



Charlotte Creiser, Sektion Gesundheitsversorgung (GESV)
5. Februar 2018

Erste Erhebung «Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren» (MAS 2015): Analyse von Teilnahme und Grundgesamtheit



Inhaltsverzeichnis

1	Genereller Kontext der Erhebung MAS	3
1.1	Ziele der Erhebung MAS	3
1.2	Rechtliche Grundlagen	3
1.3	Besonderheiten der ersten Erhebung MAS	3
2	Definition der Grundgesamtheit	3
3	Erläuterungen zur Gewichtungsmethode (METH)	6
4	Analyse der Teilnahme	6
4.1	Generelle Analyse	6
4.2	Analyse der Teilnahme nach Kanton	8
4.3	Gründe für Ausnahmen (periphere Population)	9
4.4	Gründe für Antwortausfälle (Non-Response)	10
4.5	Gründe für den Ausschluss von Unternehmen aus der Grundgesamtheit	11
5	Strukturanalyse nach Rechtsform	12
5.1	Vergleich der Verteilung der Rechtsformen in der Grundgesamtheit (Quelle: BUR) und in der gewichteten Population (Quelle: MAS)	12
5.2	Verteilung der Rechtsformen nach Kanton	13
5.3	Verteilung der Erwerbsstatus nach Rechtsform	13
5.4	Medizinische Ausrichtung nach Rechtsform	14
6	Verteilung der medizinischen Tätigkeit nach Alter	15
6.1	Erwerbsstatus der Ärztinnen und Ärzte nach Altersklasse	15
6.2	Beschäftigung der Ärztinnen und Ärzte nach Altersklasse und nach medizinischer Ausrichtung der Standorte	16
7	Ambulante Tätigkeiten an mehreren Standorten	16
7.1	Charakterisierung der Unternehmen mit mehreren Standorten nach Rechtsform ...	16
7.2	Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die an mehreren Standorten tätig sind	17
8	Zusammenfassung	18



1 Genereller Kontext der Erhebung MAS

1.1 Ziele der Erhebung MAS

Die Erhebung ist ein wichtiger Meilenstein der datenbasierten Beschreibung der Schweizer Gesundheitsversorgung. Sie soll Wissenslücken in diesem Bereich schliessen. Mittelfristig wird es möglich sein, präzise Aussagen beispielsweise zum Gesundheitsversorgungssystem oder zu den Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu machen.

Mit der Erhebung soll ein faktenbasierter Gesamtüberblick über den ambulanten Sektor und dessen Funktionsweise geschaffen werden. Sie trägt dazu bei, zufriedenstellende Lösungen und Tarife für die Gesundheitsversorgung zu finden.

Darüber hinaus wird der Fokus nicht allein auf die einzelnen Ärztinnen und Ärzte, sondern erstmals auch auf die Arztpraxen und die ambulanten Zentren sowie ihre Standorte gelegt.

Schliesslich werden die Aktualisierung und die Bereinigung der Adressen der befragten Arztpraxen und ambulanten Zentren sowohl den Registern und den Kantonen als auch den Ärztesellschaften sowie den Ärztinnen und Ärzten selbst zugutekommen.

1.2 Rechtliche Grundlagen

Die Erhebung «Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren» (Medical Ambulatory – Structure: MAS) ist Teil des Projekts MARS (Modules ambulatoires des relevés sur la santé). Sie erfüllt wie alle Erhebungen im Bereich Gesundheit einen doppelten gesetzlichen Auftrag gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG; Art. 23 und 59a) sowie dem Bundesstatistikgesetz und der Statistikerhebungsverordnung. Die Erhebung MAS dient somit sowohl statistischen als auch aufsichtsrechtlichen Zwecken. Aus diesem Grund handelt es sich um eine obligatorische, jährlich durchgeführte Vollerhebung.

1.3 Besonderheiten der ersten Erhebung MAS

Die erste Erhebung MAS begann am 15. November 2016 und wurde bis zum 15. Juni 2017 verlängert. Die dabei erhobenen Daten von 2015 können nicht zu aufsichtsrechtlichen Zwecken verwendet werden, da das Bearbeitungsreglement zur Umsetzung des Artikels 59a KVG erst am 20. März 2017, d.h. während der Erhebung publiziert wurde. Dieses Reglement klärt die Weitergabe von Daten im Rahmen von Artikel 59a KVG und gilt für zukünftige Erhebungen. Die erste Erhebung MAS erfolgte somit ausschliesslich zu statistischen Zwecken. Dies impliziert, dass die Daten vollständig anonymisiert genutzt werden. Das BFS verwendet und publiziert die Daten zu statistischen Zwecken in erster Instanz.

2 Definition der Grundgesamtheit

Im Rahmen der Erhebung MAS werden Unternehmen, d.h. juristische Einheiten, die damit eine Rechtspersönlichkeit haben, befragt. Die Einzelunternehmen sind oft auch natürliche Personen. Immer häufiger sind die Arztpraxen und ambulanten Zentren in der Schweiz Teil von Gruppenpraxen mit komplexen Rechtsformen und ganz unterschiedlichen Finanzstrukturen. Um diese Situation zu erfassen, müssen diese Strukturen beschrieben werden, die auch die Verwaltung der Sprechstunden sowie der Patientendossiers mitbestimmen, was zu einer neuen Aufgabenteilung führt. Die ambulanten medizinischen Einrichtungen werden nicht mehr allein von der Ärzteschaft betrieben und finanziert, sondern



auch von anderen Akteuren wie der Privatwirtschaft, den Versicherungen, den Kantonen und Gemeinden oder den Spitälern.

Die Erhebung über die Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren richtet sich demnach sowohl an die nach KVG abrechnenden selbstständig erwerbenden Ärztinnen und Ärzte sowie Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, als auch an andere Institutionen des ambulanten Sektors, die nicht zu Lasten des KVG abrechnen, wie beispielsweise Kliniken für kosmetische Chirurgie. Es geht also darum, entsprechend dem statistischen Auftrag des BFS ein möglichst vollständiges Bild des ambulanten Bereichs zu erhalten.

Zur Erfüllung des aufsichtsrechtlichen Auftrags des KVG braucht es sowohl eine qualitativ hochwertige statistische Datengrundlage als auch eine korrekte Beschreibung der nach KVG abrechnenden Einrichtungen. Heute entspricht die abrechnende Person oder Institution nicht mehr zwingend der medizinisch verantwortlichen Person. Seit rund zwanzig Jahren sind Ärztinnen und Ärzte, die sich in ihrer eigenen Praxis allein – ohne Delegation oder Aufteilung der Verantwortung – sowohl um ihre Patientinnen und Patienten als auch um die administrativen Arbeiten, das Personal und die Finanzen kümmern, nicht mehr das einzige Modell. In Einrichtungen wie ambulanten Zentren, die nichtärztlich geführt werden, ist die medizinische Verantwortung (Verantwortung der Ärztin bzw. des Arztes gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten) klar von der rechtlichen und in manchen Fällen auch von der finanziellen Haftung getrennt.

Die Erkenntnisse aus der Erhebung und der Statistik über die ärztliche Population kommen zunächst den Kantonen zugute: Im Rahmen ihrer Zuständigkeit im Gesundheitsbereich können sie unter anderem den ambulanten Sektor steuern und sind verantwortlich für die Erteilung der Berufsausübungs- und die Betriebsbewilligungen für die ambulanten ärztlichen Institutionen. Auch die Ärzteschaft kann von den Erkenntnissen profitieren, die bezüglich ihrer Organisationsformen und deren geografischer Verteilung gewonnen werden.

Zur Beschreibung der Gesundheitsversorgung ist nicht nur das Unternehmen als juristische Einheit interessant, sondern auch der Standort («point of care»), an dem die medizinischen Leistungen erbracht werden. Die Bestimmung des «point of care», liefert jenen Kantonen, die die ambulante Gesundheitsversorgung noch besser steuern möchten, Informationen aus erster Hand. Für administrative oder andere Zwecke wie Hotellerie oder Fitness genutzte Standorte machen zusätzliche Angaben zur Diversifizierung der Aktivitäten dieser Einrichtungen. Diese Standorte werden jedoch per se in der Erhebung MAS nicht befragt.

Die in der Erhebung MAS befragten Unternehmen werden nach mehreren kumulativen Kriterien bestimmt:

- Sie stehen nicht auf der Liste der Spitäler, die an der Krankenhausstatistik (KS) teilnehmen.
- Eigentümerinnen bzw. Eigentümer von Einzelunternehmen verfügen über eine Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung gemäss MedBG (siehe Kasten «Zum Begriff «selbstständig»»); Unternehmen mit anderen Rechtsformen beschäftigen mindestens eine Ärztin oder einen Arzt.
- Sie sind die kleinste juristische Einheit (eine aus mehreren Einzelunternehmen zusammengesetzte einfache Gesellschaft wird beispielsweise in der Erhebung MAS nicht als solche erfasst).
- Sie zahlen einen oder mehrere AHV-Beiträge für die Unternehmenstätigkeit (AHV als Selbstständigerwerbende/Arbeitgebende, AHV für Arbeitnehmende).



Zum Begriff «selbstständig»

Bis zum Inkrafttreten der Revisionen des Medizinalberufegesetzes (MedBG) sowie der Registerverordnung MedBG am 1. Januar 2018 entsprach die Selbstständigkeit der juristischen und wirtschaftlichen Unabhängigkeit der Ärztin bzw. des Arztes.

