

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

31.1 / MT

26.10.2006

## Schlussbericht

# FINANZIERUNG SPEZIFISCHE WEITERBILDUNG

Vorschläge der Untergruppe „Finanzierung spezifische Weiterbildung“ der Arbeitsgruppe „Unterstützung und Förderung der ärztlichen Grundversorgung“ von GDK und BAG.

Verabschiedet mit Ergänzungen durch den Vorstand der GDK und das Eidg. Departement des Innern an der Dialogsitzung Nationale Gesundheitspolitik vom 26. Oktober 2006.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Aktuelle Situation</b> .....	<b>3</b>
2.1	Allgemeinmedizin .....	3
2.2	Innere Medizin .....	4
2.3	Kinder- und Jugendmedizin; Praxispädiatrie.....	4
2.4	Praktischer Arzt .....	4
2.5	Projekt Praxisassistenz .....	4
2.6	Modelle in den Kantonen Genf und Waadt .....	5
2.7	Vergleich mit der aktuellen Situation in der Europäischen Union (EU) .....	6
2.8	Aktuelles Finanzierungssystem der Weiterbildung im stationären Bereich („unspezifische Weiterbildung“) .....	6
2.9	Fazit .....	7
<b>3</b>	<b>Zielsetzung (SOLL)</b> .....	<b>7</b>
3.1	Grundsätzliche Überlegungen .....	7
3.2	Pragmatische Überlegungen im Hinblick auf kurzfristige, zeitliche limitierte Massnahmen .....	8
3.3	Finanzierung Praxisassistenz.....	9
<b>4</b>	<b>Finanzierungsvarianten für die Praxisassistenz</b> .....	<b>12</b>
4.1	Finanzierungsvariante 1 .....	12
4.2	Finanzierungsvariante 2 .....	14
4.3	Finanzierungsvariante 3 .....	14
<b>5</b>	<b>KVG-Kompatibilität der Praxisassistenz</b> .....	<b>15</b>
<b>6</b>	<b>Beteiligung der Krankenversicherer an der Finanzierung der Praxisassistenz</b> .....	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>Finanzierung der Praxisassistenz in anderen Ländern</b> .....	<b>16</b>
<b>8</b>	<b>Kontraktuelle Finanzierungsmodelle in der Schweiz</b> .....	<b>16</b>
<b>9</b>	<b>Empfehlungen</b> .....	<b>17</b>
9.1	Grundsätzliche Empfehlung .....	17
9.2	Grundsätze der Finanzierung der Praxisassistenz .....	17
9.3	Ziele der Finanzierung .....	17
9.4	Finanzierungsvarianten .....	17
<b>10</b>	<b>Weiteres Vorgehen</b> .....	<b>17</b>
<b>11</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>18</b>
<b>12</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>19</b>
12.1	Anhang 1: Tabellen und Abbildungen .....	19
12.2	Anhang 2: Weiterbildungsvertrag Kanton Luzern .....	22

# 1 Einleitung

Auf der Grundlage

- des Berichtes der Arbeitsgruppe „Massnahmen des Bundes und der Kantone zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung“;
- des gemeinsamen Beschlusses des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) vom 30. März 2006;
- des Mandates Arbeitsgruppe „Grundversorger 2. Phase“

wurde die Untergruppe „Finanzierung spezifische Weiterbildung“ konstituiert und beauftragt,

- die Analyse betreffend **Finanzierungsmodelle von spezifischen Weiterbildungsangeboten in Hausarztmedizin** zu vertiefen und konkrete Vorgehensvorschläge zuhanden der Kantone und übriger betroffener Kreise zu erarbeiten;
- an der Sitzung des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik vom 24. August 2006 einen Zwischenbericht und an der Sitzung vom 26. Oktober 2006 einen Schlussbericht vorzulegen.

Die Arbeitsgruppe ist aus folgenden Personen, die ihre jeweiligen Organisationen vertreten, zusammengesetzt:

Dr. med. Markus Battaglia, Kollegium für Hausarztmedizin (KHM)  
Dr. med. Markus Betschart, GDK-Region Ost  
Dr. med. Bruce Brinkley, Unité d'enseignement de médecine générale à la faculté de médecine de Genève (UEMG)  
Dr. med. Max Giger, Kommission für Weiter- und Fortbildung (KWFB)  
Dr. Beat Sottas, Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Dr. med. Peter Studer, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO  
Dr. med. Markus Trutmann, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (Zentralsekretariat GDK)

Die Arbeitsgruppe hat sich insgesamt an drei Sitzungen getroffen. Der vorliegende Schlussbericht wurde von allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe und ihren delegierenden Organisationen gegengelesen; er wird dem Dialog Nationale Gesundheitspolitik an der Sitzung vom 26. Oktober 2006 vorgelegt.

Bevor auf den eigentlichen Gegenstand des Berichtes eingegangen wird, sollen die vorausgegangenen Überlegungen kurz rekapituliert werden.

Bund und Kantone haben gemeinsam den Willen bekundet, die Hausarztmedizin in der Schweiz zu unterstützen und zu fördern. In einer ersten Lagebeurteilung wurde festgehalten, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufgrund der zur Verfügung stehenden Statistiken gesamtschweizerisch kein Mangel an Hausärztinnen/-ärzten festgestellt werden kann<sup>1</sup>. Hingegen weisen nahezu alle Faktoren, welche die demographische Entwicklung innerhalb der Hausarztmedizin beeinflussen, auf einen anhaltend negativen Trend hin:

- die Hausarztmedizin ist während des Medizinstudiums zu wenig präsent;
- eine spezifische Weiterbildung für Hausarztmedizin fehlt;

---

<sup>1</sup> Dies steht nicht in Widerspruch dazu, dass heute schon ein Hausärztemangel in peripheren Regionen festgestellt werden kann.

- politische, ökonomische und rechtliche Rahmenbedingungen setzen die hausärztliche Praxistätigkeit zunehmend unter Druck;
- die hausarztmedizinische Forschung ist ungenügend finanziert.

Bund und Kantone haben sich darauf geeinigt, statt eines umfassenden Massnahmenpaktes, das alle diese Faktoren berücksichtigen würde, den Fokus vielmehr auf prioritäre, d.h. rasch und gezielt zu ergreifende Massnahmen in zwei Bereichen zu richten:

- Finanzierung einer spezifischen Weiterbildung in Hausarztmedizin;
- Engpässe im ambulanten ärztlichen Notfalldienst.

Der nachfolgende Bericht ist im Rahmen dieser Prioritätensetzung entstanden und in diesem Kontext zu verstehen.

Um einem möglichen Missverständnis vorzubeugen, sei schliesslich noch erwähnt, dass hier nicht die Auffassung vertreten wird, dass alleine durch Massnahmen in diesen zwei Bereichen die Hausarztmedizin in der Schweiz bereits dauerhaft und genügend unterstützt und gefördert würde. Dazu müssten letztlich alle beeinflussenden Faktoren in einer langfristigen Perspektive berücksichtigt werden.

## 2 Aktuelle Situation

Wer einen Eidgenössischen Weiterbildungstitel der ärztlichen Grundversorgung<sup>2</sup> erlangen will, um anschliessend als freipraktizierende/r Hausärztin/-arzt tätig zu sein, muss dieses Weiterbildungsziel weder deklarieren noch durch ein Selektionsverfahren sanktionieren lassen. In der Regel absolviert der Anwärter auf einen solchen Facharztstitel die gesamte Weiterbildungszeit als Assistenzärztin/-arzt auf Spitalabteilungen, die entsprechende anerkannte Weiterbildungsstellen anbieten. Dabei werden die für die spätere Tätigkeit als Hausärztin/-arzt notwendigen und spezifischen Weiterbildungsinhalte nur ungenügend vermittelt. Eigentliche Weiterbildungsstellen für Hausarztmedizin existieren nicht. Stationäre Weiterbildungsstätten für Innere Medizin oder Pädiatrie<sup>3</sup> vermitteln durchaus wertvolle und nützliche, jedoch nicht für das spezifische Setting der ambulanten hausärztlichen Tätigkeit typischen Weiterbildungsinhalte. Die Ausrichtung des schweizerischen Weiterbildungssystems auf Uni- und Zentrumsspitäler bzw. die organbezogene Spezialisierung setzt falsche Anreize und entzieht der Grundversorgung systematisch das Personal.

### 2.1 Allgemeinmedizin

Der Kandidat/die Kandidatin hat gemäss dem revidierten Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2006 folgende Rahmenbedingungen zu erfüllen: Die Weiterbildung dauert 5 Jahre und gliedert sich in 2 Jahre Innere Medizin, 1 Jahr ambulante Medizin<sup>4</sup> (Praxisassistent bei einem Facharzt für Allgemeinmedizin oder einem anderen Facharzt) und 2 Wahljahre (z. B. Chirurgie, Gynäkologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendmedizin, Forschung).

<sup>2</sup> Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin

<sup>3</sup> Es existieren keine stationären Weiterbildungsstätten für Allgemeine Medizin.

