

TARMED: keine Angleichung der Spezialitäten. Vollerhebung im August 2009

# Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2006 (neu) und 2005 (Re-Evaluation)\*

Martina Reichert

\* Gutachten erstellt von Sophistic Soft (Consulting für statistische Analysen im Gesundheitswesen, gegründet von Dr. med. Niklaus Hasler) im Auftrag der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH von Martina Reichert.

\*\* Wenn im folgenden Text aus Gründen der Lesefreundlichkeit meist nur von Ärzten gesprochen wird, ist das weibliche Geschlecht abgesehen von bezeichneten Ausnahmen mitgemeint.

Dieser Artikel kann im Internet über die Homepage der FMH [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → WEITERE THEMEN → Ärztedemographie → Einkommensverhältnisse abgerufen werden. Die Numerierung der Seiten, Tabellen und Abbildungen bezieht sich auf den vollständigen Bericht.

Das vollständige Gutachten ist unter folgender Adresse erhältlich:  
kommunikation@fmh.ch

Korrespondenz:  
Martina Reichert  
Weidenweg 4  
CH-8492 Wila

reichert@sophisticsoft.ch

## A. Einleitung

Mit Datum vom 15. Oktober 2009 hat die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte\*\* FMH Sophistic Soft den Auftrag erteilt, die Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz für das Einkommensjahr 2006 erneut durch eine Vollerhebung zu analysieren. Am 9. September 2009 ist der Begründer und langjährige Alleinautor der Studie, Dr. med. Niklaus Hasler-Gloor, verstorben. Sophistic Soft führt die Studie weiter und baut auf der wegweisenden Arbeit von Niklaus Hasler auf. Auf Anregung der FMH, Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDO, wurden einige wesentliche Erweiterungen bei den Auswertungen eingefügt. Diese betreffen insbesondere folgende Kriterien:

- geschlechterspezifische Aufteilung verschiedener Tabellen
- synoptische Darstellung der Durchschnitte und Zentralwerte
- Einbezug des Zentralwertes in fast alle Tabellen
- Auflistung des Maximalwertes in fast allen Tabellen
- zusätzliche Kreuztabellen bezüglich Kanton, Spezialität und Geschlecht
- detaillierte Vergleiche Ärztestatistik vs. ausgewertete Datensätze
- Einbezug von Boxplots in die Graphiken

Die Erhebung schliesst direkt an die früheren 25 Berichte an, welche zwischen August 1977 und August 2008 erstellt wurden.

Es folgen unter A. *allgemeine Bemerkungen* zu historischen Marken im betrachteten Zeitraum, zu Datengrundlage und Repräsentativität sowie zu Methoden und Grundsätzen und unter B. eine *Zusammenfassung* der wichtigsten Resultate, Tabellen und Abbildungen. In dieser werden meist nur die Zahlen für die Ärzte bis 65 Jahre angegeben. In der Vollversion sind jeweils auch die Zahlen für die Ärzte ab 66 Jahren und die Zahlen für alle Ärzte (unabhängig vom Alter) angegeben.

Zudem werden in der Vollversion des Gutachtens noch weitere Kriterien genau untersucht, wie z. B. die Abhängigkeit des Einkommens von der Personal-Lohnsumme, vom Alter des Arztes oder von der Zeit in Jahren seit der Praxiseröffnung.

Die Numerierung der Tabellen sowie die Verweise auf einzelne Kapitel und Seitenzahlen beziehen sich auf die Vollversion des Gutachtens.

## A.1 Historische Marken

In den Tabellen, die eine historische Entwicklung aufzeigen, sind die Jahre aus dem letzten Jahrhundert jeweils zu zweien zusammengefasst. Die Erhebung zu den Einkommen wurde damals auch nur zweijährlich (im Rhythmus der Wehrsteuerperioden) durchgeführt. Bei der Einführung der *Gegenwartsbesteuerung* im Jahr 2001 wurde auch die Veranlagung der AHV-Beiträge der Selbständigerwerbenden von der Vergangenheitsbesteuerung auf die Gegenwartsbesteuerung umgestellt. Die Berufseinkommen der Jahre 1999 und 2000 fallen in die Bemessungslücke und konnten nicht erhoben und analysiert werden. Diese beiden Jahre fehlen deshalb in den Tabellen und Graphiken, die eine langjährige Entwicklung aufzeigen. Dies betrifft z. B. die hier publizierte Tabelle 23, die die Entwicklung verschiedener Indizes seit 1971 zeigt. Aus Platzgründen wird hier nur der dritte Teil (seit 1995/96) wiedergegeben.