Neu wird der Begriff der «selbstständigen Berufsausübung» ersetzt durch «privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung». Dies bedeutet, dass privatwirtschaftlich – beispielsweise in einer AG – angestellte Ärztinnen und Ärzte über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen müssen. Um den Erwerbsstatus der Ärztin oder des Arztes zu ermitteln, wären daher in den kantonalen Bewilligungsregistern und im MedReg weitere Kriterien wie die Rechtsform und die Berufsausübungsmodalität für jeden Standort (freiberuflich / im Spital angestellt / anderweitig angestellt / gemischt) notwendig. Ab Januar 2020 sind die Kantone verpflichtet, im MedReg anzugeben, ob die Ärztin bzw. der Arzt ein Einzelunternehmen betreibt.

Auch die Aktualisierung der Daten zur Aktivität im MedReg ist zentral. Um den Ärztinnen und Ärzten diese Aufgabe zu erleichtern, ist es unabdingbar, dass sie Änderungen nur einmal pro Jahr melden müssen und dass die ganze Registerkette von den Kantonen bis zum BUR aktualisiert wird. Das MedReg sollte schrittweise zu einer zentralen Anlaufstelle für die Aktualisierung der Adressen und des Aktivitätsstatus der Ärztinnen und Ärzte werden.

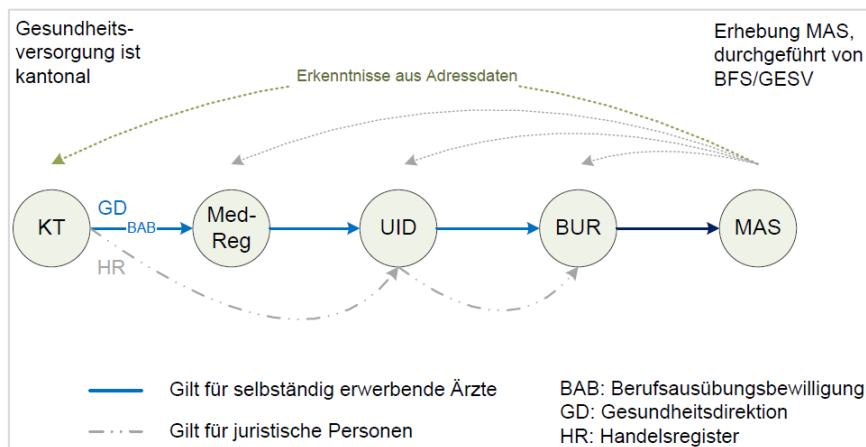
Direkte und indirekte Quellen

Das Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) des BFS dient als direkte Quelle zur Bestimmung der Grundgesamtheit für die Erhebung MAS und zur Extraktion der notwendigen Adressdaten für die Initialisierung der Erhebung. Es ist eng mit dem Register der Unternehmens-Identifikationsnummern (UID-Register) gekoppelt, das ebenfalls vom BFS geführt wird und sämtliche Unternehmen in der Schweiz identifiziert. Die Hierarchie der UID-Quellen ist in Artikel 3 der Verordnung über die Unternehmens-Identifikationsnummer (UIDV) festgelegt. Die beauftragten UID-Stellen melden dem BFS die UID-Einheiten und deren Mutationen nach absteigender Priorität wie folgt:

- Handelsregister: kantonale Handelsregister, Zentralregister des Eidgenössischen Amtes für das Handelsregister
- Branchenregister: Medizinalberuferegister (MedReg)
- Register der AHV-Ausgleichskassen, kantonale Steuerregister, Mehrwertsteuerregister
- weitere Register wie das BUR

Für selbstständigen Ärztinnen und Ärzte im unternehmerischen Sinne (Einzelunternehmen), die im UID eingetragen sind, dient als Branchenregister das MedReg. Dieses wird seinerseits von den kantonalen Gesundheitsdirektionen geführt, die ihre Informationen aus den von ihnen erteilten Berufsausübungs- und Betriebsbewilligungen ableiten. Die Initialdaten stammen somit von den kantonalen Gesundheitsdirektionen (und ihren Gesundheitsämtern), die als Bewilligungsbehörden das MedReg nachführen.

Die Qualität der Initialdaten der als Einzelunternehmen organisierten Arztpraxen hängt von der gesamten Kette Kanton–MedReg–UID–BUR–GESV ab, während jene der als AG, GmbH oder andere Rechtsform organisierten Arztpraxen und ambulanten Zentren primär durch das Handelsregister bestimmt wird (siehe nachfolgende Grafik «Die Registerkette der Initialdaten MAS»).



Grafik: Die Registerkette der Initialdaten MAS

Das Register der AHV-Ausgleichskassen ist nach dem UID-Register und dem BUR eine wichtige indirekte Quelle, unter anderem zur Überprüfung des Erwerbsstatus einer Ärztin bzw. eines Arztes.

3 Erläuterungen zur Gewichtungsmethode (METH)

In einem ersten Schritt wird aus dem BUR des BFS ein Auszug mit sämtlichen als Arztpraxen und ambulante Zentren geltenden Unternehmen erstellt. Alle betroffenen Unternehmen werden gebeten, an der Erhebung teilzunehmen. In der Praxis ist allerdings mit Antwortausfällen zu rechnen. Anhand des Datenerhebungsprozesses kann ausserdem ein bedeutender Anteil der nicht zur Grundgesamtheit gehörenden Einheiten identifiziert werden. Zudem gibt es einige Unternehmen, von denen das BFS keinerlei Rückmeldung erhält und bei denen unklar ist, ob sie zur Grundgesamtheit zählen oder nicht. Um den verschiedenen Aspekten des Antwortmechanismus Rechnung zu tragen, werden entsprechende Gewichte berechnet und den antwortenden Unternehmen zugeordnet. Hierzu werden Hilfsinformationen aus verschiedenen Administrativdatenquellen genutzt, die der Modellierung des Antwortmechanismus dienen. Es handelt sich insbesondere um geografische Informationen sowie Angaben zur Allgemeinen Systematik der Wirtschaftszweige (NOGA) und zur Zahl der Beschäftigten. Diese Hilfsinformationen werden anhand von logistischen Regressionen genutzt.

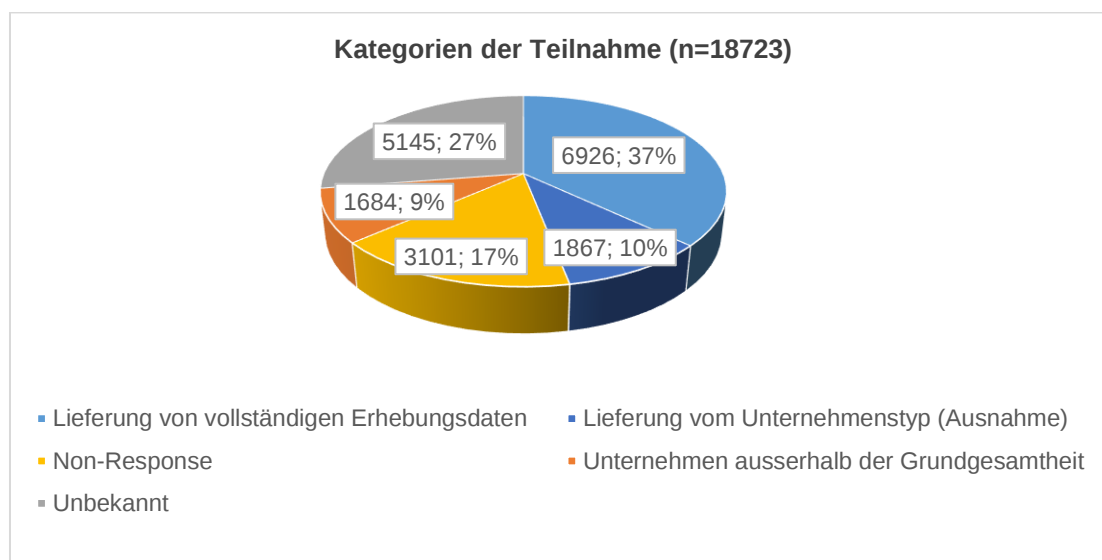
4 Analyse der Teilnahme

4.1 Generelle Analyse

Die Lieferquote der im Rahmen der Erhebung MAS 2015 befragten Unternehmen belief sich auf rund 47%. Die Gründe für Antwortausfälle (Non-Response) sowie für Antworten von Unternehmen, die nicht zur Grundgesamtheit gehören, sind weitgehend erklärbar. Bei Letzteren handelt es sich um fälschlicherweise für die Erhebung MAS kontaktierte Unternehmen (9%). Werden diese ausgeklammert, beläuft sich die Lieferquote auf rund 51%. In beiden Fällen stellte folglich nahezu jedes zweite befragte Unternehmen Erhebungsdaten zur Verfügung. Lediglich 27% der befragten Unternehmen gaben keine Auskunft zu ihrer Situation. Nahezu drei Viertel der befragten Unternehmen lieferten Erhebungsdaten.



Informationen zum Unternehmenstyp (Ausnahme) oder zumindest Angaben zu ihren Initialdaten. Somit kann die erste Erhebung MAS als erfolgreich betrachtet werden.



Bei den Teilnehmenden (47%) wird zwischen vollständigen Datenlieferungen (37% der befragten Unternehmen) und Angaben zum Unternehmenstyp (10%: periphere Population) unterschieden. Die Unternehmen der peripheren Population konnten ihren Unternehmenstyp nur angeben, wenn sie am 31. Dezember 2015 eines der folgenden Kriterien erfüllten: einen Jahresumsatz von weniger als 30 000 Franken oder das Fehlen einer eigenen Infrastruktur für ambulante Behandlungen. Bei dieser ersten Erhebung ging es darum, ihre Zahl abzuschätzen. Diese Unternehmen werden nachfolgend als «periphere Population» bezeichnet (siehe Abschnitt 4.3).