<sup>4</sup> Vgl. Weiterbildungs-Programm, Ziff. 2.1.1.: „An die ambulante Weiterbildung werden angerechnet:

- Im FMH-Zeugnis entsprechend ausgewiesene Tätigkeiten an beliebigen anerkannten Weiterbildungsstätten (z.B. Polikliniken, medizinische, chirurgische oder pädiatrische Notfallstationen, Spezialsprechstunden, etc.)
- Auch ohne Vermerk im FMH-Zeugnis können pro stationäres Jahr Innere Medizin bis zu 3 Monate als ambulante Weiterbildung berücksichtigt werden.“

Faktisch besteht jedoch kein Obligatorium für ein ambulantes Jahr<sup>5</sup>, da zum heutigen Zeitpunkt nicht genügend Weiterbildungsstellen garantiert werden können. Dazu schreibt J.-P. Keller, Leiter der Arbeitsgruppe Weiterbildung der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin: „Wir werden weiterhin darauf achten, dass zum gegebenen Zeitpunkt genügend Weiterbildungsplätze in Praxen finanziert werden. Zwar ist nur verhaltener Optimismus angezeigt, doch die Situation in diesem Bereich wird sich von Jahr zu Jahr verbessern“.<sup>6</sup>

## **2.2 Innere Medizin**

Die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, der sowohl stationäre als auch ambulante Patienten mit Akut- oder Langzeitproblemen unter Einbezug von psychischen, sozialen und kulturellen Gesichtspunkten behandelt, dauert fünf Jahre. Die Weiterbildung gliedert sich in 2,5 Jahre stationäre Innere Medizin an Spitälern, 1 Jahr ambulante Weiterbildung (Polikliniken, Spezialsprechstunden, Praxisassistenten) und 1,5 Jahre in anderen medizinischen Fachgebieten und Forschung. Ein Teil der Internisten ist als Spitalärzte und ein Teil als Hausärzte tätig. Die Weiterbildung in hausärztlichen Kompetenzen erfolgt zu einem sehr geringen Anteil in Form von Praxisassistenten.

## **2.3 Kinder- und Jugendmedizin; Praxispädiatrie**

Die Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, welche die Grundversorgung und die fachärztliche Betreuung des Kindes und des Jugendlichen vom Neugeborenen bis zum Ende des Adoleszentenalters sicherstellen, dauert fünf Jahre. Die Weiterbildung gliedert sich in 3 Jahre Basisweiterbildung an Spitälern, 1 Jahr nach Möglichkeit aufgeteilt in 2-3 Praxisassistenten bei frei praktizierenden Kinder- und Jugendmedizinern und 1 Jahr in einem anderen medizinischen Fachgebiet oder Forschung. Die Weiterbildung in Kompetenzen der hausärztlichen Kinder- und Jugendmedizin erfolgt zu einem kleinen Anteil in Form von Praxisassistenten.

## **2.4 Praktischer Arzt**

Die Weiterbildung zum praktischen Arzt, der allgemeinmedizinische Kompetenzen aufweisen muss, dauert gemäss einer Vorgabe der EU 3 Jahre. Mindestens je 6 Monate davon müssen an klinischen Weiterbildungsstellen (Spitäler) und an Weiterbildungsstätten in der ambulanten Patientenbetreuung absolviert werden. Die hausärztliche ambulante Weiterbildung erfolgt zum Teil in Form der Praxisassistenten.

Es bleibt anzumerken, dass in die Kategorie des „Praktischen Arztes“ zum einen viele Medizinalpersonen fallen, die vor der Einführung des obligatorischen eidg. Weiterbildungstitels als Voraussetzung für die Praxisbewilligung im Jahre 2002 nach der Erlangung des eidg. Diploms rasch eine Praxistätigkeit aufnehmen wollten. Zum anderen sind seit Inkrafttreten der Bilateralen Abkommen rund 400 praktische Ärzte/Ärztinnen vor allem aus Deutschland anerkannt worden. Hingegen wählen nur wenige Schweizer/-innen diese Option, die langfristig keine attraktive und wettbewerbstaughiche Position im Gesundheitsmarkt in Aussicht stellt.

## **2.5 Projekt Praxisassistenten**

Im Rahmen des Projektes „Weiterbildung in der Hausarztpraxis“ des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM)<sup>7</sup> haben angehende Hausärztinnen/-ärzte die Möglichkeit, während 3 bis 6 Monaten als Praxisassistenten/ärztinnen in der Praxis eines frei praktizierenden Allge-

<sup>5</sup> Vgl. Weiterbildungs-Programm, Ziff. 2.2.3.: „Hat ein Kandidat während seiner Weiterbildung keine anrechenbare Praxisassistenten absolviert, so muss er den Besuch von mindestens 2 von der SGAM organisierten oder anerkannten Kursen zur Sensibilisierung in der Allgemeinmedizin nachweisen.“

<sup>6</sup> Keller J.-P. Das neue Weiterbildungsprogramm für den Facharzt für Allgemeinmedizin tritt am 1. Juli 2006 in Kraft. Primary Care 2006;6:464-5.

<sup>7</sup> In Zusammenarbeit mit dem Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen / -ärzte (VSAO)

meinpraktikers, Internisten oder Kinder- und Jugendmediziners, der die Aufgabe eines Lehrarztes erfüllte (LA), zu arbeiten<sup>8</sup>. Damit können sie spezifisch hausärztliches Wissen und Fertigkeiten erwerben, aber auch die administrativen und organisatorischen Aspekte der freiberuflichen Tätigkeit kennen lernen. Die Finanzierung des Projektes erfolgt mit jährlichen, zweckgebundenen Beiträgen der FMH (Fr. 25.- pro Mitglied) und der drei Grundversorger-Fachgesellschaften (Schweiz. Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin und Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie mit je Fr. 20.- pro Mitglied) als auch durch einen pauschalen Beitrag des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen/-ärzte (VSAO). Aus diesem Fonds werden die Löhne der Praxisassistentenärztinnen/-ärzte im Umfang von 50% der Lohnkosten subventioniert. 50% der Löhne werden von den Lehrärztinnen/-ärzten getragen. Im Vergleich zu einem berechneten, durchschnittlichen Spital-Assistenzarztlohn beträgt der Brutto-Lohn in der Praxisassistenten etwa Fr. 5800.-, d.h. rund einen Viertel weniger. Die "Subventionen" werden in Form von Darlehen ausgerichtet, welche nach 8 Jahren zur Rückzahlung fällig werden, wenn nicht der Assistenzarzt in dieser Zeit seine Weiterbildung mit dem Erwerb eines Grundversorger-Facharzttitels abgeschlossen hat. Weiter werden aus dem Projektfonds die Beratung der Assistenzärztinnen und Lehrpraktikerinnen, die Schulung und die Administration finanziert. Mit dem von der Ärzteschaft aufgebrauchten Geld können jährlich rund 170 Praxisassistenten-Monate mitfinanziert werden<sup>9</sup>, das entspricht ca. 40 bis 50 Praxisassistenten. Seit 2004 bietet das KHM in Zusammenarbeit mit dem VSAO und der FMH, seit 2006 auch mit dem BAG, ein Pilotmodul „Praxisführung für Grundversorger“ an, welches die nicht-klinischen Kenntnisse und Fertigkeiten für die selbständige Praxisführung zu vertiefen erlaubt.

## 2.6 Modelle in den Kantonen Genf und Waadt

Der Kanton Genf finanziert seit 1995 ein Praxisassistentenprogramm<sup>10</sup>, dessen administrativer Teil durch die Medizinische Poliklinik des HUG verwaltet wird. Assistenzärztinnen/-ärzte im 3. oder 4. Weiterbildungsjahr werden von der Poliklinik angestellt (mit allen Vorteilen, welche ein solches Anstellungsverhältnis bezüglich Lohn, Sozialabgaben usw. mit sich bringt). Sie werden anschliessend verschiedenen Arztpraxen in der Stadt Genf zugeteilt, wo sie während 6 Monaten die Praxisassistenten absolvieren. Von Oktober 1995 bis September 2006 konnten 50 Ärztinnen/-ärzte eine Praxisassistenten in 16 Arztpraxen absolvieren<sup>11</sup>.

Im Kanton Waadt<sup>12</sup> wurde ein Praxisassistentenarzt-Projekt am 1. Oktober 2005 gestartet, das bis zum 30. September 2007 dauern soll und welches 2 Stellen beinhaltet. Die Medizinische Poliklinik (Policlinique médicale universitaire PMU) übernimmt die administrativen, finanziellen und versicherungstechnischen Aufgaben. Die Association des médecins omnipraticiens vaudois (AMOV) organisiert zusammen mit der PMU die Rekrutierung der Kandidaten, die Supervision und die Evaluation. Der Lohn des Praxisassistentenarztes entspricht einem Assistenzarztlohn im 5. Jahr im Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) und setzt sich wie folgt zusammen:

---

<sup>8</sup> Feller S. Praxisassistenten: „... die lehrreichste Zeit in meiner Ausbildung!“ Schweiz Ärztezeitung 2005;86(19):1147-53.

<sup>9</sup> Schriftliche Information von B. Rindlisbacher, Co-Programmleiter des Programms Weiterbildung in Hausarztpraxen. Sowie: KHM. Praxisassistenten. Dokumentation für Lehrpraktiker und Praxisassistenten. <http://www.kollegium.ch/pa/doku.html>

<sup>10</sup> Brinkley B, Viret JD. Assistanat au cabinet medical. Le modèle genevois. Primary Care 2001;1:454-455. <http://www.primary-care.ch/pdf/2001/2001-15/2001-15-144.PDF>. Aufgrund der Schwierigkeiten genügend Arztpraxen für eine Praxisassistenten zu finden und buchhalterischen Unwegsamkeiten haben die Programmverantwortlichen eine Modifikation des Finanzierungsmodells, wie es im oben zitierten Artikel beschrieben ist, beschlossen: Der Lohn des Praxisassistentenarztes wird wie gehabt von der Poliklinik bezahlt doch der gesamte, durch den Praxisassistenten erzielte Umsatz wird dem Lehrarzt zur Kompensation seines Aufwandes zugesprochen (und nicht wie im Artikel beschrieben zu 50% dem Lehrarzt und zu 50% der Poliklinik) (Schriftliche Mitteilung von B. Brinkley 2006).

