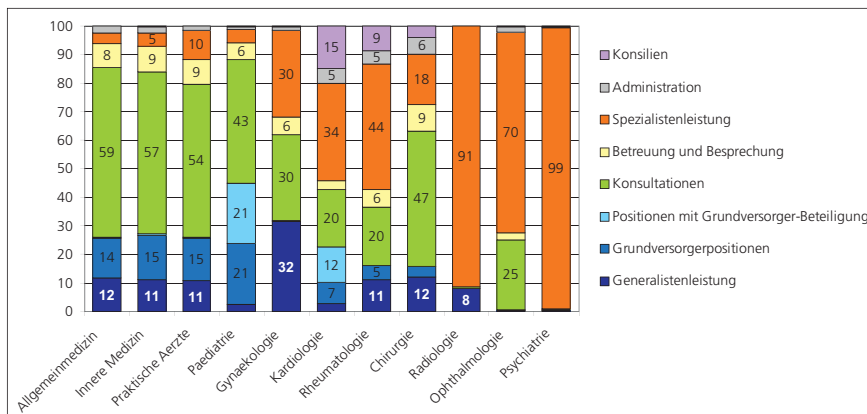
### Durchschnittliche Tätigkeitsprofile

Abbildung 1 zeigt, dass sich die Tätigkeitsprofile der Fachärzte mit einem Grundversorgertitel deutlich von den Tätigkeitsprofilen der Spezialisten abheben. Die Profile der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Praktischen Ärzte sind nahezu identisch. Etwas grösser sind die Abweichungen zur Kinder- und Jugendmedizin. Für die Tätigkeitsprofile dieser vier Facharzttrichtungen sind folgende Eigenschaften kennzeichnend, die sie von den typischen Spezialisten abgrenzen (vgl. auch Tab. 1):

- Tiefste Anteile an Spezialistenpositionen: Kein Grundversorgertitel verbucht mehr als 10% der ärztlichen Zeit unter Spezialistenleistungen.
- Höchste Anteile an Grundversorgerpositionen: Die Anteile der Grundversorgerpositionen bewegen sich zwischen 14% und 21%. Auch Spezialisten verwenden Grundversorgerpositionen, aber deutlich seltener: Am höchsten ist der Anteil bei den Kardiologen mit 7%.
- Höchste Anteile an Konsultationspositionen: Mehr als die Hälfte der ärztlichen Zeit wird über Konsultationspositionen verbucht. Bei den Spezialisten liegt dieser Anteil in der Regel unter 30% (Ausnahme: Chirurgie). Im Vergleich zur Allgemeinmedizin und zur Inneren Medizin ist der Anteil bei der Kinder- und Jugendmedizin mit 43% eher gering.

Abbildung 1

Tätigkeitsprofile der elf Fachrichtungen im Jahr 2006 (ärztliche Zeit\*, Angaben in Prozent).



\* Definition «ärztliche Zeit»: Summe der drei TARMED-Zeitkategorien «Leistung im engeren Sinn», «Vor-/Nachbereitung» und «Bericht».

Quelle: Tarifpool santésuisse, Berechnungen und Darstellung BASS.

**Tabelle 1**  
Drei Tätigkeitsprofile der TARMED-Analyse.

Profil	Leistungskategorie			Fachrichtungen
	Spezialistenleistungen	Grundversorgerpositionen	Konsultationen	
Grundversorger	Kleiner Anteil (max. 10%)	Im Vergleich mit übrigen Fachrichtungen hoher Anteil (ca. 10%-20%)	Hoher Anteil (ca. 40%-60%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Allgemeinmedizin</li> <li>■ Innere Medizin</li> <li>■ Praktische Ärzte</li> <li>■ Kinder- und Jugendmedizin</li> </ul>
Spezialisten mit mittlerer Abgrenzung	Mittlerer Anteil (ca. 30%-50%)	Im Vergleich mit übrigen Fachrichtungen kleiner bis mittlerer Anteil (bis ca. 10%)	Mittlerer Anteil (ca. 20%-30%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kardiologie</li> <li>■ Rheumatologie</li> <li>■ Gynäkologie (Vorbehalt: kaum Grundversorgerpositionen, dafür hoher Anteil Generalistenleistungen)</li> </ul>
Spezialisten mit hoher Abgrenzung	Hoher Anteil (ca. 70%-100%)	Kleiner Anteil	Kleiner bis mittlerer Anteil (bis ca. 25%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Radiologie</li> <li>■ Ophthalmologie</li> <li>■ Psychiatrie</li> </ul>