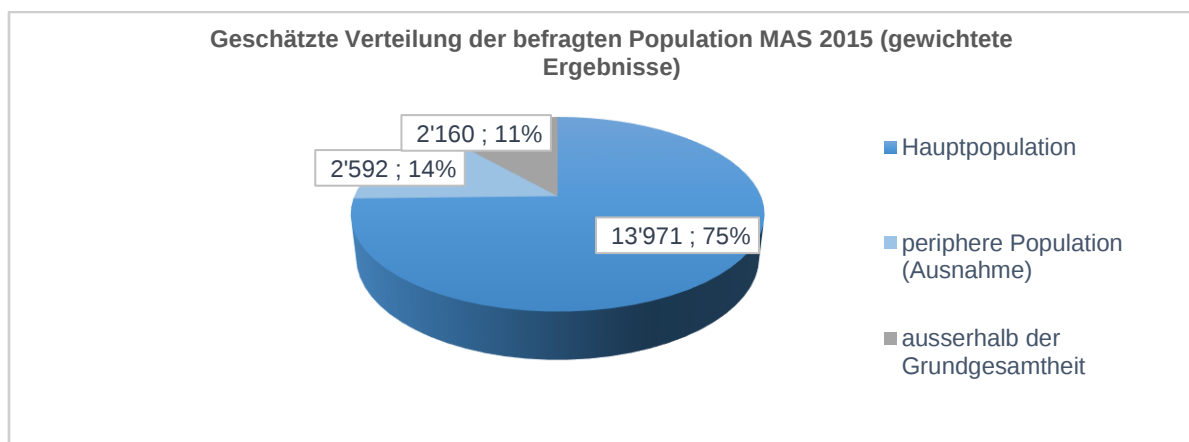
Der Entscheid, einem Unternehmen die Nichtteilnahme an der Erhebung MAS zu gestatten, beruht auf der Erklärung des Unternehmens sowie auf einer allfälligen Überprüfung verschiedener Quellen einschliesslich BUR. Wenn die Unternehmen melden, dass sie fälschlicherweise zur Teilnahme verpflichtet wurden, werden sie umgehend darüber informiert, dass diese Informationen an den Kanton ihres Unternehmenssitzes sowie an die betroffenen Register weitergeleitet werden. Sie deklarieren somit ihre administrative Situation bewusst.

Während und nach der Erhebung MAS lässt das BFS den betroffenen Kantonen und Registern Dateien mit den gemeldeten Änderungen der Adresse oder der Geschäftstätigkeit zukommen.

Der definitive Entscheid betreffend der administrativen Situation der Unternehmen obliegt den Kantonen und den betroffenen Registern, wodurch sich die Anteile der erfassten Teilnahme-kategorien leicht verändern können.

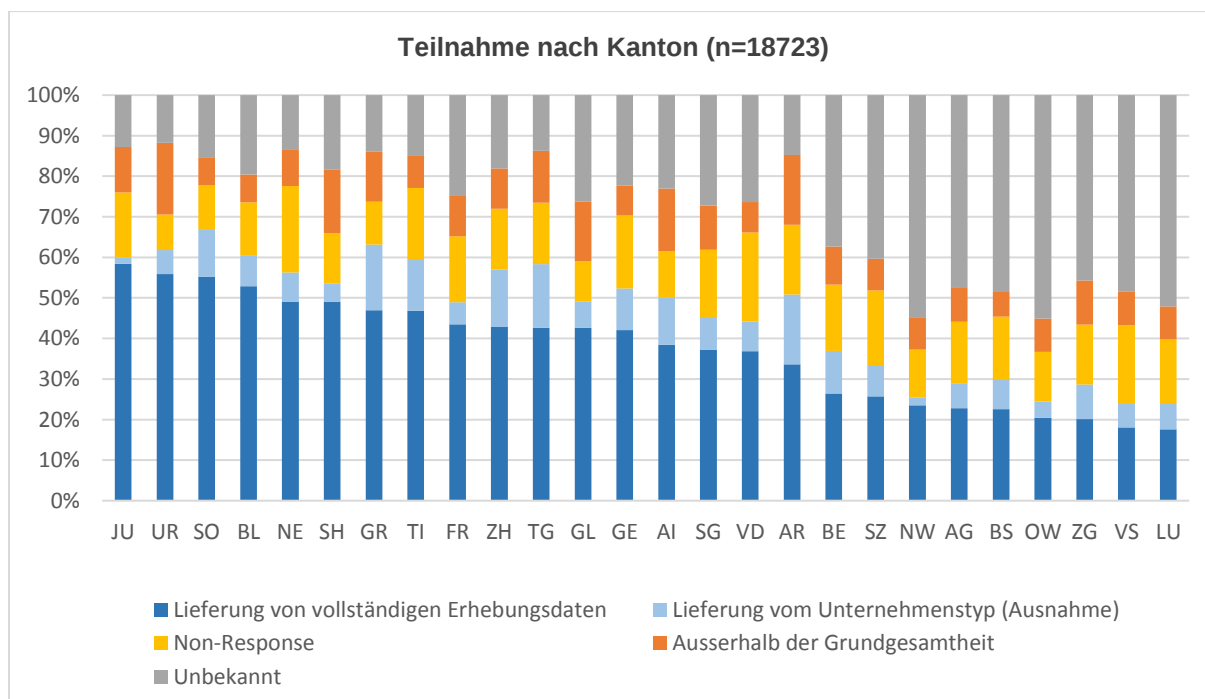
Geschätzte Verteilung der Teilnahmepopulation

Die gewichteten Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass aufgrund von Problemen bei der Registeraktualisierung bis zu 11% der Unternehmen (2160 Einheiten) fälschlicherweise kontaktiert worden sein könnten und nicht zur Grundgesamtheit gehören. Die Zahl der Arztpraxen und ambulanten Zentren, einschliesslich der Peripheren Population, würde sich somit auf 16 563 belaufen und die Hauptpopulation würde 13 971 Arztpraxen und ambulante Zentren umfassen. Grund dafür kann die seit mehreren Jahren zunehmende Verbreitung von Unternehmen mit anderen Rechtsformen als Einzelunternehmen sein, in denen mehrere Ärztinnen und Ärzte angestellt sind.



4.2 Analyse der Teilnahme nach Kanton

Eine wichtige Voraussetzung für die Teilnahme der Ärzteschaft an der Erhebung MAS 2015 war, dass die FMH als wichtigste Berufsorganisation sowie ihre Partner (Ärtekasse und NewIndex) die Datenlieferung zu statistischen Zwecken unterstützten. Schnittstellen zu den bestehenden Datensammlungen der Ärztekasse (RoKo), der NewIndex, der FMH und des MedReg vereinfachten den Unternehmen die Datenerfassung. Einerseits konnten dadurch mit wenigen Klicks bestehende Daten importiert, andererseits eine hohe Datenqualität gewährleistet werden.



Auch die Empfehlungen der kantonalen Ärztesgesellschaften beeinflussten die Lieferquote. Die Kantone, deren Ärztesgesellschaften die Erhebung MAS unterstützten, erreichen die höchsten Lieferquoten. Im Mittelfeld befinden sich die Kantone, deren Ärztesgesellschaften das Inkrafttreten des Bearbeitungsreglements zu Artikel 59a KVG abwarteten, bevor sie eine Teilnahme empfahlen. In den Kantonen, deren Ärztesgesellschaften den Mitgliedern von einer Lieferung der Erhebungsdaten abrieten, belief sich die Lieferquote auf rund 30% oder weniger,