<sup>11</sup> Brinkley B. Persönliche Mitteilung 2006.

<sup>12</sup> Brinkley B. Persönliche Mitteilung 2006.

Beteiligung des Lehrpraktikers	20%
Beteiligung des Praxisassistentenarztes (im Sinn eines Lohnverzichts)	20%
Beteiligung des Staates (PMU), der Gesundheitsdirektion und von Heimen	60%
Total	100%

## 2.7 Vergleich mit der aktuellen Situation in der Europäischen Union (EU)

Die Weiterbildung zum Hausarzt/zur Hausärztin ist in den Ländern der EU unterschiedlich geregelt und dauert zwischen drei und fünf Jahren. Gemeinsam ist allen Weiterbildungsprogrammen in der EU, dass ein namhafter Teil der Weiterbildung in Primärversorgungsinstitutionen erfolgen muss<sup>13</sup>. Neuere Empfehlungen sehen vor, die hausärztliche Weiterbildung auf vier oder fünf Jahre auszudehnen, wobei mindestens die Hälfte in der hausärztlichen Praxis verbracht werden soll<sup>14 15 16</sup>. Ein internationaler Vergleich zeigt, dass die Schweiz eines der seltenen Ländern ist, in welchen ein Grundversorgerfacharztstitel erworben werden kann, ohne dabei das künftige Tätigkeitsfeld in der Primärversorgung je erlebt zu haben<sup>17 18</sup> (Tab. 1, Abb. 1).

## 2.8 Aktuelles Finanzierungssystem der Weiterbildung im stationären Bereich („unspezifische Weiterbildung“)

Im bisherigen System absolvieren die angehenden Hausärztinnen/-ärzte praktisch die gesamte Weiterbildungszeit im öffentlichen und öffentlich-subventionierten Spitalbereich.

Grundsätzlich setzen sich Weiterbildungskosten aus direkten Kosten (z.B. Aufwendungen für Kurse) und indirekten Kosten zusammen. Indirekte Kosten fallen an, wenn angestellte Ärzte während ihrer Arbeitszeit reine Weiterbildungstätigkeiten<sup>19</sup> ausüben, sei es als Weiterzubildende, sei es als Weiterbildner. Dabei entstehen dem Spital Opportunitätskosten wegen entgangenen vergütbaren Dienstleistungstätigkeiten. Solche Produktivitätsverluste sind zwangsläufig den Weiterbildungskosten zuzurechnen<sup>20</sup>. Da nun das Spital als Unternehmen sämtliche anfallenden Kosten, also unter anderem auch die Weiterbildungskosten trägt, werden diese über die Finanzierung der öffentlichen und öffentlich-subventionierten Spitäler zu einem grossen Teil von den Kantonen getragen (50-60%).

Wie hoch die Weiterbildungskosten tatsächlich sind, ist bis heute weitgehend unbekannt<sup>21</sup>. Dies wird auch so bleiben, solange in den Spitälern die Weiterbildungskosten nicht ausgewiesen werden. Diese wiederum werden solange nicht ausgewiesen, als keine Weiterbildungsbudgets mit definierten Leistungsaufträgen erstellt werden.

<sup>13</sup> Elwyn GJ, Smail SA, Edwards AGK. Is general practice in need of a career structure? BMJ 1998; 317:730-3.

<sup>14</sup> European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. Tartu 2002. [www.euract.org/html/page03b.shtml](http://www.euract.org/html/page03b.shtml) (Zugriff am 7.3.2005).

<sup>15</sup> Royal College of General Practitioners RCGP. Education and Training in General Practice. October 2000. RCGP Information Sheet No. 9. [www.rcgp.org.uk/press/careers\\_pack/docs/info000\\_9.doc](http://www.rcgp.org.uk/press/careers_pack/docs/info000_9.doc) (Zugriff am 7.3.2005).

<sup>16</sup> UEMO. UEMO 2003 Declaration on Specific Training in General Practice/Family Medicine in Europe. [www.uemo.org/policy/uemo\\_2003\\_declaration\\_on\\_specifi.htm](http://www.uemo.org/policy/uemo_2003_declaration_on_specifi.htm) (Zugriff am 7.3.2005).

<sup>17</sup> EU-Richtlinie 1993. [www.europa.eu.int/eur-lex/de/lif/reg/de\\_register\\_062050.html](http://www.europa.eu.int/eur-lex/de/lif/reg/de_register_062050.html).

<sup>18</sup> Schär H-U, Jungi F. St. Galler Praxisassistenten – Pilotprojekt 1997–2001. PrimaryCare 2002; 2:166-9.

<sup>19</sup> Reine Weiterbildungstätigkeiten wie Kurse sind von reinen Dienstleistungstätigkeiten wie das Nachführen von Statistiken oder wie Routineuntersuchungen abzugrenzen. Dazwischen existieren Übergangsformen, die bei der Frage nach Kosten und Ertrag der Weiterbildung differenziert analysiert werden müssen und können.

<sup>20</sup> Andere Produktionsverluste, die wegen noch mangelnder fachlicher Kompetenz oder Routine von Assistenzärzten entstehen, sind selbstverständlich *nicht* den Weiterbildungskosten zuzurechnen.

<sup>21</sup> Ebenfalls weitgehend unbekannt ist, wie der Lohn von Assistenzärzten zustande kommt und inwiefern darin Weiterbildungskosten verrechnet werden.

In einer Umfrage gaben Chefärztinnen/-ärzte an, für die Weiterbildung 5-8 Stunden pro Woche aufzuwenden<sup>22</sup>. Dies gibt einen ersten Hinweis darauf, in welcher Grössenordnung die Weiterbildungskosten liegen könnten.

## 2.9 Fazit

Insgesamt muss die heutige Weiterbildung zur Erlangung eines Weiterbildungstitels der ärztlichen Grundversorgung sowohl aus systemischer, didaktischer als auch aus ökonomischer Sicht als ineffizient bezeichnet werden.

Die bisher einzige spezifische Weiterbildungsform, das Projekt „Praxisassistent“, ist bezüglich ihrer Finanzierung gegenüber allen anderen, im Spitalsektor angebotenen Weiterbildungscurricula für andere medizinische Disziplinen klar benachteiligt.

Schliesslich ist nirgends gesetzlich oder vertraglich geregelt, wie andere, heute schon in Entwicklung begriffene oder zukünftige spezifische Weiterbildungscurricula für Hausarztmedizin finanziert werden sollen. Damit fehlt eine wesentliche Voraussetzung, dass sich ein eigentlicher Weiterbildungsmarkt entwickeln kann.

## 3 Zielsetzung (SOLL)

### 3.1 Grundsätzliche Überlegungen

Wie eingangs bereits erwähnt wurde, haben Bund und Kantone gemeinsam den Willen bekundet, die Hausarztmedizin in der Schweiz zu unterstützen und zu fördern. Dieser Willensäusserung liegt die Überzeugung – oder wenigstens die Arbeitshypothese – zugrunde, dass ein gut funktionierendes Hausarztsystem eine wichtige Voraussetzung für eine effiziente medizinische Versorgung der Bevölkerung darstellt. Demzufolge sollen Massnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin zum Ziel haben, die Effizienz der Grundversorgung zu erhalten und – im aktuellen Kontext des Kostendrucks im Gesundheitswesen – wenn möglich auch zu verbessern. Hingegen sollen solche Massnahmen nicht zu Ziel haben, eine bestimmte Berufsgruppe, wie beispielsweise die Hausärztinnen/-ärzte, gegenüber anderen Berufsgruppen zu privilegieren, etwa mit einer Subventionspolitik. Es gilt hier wie auch in anderem Zusammenhang das Prinzip der Subsidiaritätsfunktion des Staates: Es ist zunächst die dringliche und vornehme Aufgabe der Hausärzte selbst, nach Massgabe ihrer eigenen Möglichkeiten nach geeigneten Lösungen für die sie betreffenden Probleme zu suchen. Der Staat sollte nur dann eingreifen, wenn er beispielsweise einen für die Lösungsfindung notwendigen, aber die Möglichkeiten der Hausärztinnen/-ärzte übersteigenden Beitrag leisten kann, etwa zur Beseitigung schwerwiegender Hindernisse oder offensichtlicher Systemfehler. Dies impliziert, dass ein solcher Beitrag gezielt und zeitlich limitiert zu erfolgen hat. Dies impliziert weiterhin, dass Unterstützungsmassnahmen durch Bund oder Kantone keinesfalls zu einer wie auch immer gearteten Übernahme von Aufgaben der medizinischen Grundversorgung durch den Staat führen darf. Dies wäre weder im Interesse des Staates noch der Hausärztinnen/-ärzte selbst.