Das Bundesamt für Statistik BFS verwendet seit 2005 die Unterscheidung nach *Arbeitern und Angestellten* nicht mehr. Seit 1993 liegen Daten mit der Einteilung nach Sektoren vor. Im vorliegenden Gutachten ist ab 1995/96 diese Unterscheidung ebenfalls eingeführt, wobei die Indizes für 1993 übernommen wurden (Arbeiter = Sektor II, Angestellte = Sektor III), obwohl sich die Einteilungen nicht genau entsprechen.

Auf den 1. Januar 2004 wurde der neue Tarif *TARMED* eingeführt, von dem unter anderem eine Verkleinerung der Streuung bei den Einkommen der verschiedenen Spezialitäten erwartet wurde. Das vorliegende Gutachten für die Einkommen 2005 und 2006 umfasst wie der Bericht vom November 2008 ausschliesslich Einkünfte, welche nach TARMED erwirtschaftet wurden. Mit den Zahlen für 2006 liegen mittlerweile die Resultate für drei vollständig mit dem TARMED abgerechnete Einkommensjahre vor.

## A.2 Datengrundlage und Repräsentativität

Die Daten, die die Grundlage für die Erhebung von Sophistic Soft bilden, stammen insbesondere aus folgenden Quellen:

- *medisuisse*: Die AHV-Ausgleichskasse Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Chiropraktoren in St. Gallen verrechnet tiefere Verwaltungskosten als andere Ausgleichskassen, weshalb die Mehrzahl der Ärzte

in freier Praxis die persönlichen AHV-Beiträge sowie die AHV-Beiträge für das Personal über diese Kasse abrechnet. Der Anteil der über medisuisse abrechnenden Ärzte variiert je nach Kanton; gesamtschweizerisch kann von einem Anteil von 75 % ausgegangen werden. Die Daten, die Sophistic Soft von der medisuisse übermittelt werden, bilden die Grundlage für die meisten der vorgelegten Auswertungen. Im August 2009 waren für das Einkommensjahr 2005 die AHV-Beiträge von 12730 Ärzten (9643 Männer, 3087 Frauen) rechtskräftig verfügt, für das Einkommensjahr 2006 diejenigen von 11853 Ärzten (8917 Männer, 2936 Frauen).

- *Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte*: Die FMH stellt Sophistic Soft umfangreiches Datenmaterial zur Verfügung. An dieser Stelle sei Martina Hersperger und Esther Kraft aus dem Ressort Daten, Demographie und Qualität herzlich gedankt für die konstruktive Zusammenarbeit. Insbesondere seien hier die Aufbereitung und die Adaptierung der Ärzttestatistiken erwähnt.
- *Bundesamt für Statistik BFS*: Lohnstrukturerhebung, Landesindex der Konsumentenpreise
- Weitere Quellen: Bundesamt für Sozialversicherung, santésuisse usw.

Um die Repräsentativität der Studie zu verdeutlichen, wurden dem vorgelegten Gutachten erstmals Tabellen vorangestellt, welche Aufschluss geben über die Anteile der bekannten und bearbeiteten Daten an der Gesamtheit der entsprechenden Gruppen. Aus diesen Tabellen geht hervor, bei welchen Teilgesamtheiten (Kantone, Spezialitäten, Geschlechter) bei der Interpretation besondere Vorsicht geboten ist (s. a. nachfolgenden Abschnitt). Aus dieser Gegenüberstellung der Anzahl Datensätze der medisuisse und der Anzahl der in der Ärzttestatistik der FMH verzeichneten Ärzte geht auch hervor, dass die Studie mit der Auswertung von rund drei Vierteln aller Individualwerte eine überdurchschnittliche Repräsentativität beanspruchen darf. Um die Repräsentativität einzelner Teilgesamtheiten (insbesondere Kantone und Spezialitäten, in Zukunft vielleicht auch Kombinationen der Parameter) zu steigern, wäre es wünschbar, die Daten möglichst aller Ärzte in freier Praxis auswerten zu können.