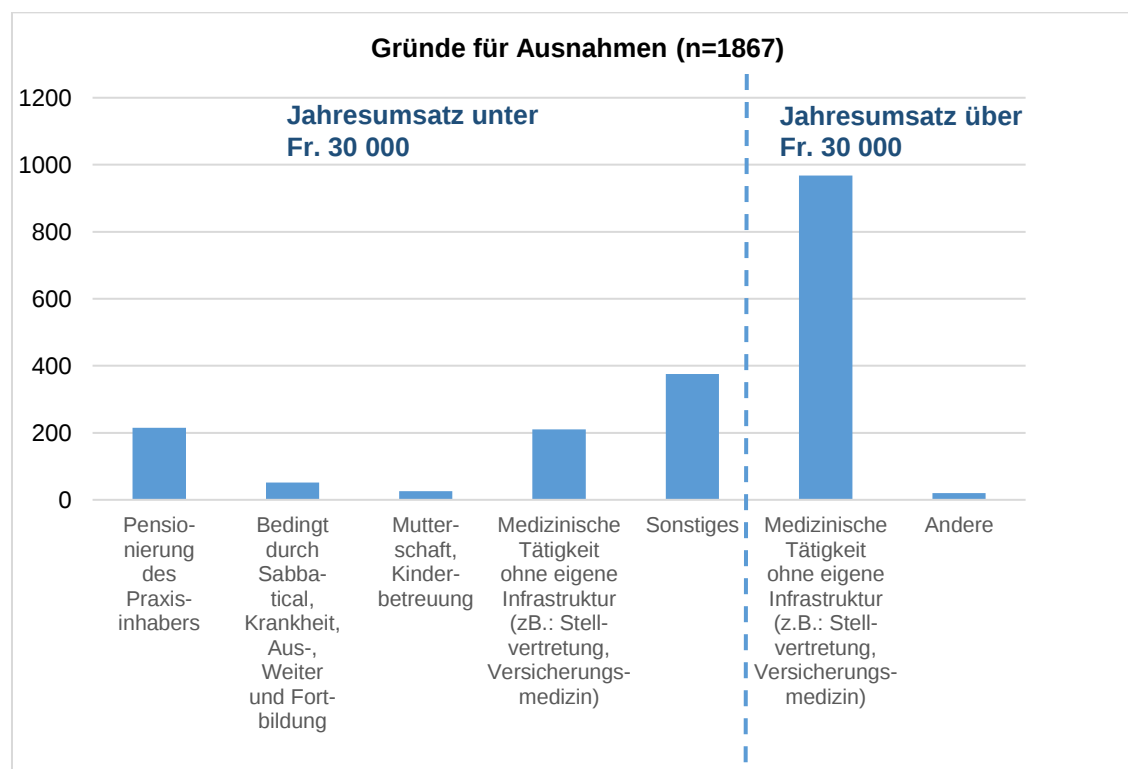


d.h. sie war fast halb so hoch wie in den Kantonen mit den höchsten Rücklaufquoten. Für die hohe Quote vollständiger Datenlieferungen in einem Kanton gibt es aber auch noch andere Erklärungen. Einige Arztpraxen und ambulante Zentren lieferten MAS-Daten, ohne die Aufforderungen oder externen Empfehlungen zu berücksichtigen bzw. zu kennen. Ausserdem wurde die Aufbereitung der Daten für die Erhebung MAS in einigen Kantonen durch das dynamische Geflecht der TrustCenter und auf Arztpraxen spezialisierten Treuhänder vereinfacht.

Insgesamt sind die summierten Anteile der Antwortausfälle und der Antworten von Einheiten ausserhalb der Grundgesamtheit unabhängig von der Lieferquote in allen Kantonen ungefähr gleich hoch. Daraus lässt sich schliessen, dass die befragten Unternehmen ihre Daten unabhängig von persönlichen oder politischen Beweggründen beim BFS bereinigt haben.

4.3 Gründe für Ausnahmen (periphere Population)

Die periphere Population der Erhebung MAS umfasst hauptsächlich Einzelunternehmen mit einem Jahresumsatz von mehr als 30 000 Franken, die jedoch über keine eigene Infrastruktur für ambulante Tätigkeiten verfügen. Dazu gehören insbesondere Spitalärztinnen und -ärzte, die über das Spital abrechnen, aber ihre AHV-Beiträge als Selbstständigerwerbende leisten. Diese Ärztinnen und Ärzte behandeln ambulante Patientinnen und Patienten im Spital und werden daher in der Krankenhausstatistik (KS) als Externe erfasst. Sie haben typischerweise ihre eigenen Sprechstunden, verfügen aber über keine eigene Praxis und werden auf Honorarbasis entschädigt. Für die Benutzung der Infrastruktur behält das Spital einen Teil des Honorars ein. Auch ärztliche Stellvertreterinnen und Stellvertreter sowie Versicherungsärztinnen und -ärzte fallen unter diese Kategorie.



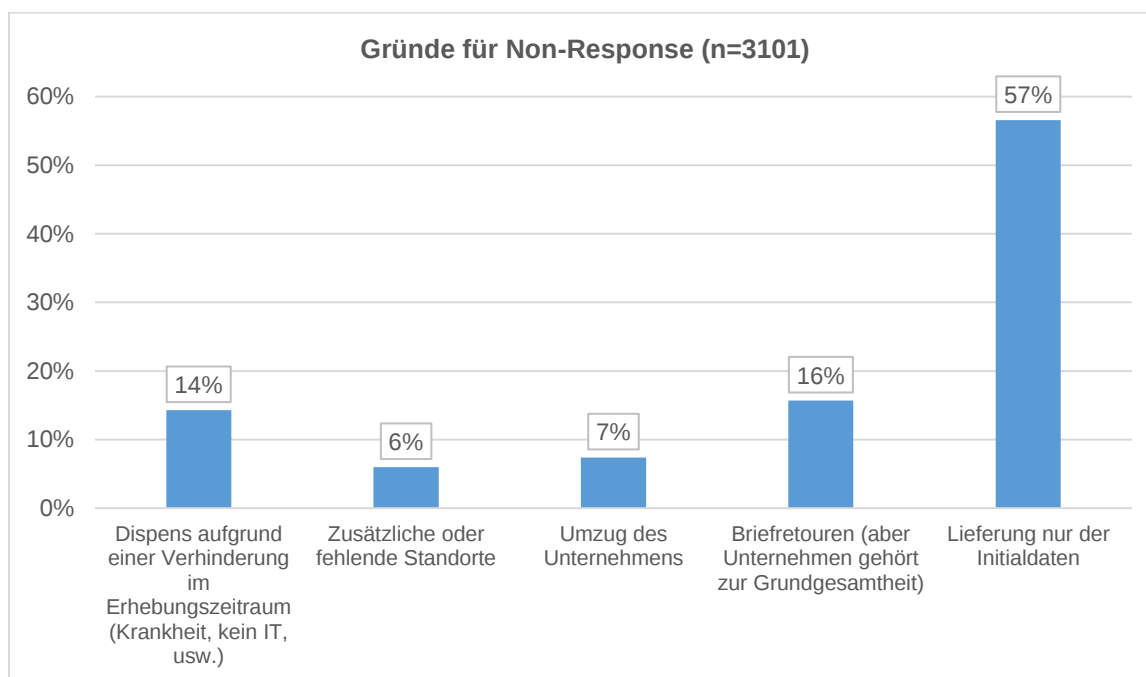


Weitere Gründe für Ausnahmen betreffen Unternehmen mit einem Jahresumsatz von weniger als 30 000 Franken. Die Rubrik «Sonstiges» umfasst Einzelunternehmen, die über keine eigene Infrastruktur für ambulante Tätigkeiten verfügen, wie ärztliche Stellvertreterinnen und Stellvertreter sowie Versicherungsärztinnen und -ärzte. Eine weitere wichtige Kategorie mit einem Jahresumsatz unter 30 000 Franken sind die Ärztinnen und Ärzte im Rentenalter, die sich vorbehalten, mit ihrer Bewilligung weiterhin Rezepte für ihre Angehörigen auszustellen.

4.4 Gründe für Antwortausfälle (Non-Response)

Zu den Antwortausfällen werden Unternehmen gezählt, die den Fragebogen der Erhebung MAS 2015 zwar erhalten haben, aber nicht in der Lage waren, ihn auszufüllen.

57% der Antwortausfälle sind auf unvollständige Fragebogen und damit lückenhafte Datenlieferungen zurückzuführen. Einige Unternehmen hatten keine Zeit, den Fragebogen abzuschliessen und die erfragten Informationen zu suchen. Andere verstanden bestimmte Mechanismen des Fragebogens nicht. Für die Erhebung MAS zum Referenzjahr 2017, die im November 2018 beginnt, ist eine optimierte, besser verständliche Version des Fragebogens in Vorbereitung. Ein Teil der Antwortausfälle ist darauf zurückzuführen, dass die Genehmigung der kantonalen Ärztesgesellschaft ausblieb, obwohl die Daten für die Lieferung an das BFS bereit waren.



Neben Dispensen sind weitere Gründe für Antwortausfälle die Unerreichbarkeit der befragten Unternehmen (Briefretouren) sowie die Ungenauigkeit der Adressdaten in der Erhebung, die eine Teilnahme an der Erhebung verhinderten. Falsche Adressen sind meistens auf Umzüge und Standortverschiebungen (zusätzlicher Standort oder Einstellung der Tätigkeit an einem Standort) zurückzuführen.

Die kantonalen Gesundheitsämter und die betroffenen Register müssen die Möglichkeit haben, die Adressen der Arztpraxen und ambulanten Zentren sowie deren Standorte regelmässig zu aktualisieren, und zwar unabhängig davon, ob nach KVG abgerechnet wird oder nicht. Nur so kann die Rücklaufquote der Erhebung MAS erhöht und die Beschreibung des Gesundheitsversorgungssystems verbessert werden.

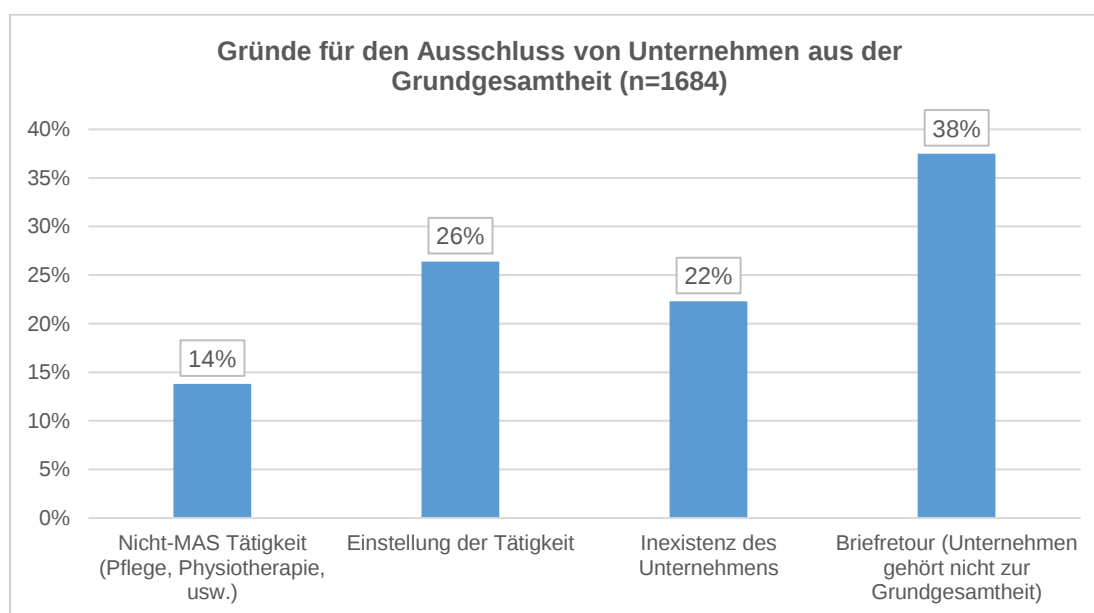


Der dritthäufigste Grund für Antwortausfälle sind Dispensen, die Praxen und Unternehmen erteilt werden, wenn sie im Erhebungszeitraum verhindert sind. Eine solche Befreiung von der Teilnahmepflicht erfolgt nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip und erfordert eine sorgfältige Prüfung der individuellen Situation der Arztpraxis. Die häufigsten Gründe für eine Dispens waren ein Tätigkeitswechsel nach dem 31. Dezember 2015, ein unverhältnismässig hoher Aufwand, das Alter oder eine Krankheit.