In Kapitel 2 dieses Berichtes wird der Nachweis eines regelrechten Systemfehlers im Bereich der Weiterbildung der Hausärztinnen/-ärzte erbracht: die Finanzierung einer spezifischen hausarztmedizinischen Weiterbildung ist im gegenwärtigen System gar nicht vorgesehen. Damit liegt eine offensichtliche Benachteiligung der Hausarztmedizin gegenüber allen anderen medizinischen Disziplinen vor. Damit ist auch, gemäss den oben dargelegten Überle-

---

<sup>22</sup> Siegrist M, Orlow P, Giger M. Auswirkungen des Arbeitsgesetzes auf die ärztliche Weiterbildung und deren zeitlicher Aufwand aus Sicht der Leiterinnen und Leiter von Weiterbildungsstätten. Schweiz Ärztezeitung 2006;87:1204-1207

gungen, die Voraussetzung gegeben, dass Bund und/oder die Kantone entsprechende subsidiäre Massnahmen zur Behebung dieses Problems in Erwägung ziehen.

Eine Lösung, welche den hier skizzierten Ansprüchen genügt, die also weder kreative Lösungsansätze aus Kreisen der Hausarztmedizin erstickt (sondern diese fördert) noch einer Subventionspolitik Vorschub leistet, ist am ehesten in einem Modell zu suchen, das vertraglich vereinbarte Leistungsaufträge zwischen den Akteuren des Weiterbildungsmarktes beinhaltet. Die Akteure des Weiterbildungsmarktes sind a) Weiterbildungskandidaten, b) Weiterbildungsanbieter und c) Finanzierer; diese stehen in wechselseitiger Beziehung zueinander (siehe Anhang 1, Abb. 2). Bisher sind diese Beziehungen nicht als Gegenstand vertraglich vereinbarter Leistungsaufträge in Erscheinung getreten und konnten damit weder politisch gesteuert noch den Bedürfnissen des Marktes angepasst werden. Die Einführung eines solchen *kontraktuellen Modells* würde die Finanzierung bereits existierender hausarztmedizinischer Weiterbildungsmodelle wie das Projekt Praxisassistenz des KHM ermöglichen ohne dabei in Entwicklung begriffene oder zukünftige Projekte im voraus schon zu benachteiligen. Mit anderen Worten: Durch ein solches Modell wären die Bedingungen für einen Wettbewerb unter Anbietern von Weiterbildungscurricula gegeben.

Vorteile eines solchen kontraktuellen Finanzierungsmodells sind:

- Vertragliche Festlegung von Berufszielen des Weiterbildungskandidaten (z.B. Erfüllung des Berufsziels „Hausärztin/Hausarzt“, Praxistätigkeit im finanzierenden Kanton<sup>23</sup>).
- Vertragliche Festlegung von Leistungsaufträgen an Weiterbildungsstätten.
- Budgetierung und Planung der Weiterbildungskosten.
- Überlegenheit als Steuerungssystem gegenüber dem heute geltenden Zulassungsstopp.

Nachteile eines kontraktuellen Finanzierungsmodells sind:

- Kleine Kantone könnten durch diese neu an sie herangetragene Aufgabe überfordert sein.
- Von der Höhe der finanziellen Unterstützung durch den Kanton hängt das Ausmass der vom Weiterbildungskandidaten zu erwartenden Gegenleistung ab. Bei einer blossen finanziellen Unterstützung der Weiterbildungsassistenz sind realistischerweise Verpflichtungen nur in beschränktem Umfang zu erwarten<sup>24</sup>.

**Aufgrund dieser Überlegungen empfiehlt die Arbeitsgruppe „Massnahmen des Bundes und der Kantone zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung“, die langfristige Finanzierung der hausarztmedizinischen Weiterbildung durch ein kontraktuelles Modell vorzusehen. Im Gegensatz dazu lehnt sie ein Subventionsmodell ab.**

### **3.2 Pragmatische Überlegungen im Hinblick auf kurzfristige, zeitliche limitierte Massnahmen**

Da die Behebung eines jeden Systemfehlers selbst wieder ein systemischer Eingriff darstellt, ist der materielle und zeitliche Aufwand für dessen Durchführung nicht zu unterschätzen. Angesichts des aktuellen Malaise in der Schweizer Hausarztmedizin, das durch die Kundgebung vom 1. April 2006 nur unvollständig wiedergegeben worden ist und welches weitaus grösseres politisches Sprengpotential beinhaltet, als gemeinhin angenommen wird<sup>25</sup>, er-

<sup>23</sup> Alternativ zum Kanton ist es denkbar, dass GDK-Regionen die Finanzierung übernehmen.

<sup>24</sup> Immerhin könnte der Kanton eine Rückzahlung verlangen, falls der Weiterbildungskandidat das Weiterbildungsziel Hausarztmedizin – aus welchen Gründen auch immer – nicht erreicht.

<sup>25</sup> Zwar lässt sich auf der Grundlage der verfügbaren Daten der FMH-Ärztestatistik bzw. den Facharzttiteln der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte von 2000 bis 2004 kein Rückgang der hausärztlichen Versorgung feststellen. Gemäss Datenpool 2005 von santésuisse betrug der Anstieg im Bereich der Grundversorger 2.1%, während die



scheint ratsam, neben der Entwicklung eines kontraktuellen Finanzierungsmodells auch die Möglichkeit eines *sofort wirksamen und zeitlich befristeten* Subventionsmodells offen zu lassen. Ebenfalls aus pragmatischen Gründen wird im vorliegenden Bericht der Fokus auf das heute existierende Praxisassistenten-Modell konzentriert. Mit der zeitlichen Befristung eines reinen Subventionsmodells wird darauf Rücksicht genommen, dass in Zukunft neue, eventuell konkurrenzierende Weiterbildungsangebote für Hausarztmedizin entstehen könnten. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die Subventionierung der Weiterbildung einzelner Berufsgruppen Ansprüche anderer Berufsgruppen zur Folge hat. Grundsätzlich ist die Weiterbildung Sache der einzelnen Berufsleute bzw. Berufsgruppen. Eine Subventionierung rechtfertigt sich im vorliegenden Fall nur angesichts des drohenden Mangels an Grundversorgern und der bestehenden Diskriminierung der Praxisassistentenärztinnen und –ärzte. Die Arbeitsgruppe hat sich auf keine bestimmte zeitliche Befristung der Subventionierung festgelegt, aber siedelt diese in einem Bereich von 1 bis 3 Jahren an.

**In diesem Sinn empfiehlt die Arbeitsgruppe zum gegenwärtigen Zeitpunkt im Sinne einer zeitlich limitierten Anschubfinanzierung subventionierte als auch erste (experimentelle) kontraktuelle, leistungsorientierte Finanzierungsmodelle zu erproben. Sobald aber kontraktuelle Finanzierungsmodelle etabliert sind, sollen nur noch diese zur Anwendung kommen, sei es für das Praxisassistentenarztmodell, sei es für neue strukturierte Weiterbildungscurricula in Hausarztmedizin. In welchem zeitlichen Zusammenhang kurzfristige, zeitlich befristete und langfristige Massnahmen stehen sollen, wird in Abbildung 3 im Anhang 1 veranschaulicht.**

### 3.3 Finanzierung Praxisassistenten

#### 3.3.1 Grundsätze

- Es muss für den angehenden Grundversorger mindestens so attraktiv sein, seine Praxisassistenten in einer Hausarztpraxis zu absolvieren wie im Spital; d.h., der angehende Grundversorger soll bei gleicher Arbeitszeit keine finanzielle Einbusse in Kauf nehmen müssen (Präsenz in der Praxis bzw. im Spital = 50 Stunden pro Woche).
- Damit genügend Grundversorger sich als Lehrärzte zur Verfügung stellen, muss es auch für diese Gruppe attraktiv sein, Praxisassistentenärzte anzustellen.
- Der Lohn eines Praxisassistentenarztes/einer Praxisassistentenärztin sollte dem durchschnittlichen Bruttolohn eines Assistentenarztes/einer Assistentenärztin im 4. Weiterbildungsjahr entsprechen (siehe Anhang 1, Tab. 2).
- Die Praxisassistenten soll mindestens 6 Monate dauern, damit ein substantieller Lerneffekt erzielt wird.
- Es soll eine strukturierte Weiterbildung inkl. Supervision und Instruktion in Hausarztmedizin durch den Lehrarzt/die Lehrärztin erfolgen. Langfristig könnte dies auch durch ein Netz mit verschiedenen Personen erfolgen.
- Der Lehrarzt/die Lehrärztin muss einen zweitägigen Einführungskurs für Lehrärztinnen/-ärzte besuchen; zudem pro Tag 1 Stunde für den Praxisassistentenarzt/die Praxisassistentenärztin zur Verfügung stehen, inkl. monatliche Evaluations- und Zielgespräche. In dieser Zeit soll er keine anderen Patienten/Patientinnen untersuchen.

#### 3.3.2 Weiterbildungsinhalte<sup>26</sup>

Die folgenden Punkte bilden die Grundlage, auf welcher die in einer Praxisassistenten zu vermittelnden Weiterbildungsinhalte definiert werden sollen. Auf dieser Grundlage können auch

---

Zahl der Spezialärztinnen in der gleichen Zeitspanne um 11.5% gestiegen ist. Im Bereich der Grundversorger sind die Realitäten allerdings komplex, insbesondere weil der Anteil der Teilzeitstellen rapide steigt, aber nur die Anzahl der Leistungserbringer ohne Umrechnung in Vollzeitäquivalente erfasst wird.