### A.3 Methoden und Grundsätze

Eine statistische Erhebung zeigt numerische Werte, die sich möglichst nahe am effektiven Wert der Grundgesamtheit bewegen sollen. Das absolut richtige Resultat kann aber nur berechnet oder bestimmt werden, wenn die Daten aller Individuen der betrachteten Grundgesamtheit bekannt sind und zur Auswertung zur Verfügung stehen.

Um eine sinnvolle Aussage über eine Gruppe von Daten machen zu können, wird in der statistischen Wissenschaft eine Gruppengrösse von mindestens 50 Individualwerten vorausgesetzt. Je grösser die

Gruppe ist, desto näher kommen die Resultate an die effektiven Zahlen bei der Berücksichtigung aller Individualwerte heran. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass es sich bei den auszuwertenden Daten um normalverteilte Daten handelt, und dass die Probanden zufällig ausgewählt wurden.

Beide Voraussetzungen sind für die vorliegende Erhebung nicht gegeben. Die Ärztteinkommen sind nicht normalverteilt, sondern weisen eine positive Schiefe auf (der Durchschnitt ist höher als der Zentralwert). Ausserdem sind die Probanden nicht zufällig ausgewählt, sondern entsprechen jenem Anteil der Ärzteschaft, welcher eine Abrechnung über die medisuisse gewählt hat.

Vom vorliegenden Bericht wird Aufschluss über die Ärztteinkommen erwartet, und zwar sowohl der Gesamtheit aller in der Schweiz in freier Praxis tätigen Ärzte wie auch bestimmter Teilgesamtheiten, die die Ärzteschaft nach Kriterien wie Spezialität, Kanton, Geschlecht oder Alter klassifizieren. Sophistic Soft hat sich dazu entschlossen, nur Teilgesamtheiten in die Auswertung miteinzubeziehen, welche mehr als 20 Datensätze beinhalten, dies, obwohl – wie oben erwähnt – eine Gruppengrösse von 50 als unterste Grenze angesehen wird. Der Tabelle 1c, welche Aufschluss über die Anzahl Ärzte pro Kanton und Spezialität gibt, kann beispielsweise entnommen werden, dass nur rund ein Viertel der Teilmengen die Anforderung  $N > 20$  erfüllt. Bei der Auswertung der Spezialitäten fallen daher die Titel Anatomische Pathologie sowie Tropenmedizin ausser Betracht. Wir publizieren die übrigen Resultate mit dem ausdrücklichen Hinweis auf entsprechende Vorsicht bei der Interpretation der Daten bei einer kritischen Grösse von  $N$ .

Des weiteren wurden Teilgesamtheiten ausser Betracht gelassen, für welche Sophistic Soft Daten von weniger als 30 % der gemäss Ärzttestatistik niedergelassenen Ärzte zur Verfügung stehen. Dies betrifft insbesondere die Ärztinnen und Ärzte des Kantons Genf, in welchem nur gerade ca. 15 % aller Ärzte über die medisuisse abrechnen. Der Grund für diese auffallende Abweichung entzieht sich unserer Kenntnis.

Für die Berechnungen der Werte grösserer Teilgesamtheiten (z. B. ganze Schweiz oder alle Internisten) wurden jedoch immer alle Daten miteinbezogen.

Eine der interessanten Beobachtungen bei normalverteilten Werten ist zweifellos die Streuung, welche durch das Mass der Standardabweichung wiedergegeben wird. Bei nicht-normalverteilten Werten wie dem Einkommen der Ärzte wäre allerdings das etwas abstrakte Mass der Schiefe aussagekräftiger. Zur besseren Lesbarkeit und zur Verdeutlichung der Streuung wurde der Ergänzung der Zahlenreihen mit dem *Maximalwert* der Vorzug gegeben. Der Minimalwert bei den Ärztteinkommen ist fast in jeder Teilgesamtheit = 0.