4.5 Gründe für den Ausschluss von Unternehmen aus der Grundgesamtheit

Der Ausschluss von Unternehmen aus der Grundgesamtheit der Erhebung MAS erfolgt hauptsächlich aufgrund von Briefretouren infolge Einstellung der Tätigkeit vor dem 31. Dezember 2015 oder Inexistenz des Unternehmens am Stichtag (31. Dezember 2015).

Die Einstellung der Tätigkeit ist in den meisten Fällen auf die Pensionierung der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers zurückzuführen. In selteneren Fällen die Tätigkeit auch infolge eines Konkurses oder eines Branchenwechsels eingestellt.



Die Inexistenz einer Praxis lässt sich damit erklären, dass eine Ärztin oder ein Arzt zwar im MedReg eingetragen ist und über eine Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung verfügt, die UID aber nur «für den Fall» erworben hat, ohne je eine Arztpraxis eröffnet zu haben. Darüber hinaus waren 2015 einige Unternehmen inexistent, weil sie ihre Tätigkeit noch nicht aufgenommen hatten, obwohl sie beispielsweise bereits ihr Gebäude errichtet und sich beim Handelsregister angemeldet hatten.

Bei 14% der fälschlicherweise kontaktierten Einheiten war im BUR ein falscher NOGA-Code erfasst. In den meisten Fällen wurden die für die Erhebung MAS relevanten NOGA-Codes der Allgemeinmedizin und der Spezialmedizin irrtümlicherweise für Berufe im Pflegebereich (Pflegefachperson) oder in der nichtärztlichen Alternativmedizin (Akupunktur) verwendet. Die Korrektur konnte jeweils direkt im Rahmen der Erhebung vorgenommen werden.

Wie bereits mehrfach erwähnt, müssen die kantonalen Gesundheitsämter und die betroffenen Register die Möglichkeit haben, die Adressen der Arztpraxen und ambulanten Zentren sowie



deren Standorte regelmässig zu aktualisieren, und zwar unabhängig davon, ob diese nach KVG abrechnen oder nicht.

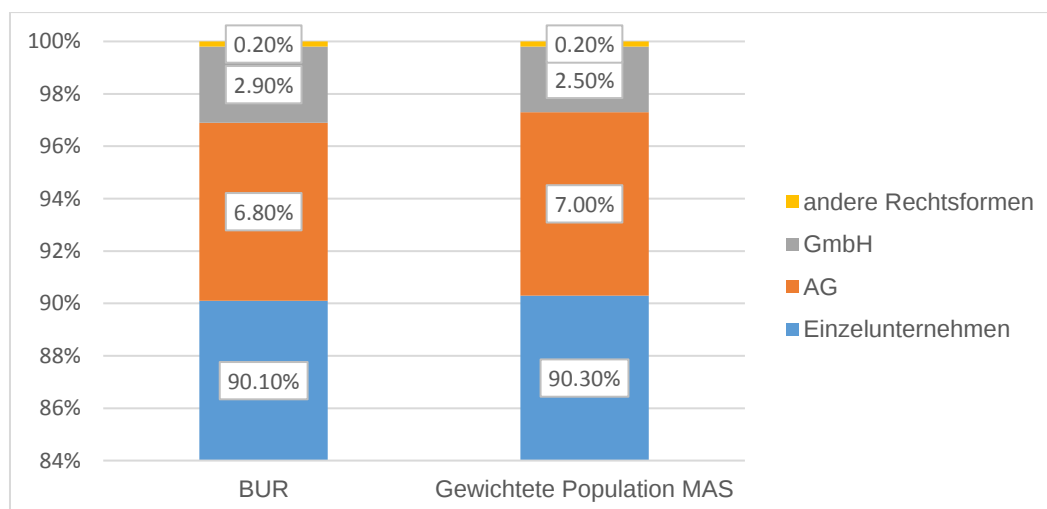
5 Strukturanalyse nach Rechtsform

5.1 Vergleich der Verteilung der Rechtsformen in der Grundgesamtheit (Quelle: BUR) und in der gewichteten Population (Quelle: MAS)

In der Grundgesamtheit der Erhebung MAS, die aus dem BUR ausgewählt wurde, sind die Rechtsformen ähnlich verteilt wie in der gewichteten Teilnahmepopulation. Daraus lässt sich schliessen, dass das BUR als Quelle qualitativ hochstehend und die verwendete Gewichtung plausibel ist. Dennoch gilt es einige Unterschiede hervorzuheben und zu erläutern.

Der Anteil der gewichteten Einzelunternehmen in der Erhebung MAS ist im Verhältnis leicht höher als der dem BUR entnommene Anteil Einzelunternehmen (Abweichung von 0,2 Prozentpunkten), wobei die inexistenten Unternehmen (angestellte Ärztinnen und Ärzte) und die Schliessungen (Pensionierte) aus der Teilnahmepopulation ausgeklammert wurden. Bei Letzteren handelt es sich mehrheitlich um Einzelunternehmen. Diese Abweichung lässt sich unter anderem damit erklären, dass bei der gewichteten Teilnahmepopulation die periphere Population berücksichtigt wurde. Wie im Abschnitt «4.3 Gründe für Ausnahmen (periphere Population)» erläutert wurde, umfasst die periphere Population unter anderem die Spitalärztinnen und -ärzte, die im Spital selbstständigen ambulanten Tätigkeiten nachgehen. Würde diese Population ausgeklammert, wäre die Zahl der als Einzelunternehmen organisierten Arztpraxen im Vergleich zur Grundgesamtheit gemäss BUR vermutlich proportional tiefer als die Zahl der Arztpraxen und ambulanten Zentren mit anderen Rechtsformen.

Hinzu kommt, dass AGs leicht stärker vertreten sind als in der Grundgesamtheit (+0,2%). Dagegen haben weniger GmbHs teilgenommen, was aber darauf zurückzuführen ist, dass einige Ärztinnen und Ärzte zusätzlich zu ihrem Einzelunternehmen eine GmbH gründen, um ihre Haftung zu beschränken. Sie zogen es teilweise vor, den Fragebogen der Erhebung MAS für ihr Einzelunternehmen auszufüllen, anstatt für ihre GmbH.

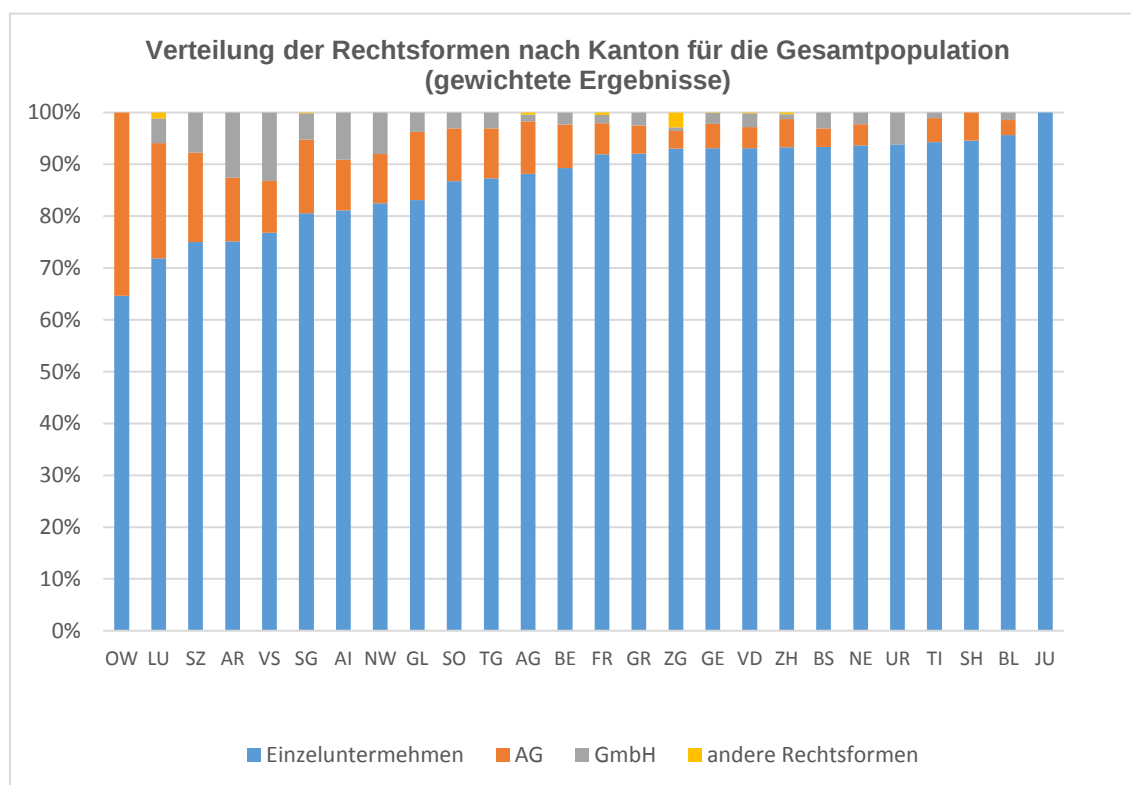




5.2 Verteilung der Rechtsformen nach Kanton

Betrachtet man das Verhältnis zwischen den Einzelunternehmen und den anderen Rechtsformen in aufsteigender Reihenfolge, sind erstere im Vergleich zu den AGs, den GmbHs und den Unternehmen mit anderen Rechtsformen in der Deutschschweiz weniger verbreitet als in der Westschweiz und im Tessin.