Keinem der drei Profile zugeteilt: Chirurgie.  
Darstellung: BASS.

Dies könnte mit den fachspezifischen Positionen zusammenhängen, die der TARMED den Kinder- und Jugendmediziner zur Verfügung stellt.

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

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

Während die Tätigkeitsprofile der Grundversorgertitel homogen ausfallen, herrscht unter den Spezialistentiteln eine deutlich grössere Vielfalt. Tendenziell zeichnen sich zwei Gruppen ab:

- Erstens die Fachrichtungen mit einem sehr hohen Anteil an Spezialistentätigkeiten. Dazu gehören die Radiologie, die Ophthalmologie und die Psychiatrie, die mehr als zwei Drittel der ärztlichen Zeit unter Spezialistenpositionen verbuchen (Tab. 1: «Spezialisten mit hoher Abgrenzung»). Bei der Psychiatrie ist

relativierend darauf hinzuweisen, dass die Auswertung kein Urteil über den Leistungsinhalt erlaubt: Ob die psychiatrische Tätigkeit eher der Grundversorgungs- oder der Spezialistenmedizin zuzurechnen ist, geht aus unseren Analysen nicht hervor. Fest steht aber, dass die Psychiater fast alle Leistungen in ihrem engeren Arbeitsbereich erbringen, 99% aller ärztlichen Zeit werden über Positionen für psychiatrische Diagnostik und Therapie verbucht.

- Zweitens die Fachrichtungen mit einem «mittleren» Anteil an Spezialistentätigkeiten, der sich zwischen 18% und 44% bewegt. Entsprechend ist auch das Tätigkeitsprofil dieser Spezialisten breiter oder «bunter». Zu dieser Gruppe gehören die Kardiologie, die Rheumatologie und die Gynäkologie (Tab. 1: «Spezialisten mit mittlerer Abgrenzung»).

Keinem Profil eindeutig zuordnen lässt sich die Chirurgie. Ihr Tätigkeitsprofil weist einen überraschend geringen Anteil an Spezialistenleistungen (18%) und einen hohen Anteil an Konsultationspositionen (47%) aus. Vermutlich ist dies darauf zurückzuführen, dass viele Spezialistenleistungen der Chirurgie über die Spitäler verrechnet werden, während die Chirurgen vorwiegend diejenigen Leistungen fakturieren, die sie in ihren privaten Sprechstunden erbringen. Dies verweist auf Grenzen der TARMED-Analyse.

### Individuelle Zuteilungen

Wenn das primäre Aufgabenfeld eines Arztes nicht aufgrund des Facharzttitels, sondern aufgrund der Tätigkeiten beurteilt werden soll, müssen Schwellenwerte festgelegt werden, die darüber entscheiden, ein Arzt als Grundversorger

zählt. Um die Konsequenzen eines solchen Kriteriums abzuschätzen, sind Kenntnisse von Häufigkeitsverteilungen erforderlich.

Wie solche Verteilungen einzelner Positionen oder Leistungskategorien aussehen können, haben wir am Beispiel der Besuchspositionen untersucht. Diese Leistung scheint deshalb gut geeignet, weil ihr Status als typische Grundversorgertätigkeit unbestritten sein dürfte. Gleichzeitig handelt es sich um eine Dienstleistung, die nicht auf ein spezifisches medizinisches Fachgebiet konzentriert ist. Die Verteilungen wurden nach der durchschnittlichen Besuchszeit pro Woche erstellt (Abb. 2).