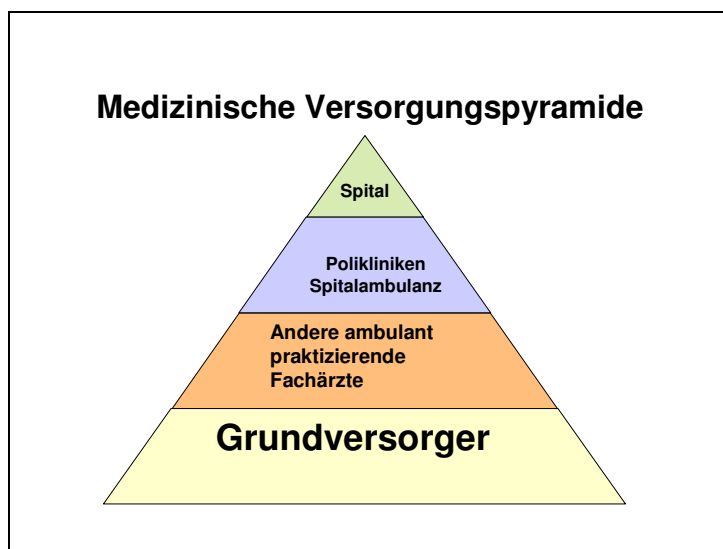
<sup>26</sup> Auf der Grundlage von Feller et al (2005) und Heyrman J. ed, EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005. Es sei im übrigen darauf hingewiesen, dass diese Aufgaben im neuen Medizinalberufegesetz als Weiterbildungsziele und Akkreditierungsvorgabe verankert sind.

Leistungsaufträge für andere, noch zu entwickelnde Weiterbildungscurricula in Hausarztmedizin aufgebaut werden.

1. Der Grundversorger ist die primäre Anlaufstelle für medizinische Fragen, inklusive Notfälle, und für die langfristige Patienten-Betreuung.
2. Kompetenzen zur Versorgung von nicht-triagierten Patientinnen/Patienten.
3. Auf den gesamten Patienten zentrierte Versorgung (im Gegensatz zu einer krankheitszentrierten Versorgung).
4. Problemlösung, u.a. unter Einbezug von Epidemiologie (insbesondere lokaler Krankheitshäufigkeit), und Umgang mit diagnostischen Unsicherheiten.
5. Unfassende Patientenversorgung, beinhaltend Polymorbidität, sozialen Kontext und Prävention (z.B. Impfen).
6. Patientenversorgung unter optimalem Einsatz der vorhandenen Ressourcen und unter Berücksichtigung der besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse.
7. Kooperation mit den anderen Partnern des Gesundheits- und Sozialsystems (Ärzte anderer Disziplinen, Spitälern und Pflegeheimen, andere Gesundheitsberufe wie Pflegefachpersonen und Apotheker, Sozialdienste, Arbeitgeber, Versicherer).
8. Praxisführung, namentlich Administration<sup>27</sup> und Verkehr mit Versicherern.

ad 1:

Der Stellenwert der ärztlichen Grundversorgung innerhalb der gesamten medizinischen Versorgung kann durch die „Versorgungspyramide“ verdeutlicht werden:



Die Versorgungspyramide veranschaulicht, dass die frei praktizierenden Grundversorger und Fachärzte den grössten Teil der medizinischen Versorgung erbringen und nur einen kleinen Teil der Patientinnen/Patienten an die nachgeschalteten stationären Institutionen weiterleiten müssen.

Wie White et al. schon 1961 zeigten, erleiden aus einer Population von 1000 Erwachsenen monatlich 750 eine Erkrankung oder Verletzung, 250 konsultieren ein- oder mehrmalig pro Monat einen Arzt (235 einen Hausarzt), 9 werden in ein kleines oder mittelgrosses Spital eingewiesen, 5 an einen andern Arzt überwiesen und nur 1 aus 1000 in ein Universitätsspital eingewiesen! Es erfolgt also nur in rund 5% der Patienten-Arzt- Kontakte eine Über- oder Einweisung an die Sekundär- oder Tertiärversorgung.

<sup>27</sup> Betriebswirtschaftliche Fähigkeiten, Zeitmanagement, Knowledgemanagement, Personalführung, Rechts- und Versicherungsfragen u.a..

### 3.3.3 Geschätzter Aufwand

Wenn

- in der Schweiz ein *steady state* des gegenwärtigen Versorgungsniveaus von 0.63 Grundversorger pro 1000 Einwohner sichergestellt werden soll;
- jährlich etwa 160 neue Hausärztinnen und Hausärzte ausgebildet werden sollen, um diesen *steady state* zu erreichen<sup>28</sup>,
- jeder Hausarzt/jede Hausärztin im Minimum 6 Praxisassistenten-Monate absolvieren soll, um eine minimale spezifische Weiterbildung zu erhalten,

dann sind

$$160 \frac{\text{Hausärzte}}{\text{Jahr}} \times 6 \frac{\text{Praxisassistenten-Monate}}{\text{Hausarzt}}$$
$$=$$
$$960 \frac{\text{Praxisassistenten-Monate}}{\text{Jahr}}$$

zu fordern.

Diese Forderung ist als minimale Forderung zu betrachten. Verschiedene Autoren gehen davon aus, dass deutlich mehr als 160 Praxisassistenten pro Jahr notwendig seien, um den *steady state* zu erhalten<sup>29</sup>.

Wenn diese Forderung umgesetzt werden soll, ist das gegenwärtige Finanzierungssystem, mit welchem 170 Praxisassistenten-Monate finanziert werden können (vgl. Abschnitt 2.5) als ungenügend zu bezeichnen und ein neues Finanzierungssystem zu suchen. Der Abschnitt 4 dieses Berichts ist dieser Frage gewidmet.

Bei einem Brutto-Monatslohn von Fr. 8000.- entsprechen 960 Praxisassistenten-Monate pro Jahr einer Summe von Fr. 7'680'000.- pro Jahr<sup>30</sup>.

Diese Summe ist den heute zur Verfügung stehenden 170 x Fr. 5800.- = Fr. 986'000 gegenüberzustellen.

Unter der Voraussetzung, dass sich die Ärzteschaft weiterhin an der Finanzierung des Overheads beteiligen wird, ergibt sich ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von Fr. 6'694'000.- (rund 6,7 Millionen) pro Jahr für die gesamte Schweiz. Dieser Finanzierungsbedarf betrifft nur die Bruttolöhne. Bei in Zukunft steigenden Zahlen von Praxisassistentenärzten und -ärztinnen ist mit einer, wenngleich nicht linearen, so doch spürbaren Zunahme der Overhead-Kosten zu rechnen. Inwiefern diese dann noch von der Ärzteschaft übernommen werden können ist fraglich. Vielmehr müssten diese langfristig direkt zu den Lohnkosten addiert werden und von den zukünftigen Finanzierern der Praxisassistenten übernommen werden.

Der zusätzliche Finanzierungsbedarf von knapp 7 Mio. CHF pro Jahr ist in Beziehung zu setzen mit den geschätzten Gesamtkosten für Aus- und Weiterbildung der Humanmediziner/-innen von Fr. 720'000'000.- (720 Millionen) pro Jahr<sup>31</sup>.

<sup>28</sup> Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Marty F, Dreiding P, Zoller M, Buddeberg C. Primary care in Switzerland – no longer attractive for young physicians? *Swiss med wkly* 2006;136:416-424.

<sup>29</sup> Persönliche Mitteilungen von B. Rindlisbacher, U. Grüninger und P. Schläppi.

<sup>30</sup> Im Folgenden wird der Einfachheit halber mit den Brutto-Löhnen gerechnet. Diese entsprechen jedoch nicht ganz den gesamten Lohnkosten, da auf Arbeitgeberseite immer auch Sozialversicherungsbeiträge für AHV etc. anfallen.

<sup>31</sup> Arbeitsgruppe Kleiber: Stärkung der universitären Medizin.

## 4 Finanzierungsvarianten für die Praxisassistenz

Nachfolgend werden verschiedene Finanzierungsmodelle für die Praxisassistenz vorgestellt. Sie sollen das Spektrum möglicher Lösungen aufzeigen und als Entscheidungshilfe in den Kantonen dienen. Konkrete Lösungen müssen in jedem einzelnen Kanton auf der Grundlage der lokalen Verhältnisse und der politischen Zielsetzungen und im Gespräch mit den involvierten Akteuren erarbeitet werden. Die Arbeitsgruppe empfiehlt mehrheitlich Variante 1, gefolgt von Varianten 2 und 3.