Diese Verhältnisse müssen jedoch insbesondere in den kleinen Kantonen mit Vorsicht betrachtet werden, denn sie basieren auf gewichteten Daten und bilden die Verteilung der Rechtsformen auf kantonaler Ebene nicht vollständig ab. Darüber hinaus haben die Divisoren (Teiler) je nach Kanton sehr unterschiedliche Grössen, was den Vergleich zusätzlich erschwert. Die ambulanten Zentren wurden von den Kantonen teilweise in der Krankenhausstatistik erfasst, obwohl sie eigentlich in die Erhebung MAS gehören. Der Entscheid, diese ambulanten Zentren aus der Krankenhausstatistik auszuschliessen, obliegt den Kantonen.



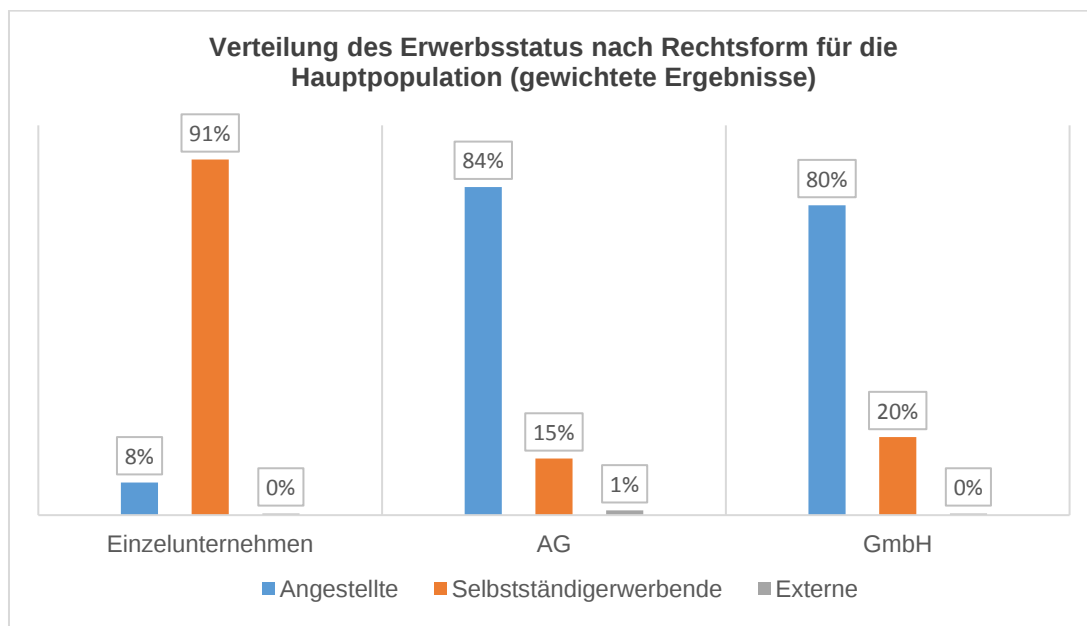
5.3 Verteilung der Erwerbsstatus nach Rechtsform

In der Hauptpopulation sind 8% der Beschäftigten in Einzelunternehmen angestellt. Dabei handelt es sich um Angestellte, die nicht in eigener fachlicher Verantwortung arbeiten, um ärztliche Stellvertretungen oder um Ehepartnerinnen und -partner.

15% der Beschäftigten in AGs sind selbstständig. Hier zeigt sich, dass sich neben dem traditionellen Modell der Selbstständigerwerbenden mit eigener Praxis zunehmend andere Beschäftigungsformen verbreiten. Selbstständige Ärztinnen und Ärzte in einer AG können in der Regel ihre Selbstständigkeit gemäss AHV behalten und zahlen ihre Sozialbeiträge selber, profitieren aber von den Vorteilen einer AG, die ihnen Infrastruktur und Personal zur Verfügung stellt und dafür einen festgelegten oder nicht festgelegten Pauschalbetrag vom Honorar zurückbehält («Honorarärztin bzw. -arzt»). Sie gelten jedoch nicht als Externe. Im Gegensatz



zu Belegärztinnen und -ärzten (Externe), die über eine eigene Praxis verfügen und lediglich bestimmte Leistungen erbringen, die nicht über die AG verrechnet werden, sind die Selbstständigen enger mit der AG verbunden. Belegärztinnen und -ärzte nutzen lediglich die Infrastruktur der AG oder des Spitals. Ärztinnen und Ärzte, die eigene Honorare verrechnen, werden auf der Webseite der AG oft nicht von der angestellten Ärzteschaft unterschieden und sind Teil des medizinischen Angebots der AG. Sie verfügen neben der AG nicht zwingend über eine eigene Arztpraxis. Zudem bringen sie keine eigenen Patientinnen und Patienten in die AG, sondern profitieren von den Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund der vielfältigen und sich allenfalls ergänzenden Versorgungsangebote für die AG entscheiden.



In den GmbH sind 20% der Beschäftigten selbstständig. Vielfach entscheiden sich Selbstständige aus Gründen der rechtlichen und finanziellen Haftung dafür, eine GmbH zu gründen.

5.4 Medizinische Ausrichtung nach Rechtsform

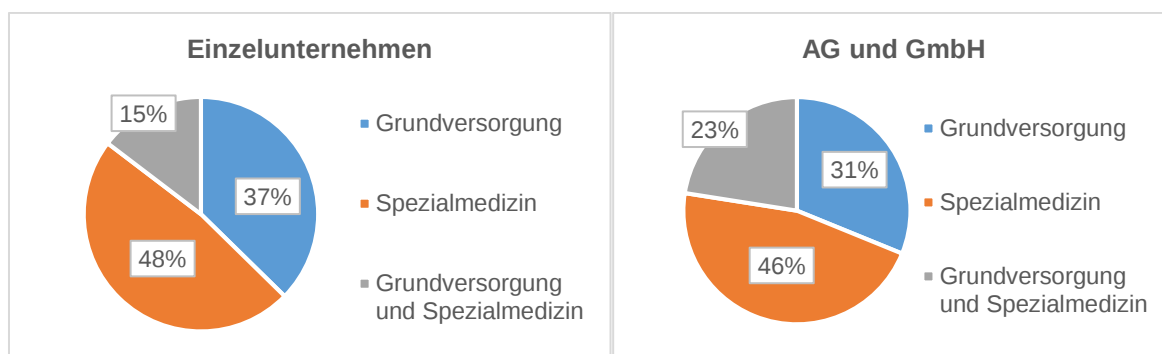
Grundversorgerinnen und Grundversorger sind in der Regel die erste Ansprechperson bei gesundheitlichen Problemen. Sie bemühen sich bei der Betreuung der Patientinnen und Patienten um Kontinuität und verweisen diese falls nötig an die entsprechenden Spezialärztinnen bzw. -ärzte. Die medizinische Grundversorgung umfasst die Allgemeine Innere Medizin, praktische Ärztinnen bzw. praktische Ärzte sowie die Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie).

Gemäss den unten dargestellten gewichteten Ergebnissen bieten die Einzelunternehmen zu 48% spezialmedizinische Leistungen und zu 37% ärztliche Grundversorgung an. 15% sind gemischtmedizinische Einrichtungen, d.h. sie erbringen beide Leistungsarten.

Die AGs und GmbHs bieten zu 46% spezialmedizinische Leistungen und zu 31% Grundversorgung an. Einrichtungen mit diesen Rechtsformen sind somit seltener in der Grundversorgung tätig als Einzelunternehmen. Sie verfügen jedoch zu 23% über ein gemischtes Angebot. Damit beträgt der Anteil der Grundversorgung am Gesamtangebot 54%.