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

Mit Abstand am meisten Zeit auf Besuchen verbringen die Allgemeinmediziner und Internisten: 70% der Allgemeinmediziner und 63% der Internisten fakturieren pro Woche im Durchschnitt mindestens 20 Minuten Besuchszeit. Mit erheblichem Abstand auf die genannten Fachrichtungen folgen die Praktischen Ärzte, danach die Rheumatologie und die Kardiologie. Nur geringe Werte weist hier die Kinder- und Jugendmedizin aus, die häufig als vierter Grundversorgertitel genannt wird. Offensichtlich hat dies damit zu tun, dass Kinder oftmals von Erwachse-

nen begleitet und transportiert werden.

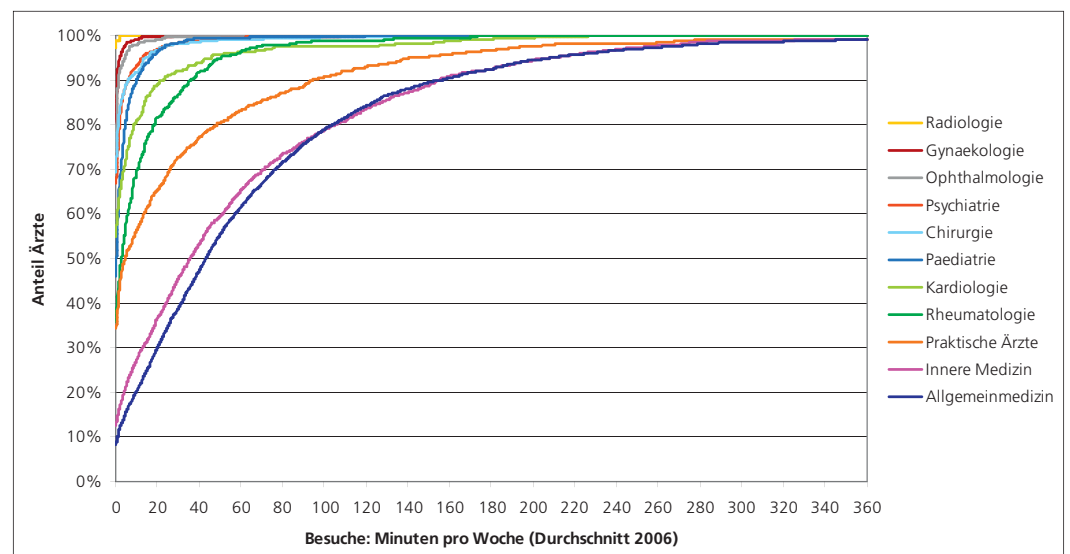
Es wäre zweifellos viel zu vereinfachend, den Grundversorger- oder Spezialistenstatus einzig von der Häufigkeit der Hausbesuche abhängig zu machen. Trotzdem lässt sich exemplarisch aufzeigen, welche Herausforderungen sich bei der Definition möglicher Schwellenwerte stellen. Angenommen, man würde den Grundversorgerstatus einzig Ärzten zusprechen, die im Durchschnitt 20 Minuten Besuchszeit pro Woche ausweisen: Nach diesem Kriterium würden 18% der Rheumatologen einen wichtigen Beitrag an die Grundversorgung leisten oder gar als Grundversorger eingestuft. Gleichzeitig würden aber auch 30% der Allgemeinmediziner nicht mehr als Grundversorger gelten. Diese Diskrepanz zwischen Titel und Einstufung müssten in Einzelfallanalysen plausibel gemacht werden: Es genügt nicht, neben dem Facharztstitel ein neues Kriterium zur Unterscheidung von Grundversorgern und Spezialisten einzuführen – es muss auch zu besseren Ergebnissen führen. Ebenso wäre abzuklären, wie sich die Besuchshäufigkeit zu anderen Merkmalen verhält, die für Grundversorger als typisch gelten: Lässt sich beispielsweise ein statistischer Zusammenhang zwischen dem Anteil an Besuchszeit und der Verwendung von «Grundversorgerpositionen» nachweisen? Und wie wäre mit Fällen umzugehen, in welchen die beiden Anteile stark auseinanderdriften?