<h3>Aktuelle Situation</h3>	
LA	3000.-
FMH/Ärzte	3000.-
Kanton	
PAA	2000.-
Gemeinde	
Versicherer	
Theoretischer Lohn PAA (pro Monat)	8000.-
Ausbezahlter Lohn	6000.-
Besonderes	Lohnverzicht PAA Fr. 2000

Vorteil

- Keine Finanzierung durch die Kantone

Nachteile

- PAA hat eine Lohneinbusse
- Man findet wenig Lehrärzte
- Heute können nur gerade 10% der notwendigen Praxisassistenzen finanziert werden

Abkürzungen: LA = Lehrarzt; PAA = Praxisassistentenarzt

### 4.1 Finanzierungsvariante 1

<h3>Variante1</h3>	
LA	2000.-
FMH/Ärzte	*
Kanton	6000.-
Gemeinde	
Versicherer	
Lohn PAA (pro Monat)	8000.-
Besonderes	* Ärzteschaft zahlt overhead (LA-Kurse, Administration, Evaluationen) : Fr. 100.- pro Praxisassistenz-Monat

Vorteile

- für PAA sehr attraktiv, da keine Lohneinbusse
- Fr. 2'000 für den LA sind vertretbar, da der auch profitiert, vor allem in den letzten Monaten

Nachteil

- grosser finanzieller Beitrag des Kantons

#### **4.1.1 Untervariante 1a = Modell Thurgau**

Der Kanton Thurgau startet im Oktober 2006 mit einem Projekt zur Nachwuchsförderung in der ärztlichen Grundversorgung. Getragen wird das Projekt vom Departement für Finanzen und Soziales, dem Thurgauer Grundversorgerverein und der Spital Thurgau AG. Es sieht vor, dass an den beiden Kantonsspitalern Frauenfeld und Münsterlingen je eine zusätzliche Assistenzarztstelle geschaffen wird, wobei die jeweiligen Stelleninhaber während drei Monaten, in Ausnahmefällen während zwei Monaten, für die Weiterbildung in der Grundversorgung freigestellt werden. Nach Absolvierung dieser spezifischen ambulanten Ausbildung kehren sie wieder zurück in die Spitäler und setzen ihre Weiterbildung an den Stammkliniken fort.

Für dieses bis Ende 2009 befristete Projekt leistet der Kanton der Spital Thurgau AG für die Jahre 2007 bis 2009 eine jährliche Pauschale von Fr. 150'000.- an die Kosten der Assistenzarztstellen. Der Thurgauer Grundversorgerverein, beziehungsweise die ausbildenden Lehrärzte übernehmen 25 Prozent der Lohnkosten während der Praxiszeit. Die Spital Thurgau AG übernimmt die übrigen Kosten, insbesondere die Sozial- und Versicherungsleistungen über die gesamte Anstellungsdauer sowie die Lohnkosten für die Zeit, die nicht in einer Praxis absolviert wird. Den Praxisassistentenärzten entstehen keine Lohneinbussen.

##### *Vorteile:*

- für PAA sehr attraktiv, da keine Lohneinbusse
- Für den LA entstehen vertretbare Lohnkosten (25% des Lohnes während der Praxisassistentenz)

##### *Nachteile:*

- grosser finanzieller Beitrag des Kantons
- Versicherer werden nicht eingebunden

#### **4.1.2 Untervariante 1b**

Der Lohn des PAA beträgt statt Fr. 8000 nur Fr. 7000. Der PAA hält eine 42-Stunden-Woche ein. Der Beitrag des Kantons reduziert sich um Fr. 1000.-.

##### *Vorteile:*

- Geringere finanzielle Belastung des Kantons
- Strikte Arbeitszeitregelung für PAA

##### *Nachteile:*

- Die effektive Weiterbildungszeit wird reduziert.
- Eine 42-Stunden-Woche ist möglicherweise schwer einzuhalten.

#### **4.1.3 Untervariante 1c**

Der Kanton teilt seinen Beitrag mit den Gemeinden: je Fr. 4000.-

##### *Vorteil:*

- Geringere finanzielle Belastung des Kantons

##### *Nachteile:*

- Grösserer administrativer Aufwand
- Fraglich, ob die Gemeinden gezwungen werden können, mitzumachen

## 4.2 Finanzierungsvariante 2

<h1>Variante2 (Genf)</h1>	
LA	
FMH/Ärzte	*
Kanton bzw. Poliklinik	8000.-
Gemeinde	
Versicherer	
Lohn PAA (pro Monat)	8000.-
Besonderes	* Ärzteschaft zahlt LA-Kurse Kanton zahlt Administration

**Vorteil**

- Attraktiv für PAA und LA
- Einfluss des Kantons, da PAA in Poliklinik integriert
- Lohn identisch mit Spitallohn

**Nachteile**

- grosser finanzieller Beitrag des Kantons

Diese Variante wurde von den Verantwortlichen des Projektes Genf (siehe Kapitel 2.6) aufgrund folgender Beobachtungen favorisiert: Da mit Praxisassistentenärzten keine signifikanten Umsatzsteigerungen erzielt werden können, waren nur wenige Grundversorger bereit, einen Praxisassistentenarzt aufzunehmen, dem sie einen Teil des Lohnes bezahlen müssen. Im städtischen Kontext wie jenem von Genf ist die Situation umso schwieriger, da nur wenige Arztpraxen verfügbare Räumlichkeiten für einen Praxisassistentenarzt haben.

## 4.3 Finanzierungsvariante 3

<h1>Variante 3</h1>	
LA	
FMH/Ärzte	
Kanton	(1/n) 8000.-
Gemeinde	
Versicherer	(n-1/n) 8000.-
Lohn PAA (pro Monat)	8000.-
Besonderes	

**Vorteile**

- Ein Teil des Kantonsanteils wird von den Versicherern übernommen
- Geringerer Beitrag der Kantone und damit besser politisch durchsetzbar

**Nachteile**

- Die Krankenversicherer können nicht gezwungen werden, an einer solchen Finanzierung mitzumachen
- Politisch unrealistisch (?)

## 5 KVG-Kompatibilität der Praxisassistentenz

Gemäss Tarmed-Rahmenvertrag vom 19. April 2004 gilt bezüglich Praxisassistentenz:

Art. 8 Abs. 3: Ein Praxisassistent kann zur Weiterbildung während maximal 6 Monaten angestellt werden. Vorbehalten sind anderweitige Lösungen in der WBO (Weiterbildungsordnung): Der Praxisinhaber gibt santesuisse die EAN-Nummer und die Dauer der Anstellung des Praxisassistenten bekannt.

Der Praxisassistentenarzt braucht keine Zulassung, da er weder eine Praxis übernimmt noch eine neue eröffnet. Er behandelt auch keine eigenen Patienten mit eigenem Namen. Damit braucht er auch keine ZSR-Nummer. Die EAN-Nummer hingegen erhält jeder Arzt, und zwar von der FMH (Art. 6 Abs. 1 Tarmed-Rahmenvertrag).

Die vom Praxisassistentenarzt unter Supervision des Lehrarztes erbrachten Leistungen werden von letzterem abgerechnet. Wegen der Bekanntgabe der EAN-Nummer kann der Versicherer eine Mengenausweitung, die theoretisch durch die Anstellung eines Praxisassistentenarztes möglich ist, auf diese Anstellung zurückführen.

Das Projekt Praxisassistentenz beinhaltet zudem eine gewisse Sicherheitsbestimmung, indem beim Praxisinhaber pro Arbeitswoche nicht mehr als 150 bis 180 Konsultationen (inkl. Hausbesuche) anfallen sollen. Damit werden vor allem jene Praxisinhaber als Lehrärzte ausgeschlossen, die sich für eine Praxisassistentenz vor allem aus wirtschaftlichen und weniger aus edukativen Gründen interessieren.

In einer zwischen 1. Juli 1998 und 30. Juni 2001 durchgeführten Untersuchung konnten Schläppi et al.<sup>32</sup> nachweisen, dass die Konsultationszahlen während der Praxisassistentenz im Vergleich zum Mittel der 5 Jahre vor der Praxisassistentenz unverändert blieben. Zudem sprachen 8 (10%) der 81 antwortenden Lehrärzte von einer grossen finanziellen Belastung durch die Praxisassistentenz, 39 (49%) von einer mittleren, 32 (40%) von einer geringen und 1 (1%) von fehlender Belastung. Angesichts dieser Resultate erscheint es unwahrscheinlich, dass Praxisassistentenzen zu Mengenausweitungen oder gar zu „Überarztungen“ führen.

## 6 Beteiligung der Krankenversicherer an der Finanzierung der Praxisassistentenz

Santesuisse, der Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer, anerkennt die wichtige Rolle der Hausarztmedizin bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, insbesondere aus ökonomischen, aber auch aus ethischen Gründen<sup>33</sup>.

Bezüglich der Frage einer finanziellen Unterstützung der Praxisassistentenz durch die Krankenversicherer ist zunächst festzuhalten, dass die Krankenversicherer nur über Leistungen finanzieren können. Eine allfällige Finanzierung des overheads fällt deshalb ausser Betracht. Aus Sicht von santesuisse leisten die Krankenversicherer bereits jetzt eine bedeutsame Unterstützung an die Praxisassistentenz, indem Leistungen, die von Praxisassistentenärzten erbracht werden, zum vollen Tarif abgerechnet werden können. Diese Praxis ist konform mit dem vom Bundesrat genehmigten Rahmenvertrag Tarmed.

<sup>32</sup> Schläppi P, Hofer D, Bloch R. Lernform Praxisassistentenz bewährt sich. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(9):410-416

<sup>33</sup> Guetg R. Persönliche Mitteilung. Siehe dazu auch die Pressemitteilung von santesuisse vom 30. März 2006: Die Hausärzte müssen gegenüber den Spezialisten gestärkt werden. <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200603310804590.PDF>

## 7 Finanzierung der Praxisassistenz in anderen Ländern

Ein Vergleich der Finanzierung der Praxisassistenz in der Schweiz und in Ländern der Europäischen Union ergibt folgende Zusammenstellung<sup>34</sup>:

Finanzierer	Praxisassistentenarzt-Lohn im Vergleich zum Assistenzarzt-Lohn	
	gleich oder höher	Tiefer
<b>Staat und / oder Versicherer</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
Staat	12	
Staat und Versicherer	2	
Versicherer	1	
<b>Andere</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>4</b>

Die Schweiz zählt zu den 4 Ländern mit einem tieferen Lohn in der Praxisassistenz als im Spital. Die anderen 3 Länder sind Deutschland, Österreich und Dänemark. Der Lohn wird in diesen vier Ländern weder durch den Staat noch durch Versicherer finanziert, sondern durch andere Institutionen (z.B. Ärztesgesellschaft oder Supervisor); die Lohneinbusse beträgt dabei zwischen 15 und 40%.