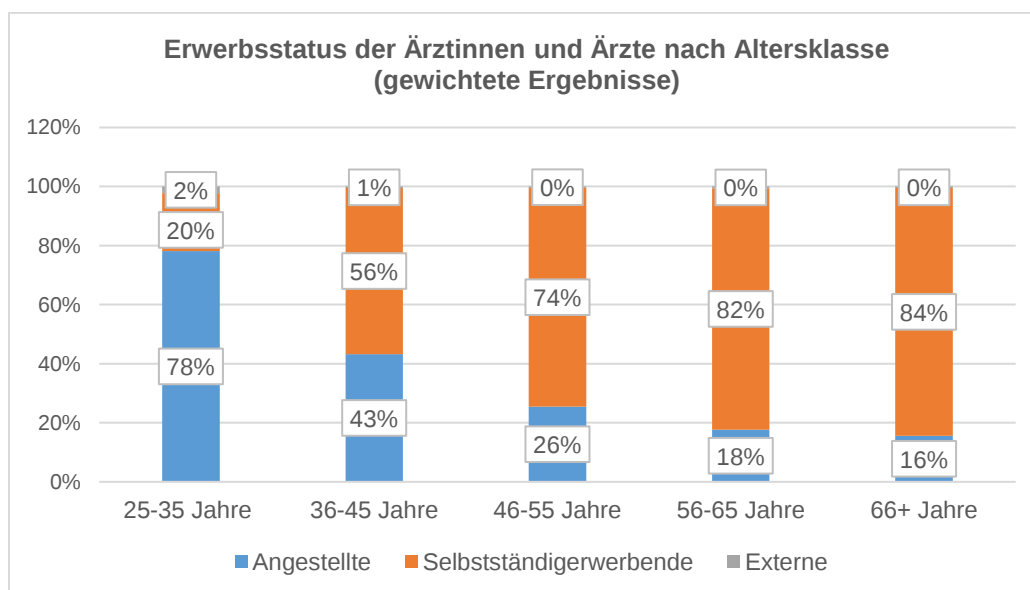
Bei den Einzelunternehmen beläuft sich der Anteil der Grundversorgung insgesamt auf 52%. Das zeigt, dass die Einzelunternehmen und die AGs und GmbHs beide Arten der Versorgung zu ähnlichen Anteilen anbieten, wobei die AGs und GmbHs häufiger ein gemischtes Angebot haben.



6 Verteilung der medizinischen Tätigkeit nach Alter

6.1 Erwerbsstatus der Ärztinnen und Ärzte nach Altersklasse

Die in Arztpraxen und/oder ambulanten Zentren tätigen 25- bis 35-jährigen Ärztinnen und Ärzte sind mehrheitlich (78%) angestellt. Bei den in Spitälern praktizierenden Ärztinnen und Ärzten zeigt sich ein ähnliches Bild. Rund die Hälfte (56%) der 36- bis 45-Jährigen ist selbstständig. Unter den 46- bis 65-Jährigen ist der Erwerbsstatus «angestellt» deutlich weniger verbreitet als in den jüngeren Altersklassen, während der Anteil der Selbstständigerwerbenden zunimmt. So sind bei den 46- bis 55-Jährigen 26% und bei den 56- bis 65-Jährigen nur noch 18% angestellt, wobei diese beiden Altersklassen mit 6093 bzw. 6036 Beschäftigten zahlenmässig am grössten sind. Die Ärztinnen und Ärzte ab 66 Jahren, die theoretisch bereits im Rentenalter sind, aber in der Erhebung MAS 2015 dennoch eine Tätigkeit anmeldeten, sind zu 84% selbstständig. Die Beschäftigtenzahl der Ärztinnen und Ärzte ab 66 Jahren in der Erhebung MAS beläuft sich auf 1798, während es bei den 25- bis 35-Jährigen lediglich 725 sind.

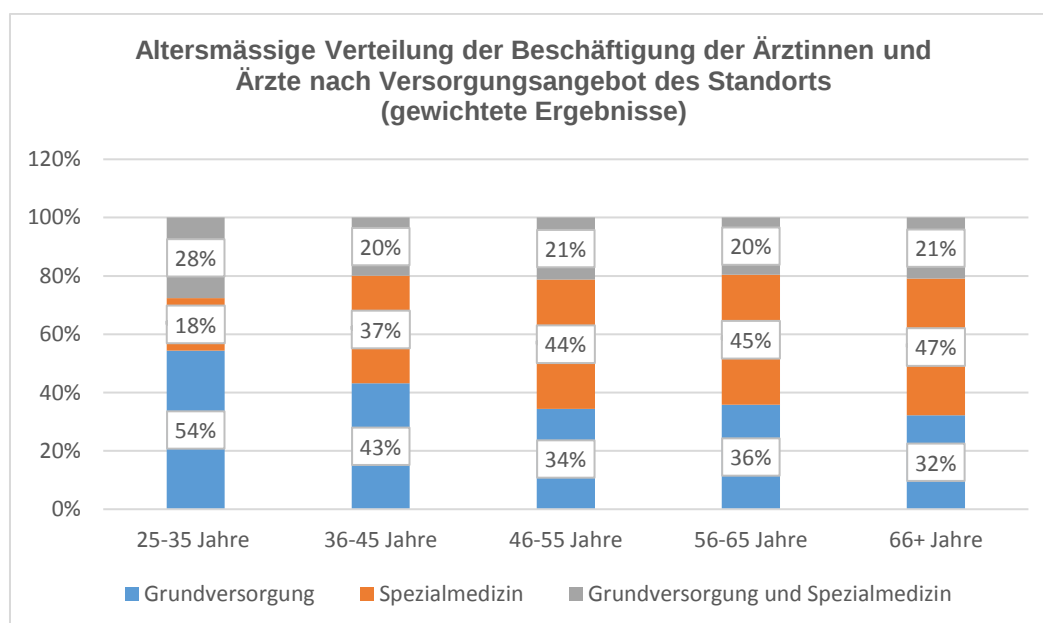




6.2 Beschäftigung der Ärztinnen und Ärzte nach Altersklasse und nach medizinischer Ausrichtung der Standorte

Ein Grossteil der Ärztinnen und Ärzte unter 35 Jahren ist an Standorten mit Grundversorgung oder mit einem gemischten Angebot beschäftigt. An rein spezialmedizinischen Standorten sind sie weniger stark vertreten. Die 36- bis 45-Jährigen sind mehrheitlich an Standorten mit reiner Grundversorgung tätig. Die Beschäftigung der 46- bis 55-Jährigen, der 56- bis 65-Jährigen sowie der Ärztinnen und Ärzte ab 66 Jahren ist hingegen gemäss der Erhebung MAS 2015 an Standorten mit rein spezialmedizinischer Ausrichtung höher als in anderen Standortkategorien.

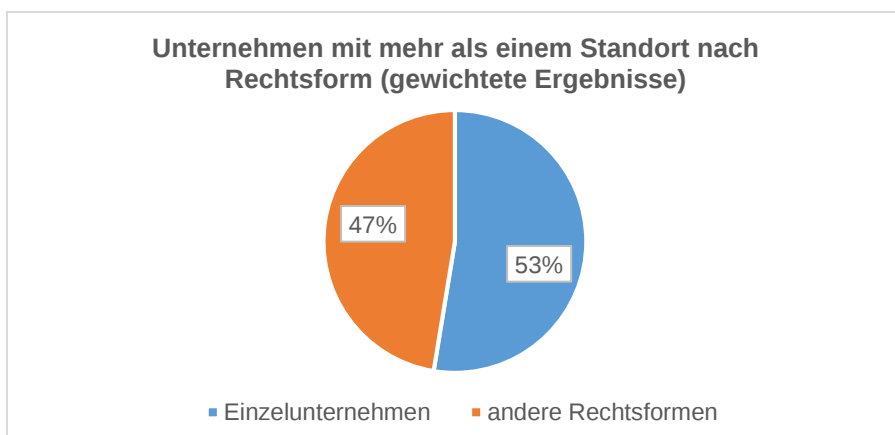
Relativ gesehen sind an gemischtmedizinischen Standorten mehr 25- bis 35-Jährige beschäftigt (28%) als ältere Kolleginnen und Kollegen (je nach Altersklasse zwischen 20% und 21%).



7 Ambulante Tätigkeiten an mehreren Standorten

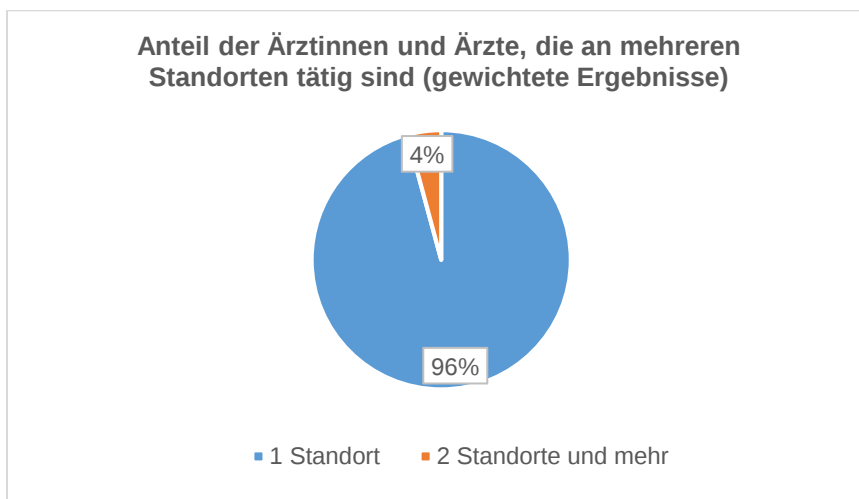
7.1 Charakterisierung der Unternehmen mit mehreren Standorten nach Rechtsform

Einzelunternehmen weisen im Vergleich zu anderen Rechtsformen häufiger mehrere Standorte auf. Es ist zu berücksichtigen, dass der Fragebogen der Erhebung MAS und das BUR nicht darauf ausgerichtet sind, sämtliche Standorte der Einzelunternehmen aufzulisten, an denen selbstständige Ärztinnen und Ärzte einer ambulanten Tätigkeit nachgehen (bisher wurden maximal zwei Standorte aufgeführt). Die Zahl der Einzelunternehmen mit mehreren Standorten dürfte demnach noch höher sein.