### Folgerungen

Aus der explorativen Analyse der TARMED-Daten lassen sich zusammenfassend folgende Schlüsse ziehen:

**Abbildung 2**

Verteilung der Ärzte nach Besuchszeit und Facharztgruppe im Jahr 2006.



Quelle: Tarifpool santésuisse, Berechnungen: BASS

- Der TARMED ist mit gewissen Vorbehalten geeignet, Tätigkeitsprofile von praktizierenden Ärzten zu zeichnen. Die Durchschnittsprofile pro Facharzttrichtung sind insgesamt plausibel und erlauben es, verschiedene Gruppen zu bilden und voneinander abzugrenzen. Die unterscheidungsrelevanten Kategorien könnten sich allenfalls eignen, um im Einzelfall unabhängig vom Facharzttitel zu bestimmen, ob ein Arzt hauptsächlich im Bereich der Grundversorgung tätig ist.
- Für die Zuteilung von Einzelfällen müssten für eine oder mehrere Kategorien Schwellenwerte definiert werden. Methodisch setzt dies Häufigkeitsanalysen auf der Basis von Individualdaten der Leistungserbringer voraus. Ob sich für die anvisierten Kategorien sinnvolle und konsensfähige Schwellenwerte finden lassen, müsste eingehend untersucht werden. Am Beispiel der Besuchszeiten konnten einige Herausforderungen bei der Festlegung von Schwellenwerten veranschaulicht werden. Insbesondere muss durch eine Analyse von Einzelfällen abgesichert werden, dass neue Zuordnungen aufgrund der Schwellenwertanalyse tatsächlich zu einem nachvollziehbaren und besseren Ergebnis führen als die herkömmliche Einstufung nach Facharzttitel. Besonders erklärungsbedürftig erscheint die Situation, in der Fachärzte mit Grundversorgertitel den Schwellenwert für Grundversorger nicht erreichen.
- Die Probleme bei der Definition des Schwellenwertes können dann reduziert werden, wenn man das Tätigkeitsprofil nicht als einziges Zuteilungskriterium verwendet, sondern es ergänzend zum Facharzttitel heranzieht. Bei diesem Vorgehen würden Grundversorger und Spezialisten weiterhin primär nach ihrem Facharzttitel unterschieden. Jedoch würden zusätzlich minimale Tätigkeitsprofile definiert, die sie erfüllen müssen. So könnte man etwa festlegen, dass Ärzte mit Spezialistentitel, die – um einen willkürlichen Schwellenwert zu nennen – mehr als 80% ihrer Tätigkeiten auf Grundversorger- und Konsultationspositionen abrechnen, trotz ihres Facharzttitels als Grundversorger gelten. Umgekehrt könnte man beispielsweise Ärzte mit einem Grundversorgertitel, die weniger als 20% ihrer Tätigkeit auf Grundversorger- und Konsultationspositionen abrechnen, als Spezialisten einstufen. Selbstverständlich müssten auch hier die Auswirkungen solcher Schwellenwerte vorgängig detailliert überprüft werden.
- Bei einer vertieften Analyse von TARMED-Daten müssten zwei mögliche Quellen von Verzerrungen thematisiert und näher untersucht werden: 1. der Abdeckungsgrad der verwendeten Daten bezüglich Leistungen und Leistungserbringern; 2. mögliche Einflüsse der Taxierung und fachrichtungsspezifischen Abgrenzung von TARMED-Positionen auf das Abrechnungsverhalten der Ärzte.

**Gesamtbericht: Philipp Dubach, Kilian Künzi (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS): Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von TARMED-Daten; im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.**

**Die Studie ist online unter folgender Adresse verfügbar: [www.buerobass.ch](http://www.buerobass.ch) → Gesund und gepflegt → Gesundheitspolitik und Versorgung**