Ein höherer Lohn in der Praxisassistenz als im Spital wird einzig in Finnland ausbezahlt.

In den 21 Ländern, in welchen ein gleicher oder höherer Lohn in der Praxisassistenz als im Spital ausbezahlt wird, wird dieser Lohn in 15 Fällen durch den Staat und / oder Versicherer finanziert.

## 8 Kontraktuelle Finanzierungsmodelle in der Schweiz

Beispiele vertraglich vereinbarter und vom Kanton finanzierter Weiterbildungscurricula im nichtmedizinischen Bereich existieren in der Schweiz bereits. Vgl. hierzu im Anhang 2 einen Vertragsentwurf aus dem Kanton Luzern.

Es ist denkbar, dass nach diesem Vorbild und auf der gleichen gesetzlichen Grundlage ähnlich Verträge zwischen Kanton und (haus-)ärztlichen Weiterbildungskandidaten zustande kommen.

Auch existieren bereits Vereinbarungen zwischen Spitälern und Weiterbildungskandidaten, in welchen der Umfang der Weiterbildung definiert wird. Vgl. folgenden Passus aus der Vereinbarung aus dem Kanton Graubünden zwischen Spital und Assistenzärzten:

„Der Assistenzarzt / die Assistenzärztin erhält eine praktische und theoretische berufliche Weiterbildung auf der Grundlage der Weiter- und Fortbildungs-Ordnung (WBO/FBO) der Schweizerischen Ärztesgesellschaft (FMH). Im Gegenzug ist er / sie verpflichtet, sich aktiv um seine / ihre Weiterbildung zu bemühen. Beim Stellenantritt schliesst das Spital mit dem / der Assistenzarzt / Assistenzärztin eine Vereinbarung ab, in welcher die Weiterbildung für beide Vertragsparteien verbindlich umschrieben und festgehalten wird. In dieser Vereinbarung wird auch der Umfang der internen und der externen Weiterbildung festgelegt.“<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Battaglia M. Schriftliche Mitteilung.

<sup>35</sup> [http://www2.vsao.ch/fileupload/14122004101440\\_file.pdf](http://www2.vsao.ch/fileupload/14122004101440_file.pdf)



## 9 Empfehlungen

### 9.1 Grundsätzliche Empfehlung

**Langfristig sollen nur kontraktuelle Finanzierungsmodelle zur Anwendung kommen, sei es für das Praxisassistentenarztmodell, sei es für neue strukturierte Weiterbildungscurricula in Hausarztmedizin.**

**Kurzfristig sollen sowohl zeitlich limitierte subventionierte als auch erste (experimentelle) kontraktuelle, leistungsorientierte Finanzierungsmodelle erprobt werden. Die nachfolgenden Punkte 9.2. bis 9.4. sind im Rahmen solcher kurzfristiger Massnahmen zu betrachten.**

### 9.2 Grundsätze der Finanzierung der Praxisassistenz

- Es muss für den angehenden Grundversorger mindestens so attraktiv sein, seine Praxisassistenz in einer Hausarztpraxis zu absolvieren wie im Spital; d.h., der angehende Grundversorger soll bei gleicher Arbeitszeit keine finanzielle Einbusse in Kauf nehmen müssen (Präsenz in der Praxis bzw. im Spital = 50 Stunden pro Woche).
- Damit genügend Grundversorger sich als Lehrärzte/-ärztinnen zur Verfügung stellen, muss es auch für diese Gruppe attraktiv sein, Praxisassistentenärzte/-ärztinnen anzustellen.
- Der Lohn eines Praxisassistentenarztes/einer Praxisassistentenärztin sollte dem durchschnittlichen Bruttolohn eines Assistentenarztes/einer Assistentenärztin im 4. Jahr entsprechen.
- Die Praxisassistenz soll mindestens 6 Monate dauern, damit ein substantieller Lerneffekt erreicht wird. **Bei einer Praxisassistenz von 3 Monaten muss mit einem deutlich geringeren Lerneffekt gerechnet werden.**
- Es soll eine strukturierte Weiterbildung inkl. Supervision und Instruktion in Hausarztmedizin durch den Lehrarzt/die Lehrärztin erfolgen.

### 9.3 Ziele der Finanzierung

Im Sinn einer minimalen Forderung sollen 960 Praxisassistenten-Monate pro Jahr finanziert werden können.

### 9.4 Finanzierungsvarianten

Die in Abschnitt 4 aufgeführten Finanzierungsvarianten 1, 2 und 3 inkl. Untervarianten sollen das Spektrum möglicher Lösungen aufzeigen und als Entscheidungshilfe in den Kantonen dienen. Konkrete Lösungen müssen in jedem einzelnen Kanton auf der Grundlage der lokalen Verhältnisse und der politischen Zielsetzungen und im Gespräch mit den involvierten Akteuren erarbeitet werden. Die Arbeitsgruppe spricht mehrheitlich ihre Präferenz für Modell 1 aus; in zweiter Linie sind Modell 2 und 3 in Betracht zu ziehen. Dabei soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass jegliche Subventionsmodelle nur zeitlich limitiert und im Sinne einer Anschubsfinanzierung eingesetzt werden sollen.

## 10 Weiteres Vorgehen

Die Annahme, dass durch eine Finanzierung einer spezifischen Weiterbildung für Hausärztinnen/Hausärzte eine Effizienzsteigerung gegenüber der aktuellen Situation erzielt werden kann, ist bislang eine Arbeitshypothese, die nach allen zur Verfügung stehenden Erkenntnissen als plausibel bezeichnet werden muss, aber bei Gelegenheit durch eine cost-effectiveness Analyse (CEA) überprüft werden sollte.

## 11 Literatur

- Brinkley B, Viret JD. Assistanat au cabinet medical. Le modèle genevois. Primary Care 2001 ;1 :454-455. <http://www.primary-care.ch/pdf/2001/2001-15/2001-15-144.PDF>
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Marty F, Dreiding P, Zoller M, Buddeberg C. Primary care in Switzerland – no longer attractive for young physicians? Swiss med wkly 2006;136:416-424.
- Elwyn GJ, Smail SA, Edwards AGK. Is general practice in need of a career structure? BMJ 1998; 317:730-3.
- EU-Richtlinie 1993. [www.europa.eu.int/eur-lex/de/lif/reg/de\\_register\\_062050.html](http://www.europa.eu.int/eur-lex/de/lif/reg/de_register_062050.html).
- European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. Tartu 2002. [www.euract.org/html/page03b.shtml](http://www.euract.org/html/page03b.shtml) (Zugriff am 7.3.2005).
- Feller S. Praxisassistentz: „ ... die lehrreichste Zeit in meiner Ausbildung!“ Schweiz Ärztezeitung 2005;86(19):1147-53.
- Heyrman J. ed, EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.
- Keller, J.-P. Das neue Das neue Weiterbildungsprogramm für den Facharzt für Allgemeinmedizin tritt am 1. Juli 2006 in Kraft. PrimaryCare 2006;6:464-5.
- KHM. Praxisassistentz. Dokumentation für Lehrpraktiker und Praxisassistenten. <http://www.kollegium.ch/pa/doku.html>
- Royal College of General Practitioners RCGP. Education and Training in General Practice. October 2000. RCGP Information Sheet No. 9. Späth H. The SGAM should be supported. PrimaryCare 2005;5(25):559. [www.rcgp.org.uk/press/careers\\_pack/docs/info000\\_9.doc](http://www.rcgp.org.uk/press/careers_pack/docs/info000_9.doc) (Zugriff am 7.3.2005).
- Schär H-U, Jungi F. St. Galler Praxisassistentz – Pilotprojekt 1997–2001. PrimaryCare 2002; 2:166-9. Pilotprojektes «Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistentz)» des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM in Zusammenarbeit mit FMH, VSAO und SAMW. Schweiz Ärztezeitung 2002;83:
- Schläppi P, Hofer D, Bloch R. Lernform Praxisassistentz bewährt sich. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(9):410-416
- Siegrist M, Orlow P, Giger M. Auswirkungen des Arbeitsgesetzes auf die ärztliche Weiterbildung und deren zeitlicher Aufwand aus Sicht der Leiterinnen und Leiter von Weiterbildungsstätten. Schweiz Ärztezeitung 2006;87:1204-1207
- Späth H. The SGAM should be supported. PrimaryCare 2005;5(25):559.
- UEMO. UEMO 2003 Declaration on Specific Training in General Practice/Family Medicine in Europe. [www.uemo.org/policy/uemo\\_2003\\_declaration\\_on\\_specifi.htm](http://www.uemo.org/policy/uemo_2003_declaration_on_specifi.htm) (Zugriff am 7.3.2005). Projekt des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM in Zusammenarbeit mit dem Verband Schweizerischer Assistentz- und Oberärztinnen/-ärzte
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961 Nov 2;265:885-92.
- Zeltner T. Akkreditierungsverfahren 2005 (Brief an SGAM). PrimaryCare 2005;5(28/29):611-612.