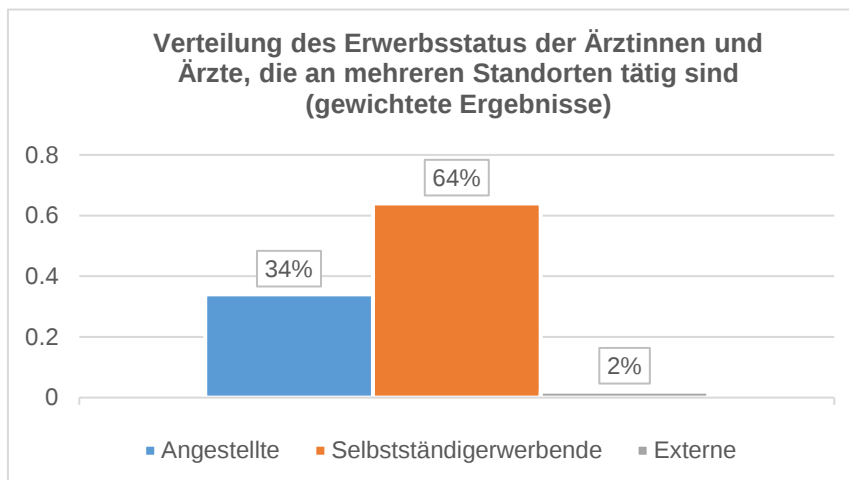


Ebenfalls zu beachten ist der mit weniger als 1% sehr geringe Anteil der Unternehmen mit mehreren Standorten im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Unternehmen (gewichtete Ergebnisse). Dennoch lohnt sich eine Analyse dieser Kategorie angesichts ihrer Beschäftigtenzahl sowie ihres besonderen Verhaltensmusters in den Antworten, auf das in der Publikation des BFS « Die Arztpraxen und ambulanten Zentren, 2015 » eingegangen wird. Vor allem angesichts der Erkenntnisse bezüglich der Kantone und der Ärzteschaft dürften Unternehmen mit mehreren Standorten künftig an Bedeutung gewinnen. Es ist daher notwendig, ihre Entwicklung von Jahr zu Jahr zu messen und zu beschreiben, um ihre Funktionsweise und ihren Einfluss auf die Organisation der ambulanten Gesundheitsversorgung besser zu verstehen.

7.2 Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die an mehreren Standorten tätig sind



Rund 4% der Ärztinnen und Ärzte waren an zwei oder mehr Standorten tätig. Allerdings sind die im vorherigen Absatz erwähnten Vorbehalte zu berücksichtigen, da nicht alle Standorte der Einzelunternehmen im BUR eingetragen sind und der Anteil der Einheiten mit mehreren Standorten somit höher sein dürfte.



Die an zwei oder mehr Standorten tätigen Ärztinnen und Ärzte sind meistens selbstständigerwerbend (64%). Hier zeigt sich die Mobilität der Selbstständigen, die beispielsweise neben ihrer eigenen Arztpraxis die Infrastruktur einer AG als Belegärztin bzw. -arzt, als «Honorarärztin bzw. -arzt» oder als Stellvertretende nutzen. Die Tätigkeit von Selbstständigen an mehreren Standorten sowie deren Leistung darzustellen stellt die Kantone, die betroffenen Register sowie auch die Erhebung MAS vor grosse Herausforderungen.

8 Zusammenfassung

Die vorliegende Analyse von Teilnahme und Grundgesamtheit der Erhebung MAS 2015 zeigt deren statistischen Nutzen bei der Beschreibung der Entwicklungen im Gesundheitsversorgungssystem und bietet den betroffenen Akteuren Ansätze für vertiefte Analysen.

Teilnahme an der Erhebung: die wichtige Rolle der FMH, der Schnittstellen sowie der kantonalen Ärztegesellschaften

Nahezu jedes zweite befragte Unternehmen stellte für die Erhebung MAS 2015 Daten zur Verfügung und fast drei Viertel lieferten Informationen zu ihrer Unternehmenssituation. Eine wichtige Voraussetzung für die Teilnahme der Ärzteschaft an der Erhebung MAS 2015 war, dass die FMH als wichtigste Berufsorganisation sowie ihre Partner (Ärztelasse und NewIndex) die Datenlieferung zu statistischen Zwecken unterstützten. Schnittstellen zu den bestehenden Datensammlungen der Ärztelasse (RoKo) sowie von NewIndex, FMH und MedReg erleichterten den Unternehmen die Datenerfassung. Einerseits konnten dadurch mit wenigen Klicks bestehende Daten importiert, andererseits eine hohe Datenqualität gewährleistet werden. Auch die kantonalen Ärztegesellschaften spielten eine wichtige Rolle.

Ausschluss von Unternehmen aus der Grundgesamtheit: die Rolle der Kantone und des MedReg

Die gewichteten Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass aufgrund von Problemen bei der Registeraktualisierung bis zu 11% der Unternehmen (2160 Unternehmen) fälschlicherweise kontaktiert wurden und somit nicht zur Grundgesamtheit gehören. Die Quelle der Initialdaten der Erhebung MAS liegt bei den kantonalen Gesundheitsdirektionen. Um den Erwerbsstatus der Ärztin oder des Arztes zu ermitteln, wären daher in den kantonalen Bewilligungsregistern



und im MedReg weitere Kriterien wie die Rechtsform und die Berufsausübungsmodalität für jeden Standort (freiberuflich / im Spital angestellt / anderweitig angestellt / gemischt) notwendig. Ab Januar 2020 sind die Kantone verpflichtet, im MedReg anzugeben, ob die Ärztin bzw. der Arzt ein Einzelunternehmen betreibt. Auch die Aktualisierung der Daten zur Aktivität im MedReg ist zentral. Um der Ärzteschaft diese Aufgabe zu erleichtern, ist es unabdingbar, dass sie Änderungen nur einmal pro Jahr melden müssen und dass die ganze Registerkette von den Kantonen bis zum BUR aktualisiert wird. Das MedReg sollte schrittweise zu einer zentralen Anlaufstelle für die Aktualisierung der Adressen und des Aktivitätsstatus der Ärztinnen und Ärzte werden.

Weniger Einzelunternehmen, mehr AGs und GmbHs, insbesondere in der Deutschschweiz

Die Zahl der Arztpraxen und ambulanten Zentren, einschliesslich der peripheren Population, beläuft sich somit auf 16 563 und die Hauptpopulation umfasst 13 971 Arztpraxen und ambulante Zentren. Grund dafür kann die seit mehreren Jahren zunehmende Verbreitung von Unternehmen mit anderen Rechtsformen sein, die keine Einzelunternehmen sind und die mehrere Ärztinnen und Ärzte beschäftigen. Die periphere Population umfasst unter anderem die Spitalärztinnen und -ärzte, die im Spital selbstständigen ambulanten Tätigkeiten nachgehen. Würde diese Population ausgeklammert, wäre die Zahl der als Einzelunternehmen organisierten Arztpraxen im Vergleich zur Grundgesamtheit gemäss BUR vermutlich proportional tiefer als die Zahl der Arztpraxen und ambulanten Zentren mit anderen Rechtsformen.

Einzelunternehmen sind im Vergleich zu den AGs, den GmbHs und den Unternehmen mit anderen Rechtsformen in der Deutschschweiz weniger verbreitet als in der Westschweiz und im Tessin.

AGs und GmbHs beschäftigen selbstständige Ärztinnen und Ärzte, die von diesen Strukturen profitieren und umgekehrt

Rund 15% der Beschäftigten in AGs sind selbstständig. Selbstständige Ärztinnen und Ärzte in einer AG können in der Regel ihre Selbstständigkeit gemäss AHV behalten und zahlen ihre Sozialbeiträge selber, profitieren aber von den Vorteilen einer AG, die ihnen Infrastruktur und Personal zur Verfügung stellt und dafür einen festgelegten oder nicht festgelegten Pauschalbetrag vom Honorar zurückbehält. In den GmbHs sind 20% der Beschäftigten selbstständig. Vielfach entscheiden sich Selbstständige aus Gründen der rechtlichen und finanziellen Haftung dafür, eine GmbH zu gründen.

Junge Ärztinnen und Ärzte sind mehrheitlich angestellt, ältere grösstenteils selbstständig

Die in Arztpraxen und/oder ambulanten Zentren tätigen 25- bis 35-jährigen Ärztinnen und Ärzte sind mehrheitlich angestellt. Bei den in Spitälern praktizierenden Ärztinnen und Ärzten zeigt sich ein ähnliches Bild. Unter den 46- bis 65-Jährigen ist der Erwerbsstatus «angestellt» deutlich weniger verbreitet als in den jüngeren Altersklassen, während der Anteil der Selbstständigen höher ist. Die Ärztinnen und Ärzte ab 66 Jahren, die theoretisch bereits im Rentenalter sind, aber in der Erhebung MAS 2015 dennoch eine Tätigkeit anmeldeten, arbeiten zu 84% als Selbstständigerwerbende.



AGs und GmbHs bieten häufiger Grundversorgung und Spezialmedizin zusammen an, und die jüngeren Ärztinnen und Ärzte sind häufiger in gemischtmedizinischen Einrichtungen beschäftigt als die anderen Altersklassen

Einzelunternehmen, AGs und GmbHs erbringen anteilmässig gleich viel Grundversorgung und Spezialmedizin, wobei AGs und GmbHs mehr gemischte Leistungen anbieten. In gemischtmedizinischen Einrichtungen sind mehr 25- bis 35-Jährige beschäftigt (28%) als ältere Kolleginnen und Kollegen (je nach Altersklasse zwischen 20% und 21%).