## 12 Anhang

### 12.1 Anhang 1: Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Weiterbildung im internationalen Vergleich (Quelle: EURACT)

	Total formation postgraduée	Cabinet: minimum	Hôpital: minimum
Finlande	6	2.5	2
Danemark	5	2.5	2.5
Allemagne	5	1.5	2
Hongrie	5	3.5	1
Norvège	5	4	1
Suède	5	3	2
Suisse	5	0	5
Grèce	4	0.9	3.1
Israël	4	2	2
Pologne	4	2	2
Slovénie	4	2	2
Autriche	3	0.5	2.5
Belgique	3	1	0.5
Bosnie-Herzégovine	3	2	1
Croatie	3	1	1
République tchèque	3	0.5	1.3
Estonie	3	1.5	1.5
France	3	0.5	2
Irlande	3	1	2
Lituanie	3	0.5	2.5
Pays-Bas	3	2	1
Portugal	3	2	1
Roumanie	3	1.25	1.66
Slovaquie	3	0.25	2
Espagne	3	1.5	1.5
Turquie	3	0	3
Royaume-Uni	3	1	1
Albanie	2	0.2	1.6
Italie	2	0.5	1.5
Russie	2	0.2	0.4

**Tabelle 2. Bruttolöhne von Assistenzärzten in verschiedenen Kantonen**

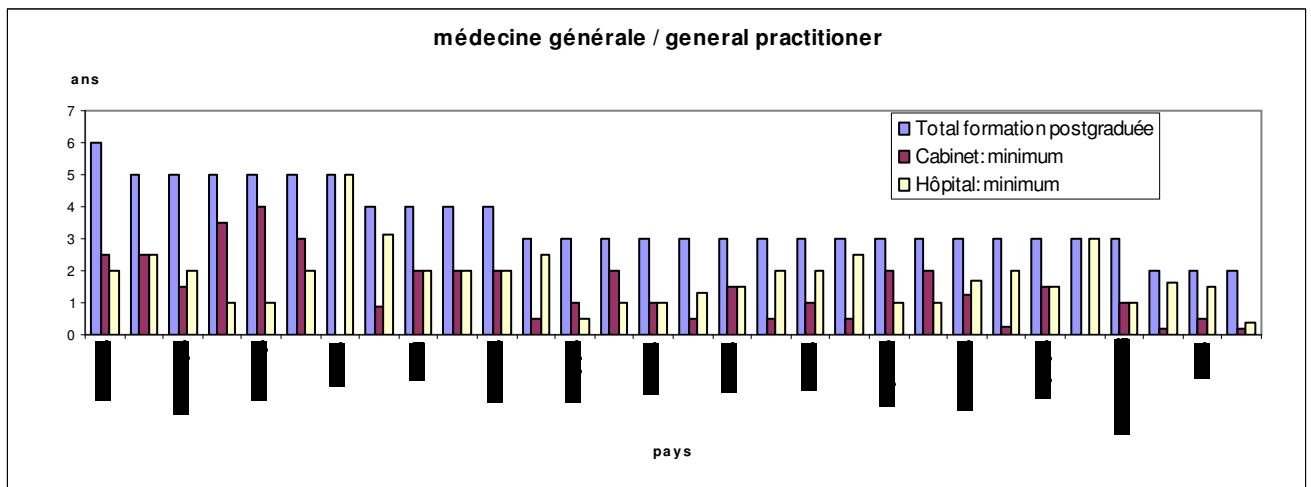
**Brutto- Monatslohn (1/13 Bruttojahreslohn)**

	erstes Jahr	viertes Jahr	letztes Jahr
BS	6254	7585	8904
BE	6635	7232	7630
GR	5828	7085	8699
VD	5488	6834	9400
Mittelwerte	6051	7184	8658

**Brutto-Jahreslohn (inkl. 13. Monatslohn)**

	erstes Jahr	viertes Jahr	letztes Jahr
BS	81298	98605	115752
BE	86255	94016	99190
GR	75764	92105	113087
VD	71352	88851	122200
Mittelwerte	78667	93394	112557

**Abbildung 1: Weiterbildung im internationalen Vergleich**





## 12.2 Anhang 2: Weiterbildungsvertrag Kanton Luzern

---

### Weiterbildungsvertrag

zwischen

und

#### Weiterbildung Dauer

---

1. Die Weiterbildung umfasst total rund .....Weiterbildungstage. Die Bildungskosten belaufen sich auf ca. Fr. .... Die Weiterbildung liegt im überwiegenden Interesse des Staates. Der Kanton Luzern beteiligt sich an den Weiterbildungsaufwendungen und übernimmt folgende Kosten:

75 % der Bildungskosten, im Maximum Fr. .... --

0 % der Spesen, im Maximum

50 % der gesamten Weiterbildungszeit, im Maximum  
besoldeten Urlaub an ..... Halbtagen.

Durch den besoldeten Urlaub entstehen dem Kanton  
Kosten in der Höhe von voraussichtlich

Fr. .... --

Abschätzung der Gesamtkosten für den Kanton somit

Fr. .... --

Die Kostenübernahme durch den Kanton erfolgt unter dem Vorbehalt der unter Punkt 2 bis 4 geregelten Verpflichtungszeit und Kostenrückerstattungen. Die Berechnungsgrundlagen finden sich in den „Rahmenbedingungen der Weiterbildung“. Der Anteil des Kantons an den Gesamtaufwendungen liegt gemäss diesen bei rund ..... Prozent.

Die vereinbarten Kurskosten sind je zur Hälfte ..... und der Dienststelle in Rechnung zu stellen.

Die restlichen zeitlichen und finanziellen Aufwendungen gehen zu Lasten der/des Angestellten. Für die Weiterbildungszeit, welche als Eigenleistung der/des Angestellten erbracht wird, gilt folgendes: Soweit diese nicht in die Freizeit und somit in die ordentliche Arbeitszeit fällt, ist die Form mit der Dienststelle zu vereinbaren. Mögliche Varianten sind Kompensation von Überzeit, Flexibilisierung der Arbeitszeit oder unbezahlter Urlaub. Allfälliger unbezahlter Urlaub ist in einem separaten Beschluss zu regeln.

2. Die **Verpflichtungszeit** regelt die Zeitspanne, während welcher eine Kostenrückerstattung möglich ist.

Aufgrund obiger Kostenabschätzung ergibt sich eine Verpflichtungszeit von ..... Jahren.

Sie beginnt in der Mitte der Weiterbildung. Nach Ende der Weiterbildung muss aber mindestens noch ein Jahr Verpflichtungszeit bestehen. Aus heutiger Sicht beginnt die Verpflichtungszeit am ..... und endet am .....

3. Bei **Austritt** aus dem Staatsdienst während der Weiterbildung und **vor** Beginn der Verpflichtungszeit wird eine Kostenrückerstattung fällig. Diese beträgt 100% der vom Kanton geleisteten Kostenbeiträge (Lohnkosten, Bildungskosten und Spesenersatz).

Bei **Austritt** aus dem Staatsdienst **während** der Verpflichtungszeit wird ebenfalls eine Kostenrückerstattung fällig. Die Kostenrückerstattung reduziert sich im Laufe der Verpflichtungszeit und berechnet sich wie folgt: Gesamtkostenanteil des Staates abzüglich eines Freibetrages von Fr. 2'000.--, der Restbetrag wird pro rata der verbleibenden Verpflichtungszeit gerechnet. Der Gesamtkostenanteil des Kantons umfasst die geleisteten Beiträge an Besoldung, Bildungskosten und Spesenersatz. Abweichungen von der Kostenabschätzung unter Punkt 1 sind zu berücksichtigen.

4. Auch bei **Abbruch** der Weiterbildung oder **Nichtbestehen** der Abschlussprüfung wird eine Kostenrückerstattung fällig. Diese wird unter Berücksichtigung der Umstände durch die zuständige Behörde im Einzelfall bestimmt. Sie kann bis zu 100% der vom Kanton geleisteten Kostenbeiträge (Lohnkosten, Bildungskosten und Spesenersatz), abzüglich eines Freibetrages von Fr. 2'000.--, betragen.

Bei einem teilweisen oder vollständigen Verzicht auf die Rückerstattung gilt für die geleisteten Kostenbeiträge des Kantons ebenfalls eine Verpflichtungszeit gemäss Punkt 2 und eine Rückerstattungspflicht bei Austritt aus dem Staatsdienst gemäss Punkt 3 dieses Vertrages.

Die/Der Angestellte informiert die Dienststellenleitung über den Abschluss der Weiterbildung und händigt ihr eine Kopie der Kursbescheinigung/des Abschlussdiploms aus.

5. Zuständig für die Rückforderung des Rückerstattungsbetrages bei Abbruch der Ausbildung oder bei Austritt ist die Dienststelle. Die Rückforderung erfolgt durch Rechnungsstellung. Allfällige durch das Personalamt finanzierte Ausbildungsanteile sind nach Eingang der Rückforderung durch die Dienststelle der entsprechenden Kostenstelle des Personalamtes anteilmässig gutzuschreiben.
6. Der vorliegende Weiterbildungsvertrag stützt sich auf die „Rahmenbedingungen der Weiterbildung“ vom 1. August 2001.

Luzern, 14. Juni 2006

.....

**Die/Der Angestellte**

.....  
Zustellung an:  
- Angestellter (Original)  
- Dienststelle (Original)  
- Personalamt  
- Personalamt (WB)  
- Finanzkontrolle

.....