Da sich durch die synoptische Darstellung von Mittelwert und Zentralwert sowie den Einbezug des Maximalwertes breitere Tabellen ergeben haben, verzichten wir in dieser Zusammenfassung auf die Auf-

listung der re-evaluierten Werte für 2005, sondern geben lediglich die neu erhobenen Daten für 2006 sowie die Veränderung gegenüber 2005, sowohl der Zentral- wie auch der Mittelwerte, wieder.

Ein neu einbezogenes Instrument zur Verdeutlichung der Streuung der Einkommen sind die Box-plots, von denen hier die Auswertung der geschlechterspezifischen Daten der Allgemeinversorger sowie der operativ tätigen Ärzte dargestellt wird. Der Kasten («box») gibt die Massierung der Hälfte der Einkommen wieder (zweites und drittes Viertel), d.h. 50% der jeweils betrachteten Teilgesamtheit weisen ein Einkommen innerhalb dieser Bandbreite auf. Aus der Abbildung lassen sich beispielsweise folgende Aussagen ablesen: Ein Viertel der Ärztinnen, die in der Grundversorgung tätig sind, verdient maximal Fr. 52100.–, 50% derselben Teilgesamtheit (1. und 2. Viertel) verdienen maximal Fr. 100100.– (= Zentralwert), die mittlere Hälfte (2. und 3. Viertel) verdient zwischen Fr. 52100.– und Fr. 158750.–, das Einkommen des letzten Viertels liegt zwischen Fr. 158750.– und Fr. 1088000.–. Zum Vergleich: Der Durchschnitt dieser Teilgesamtheit (grundversorgende Ärztinnen bis 65 Jahre) beträgt Fr. 117750.– und liegt damit ca. 17% über dem Zentralwert.

**B. Resultate: Zusammenfassung**

**B.1 Allgemeines**

Von 2005 auf 2006 betrug die Teuerung nach LIKP +1,05%. Im Gegensatz dazu sank das mittlere Ärzteneinkommen im gleichen Zeitraum für alle Ärzte bis 65 Jahre um -1,69% und für das zentrale Ärzteneinkommen um -0,99%. Dies entspricht einem realen Einkommensrückgang von -2,71% beim mittleren und von -2,02% beim zentralen Ärzteneinkommen. Gegenüber dem Jahr 2004 entspricht dies einem realen Einkommensrückgang von -6,7% bei den mittleren und -6,0% bei den zentralen Werten. Damit setzt sich die sinkende Tendenz sowohl bei den mittleren wie bei den zentralen Einkommen der letzten Jahre fort.

**B.2 Vorbemerkungen**

Die neu erhobenen, revidierten Einkommenszahlen 2005 weichen leicht von den im November 2008 publizierten Gutachten ab. Aus diesem Grunde muss die damals publizierte Veränderung der Durchschnitte des Ärzteneinkommens zwischen 2004 und 2005 für die unten erwähnten Teilgesamtheiten korrigiert werden. Das *mittlere AHV-pflichtige Ärzteneinkommen* hat sich von 2004 auf 2005 aufgrund der Re-Evaluation um

**Tabelle 0a/06**

Prozentualer Anteil Anzahl Ärzte Gutachten (GA) an Anzahl Ärzten Ärztstatistik (ÄS) nach Kantonen (alle Ärzte und nach Geschlecht), 2006.

	alle			Männer			Frauen		
	GA	ÄS	%	GA	ÄS	%	GA	ÄS	%
ZH	2417	3610	67,0%	1710	2504	68,3%	707	1106	63,9%
BE	1886	2447	77,1%	1475	1861	79,3%	411	586	70,1%
LU	451	657	68,6%	350	517	67,7%	101	140	72,1%
UR	33	42	78,6%	26	35	74,3%	7	7	100,0%
SZ	174	197	88,3%	136	149	91,3%	38	48	79,2%
UW	85	93	91,4%	71	79	89,9%	14	14	100,0%
GL	47	58	81,0%	40	46	87,0%	7	12	58,3%
ZG	159	230	69,1%	128	173	74,0%	31	57	54,4%
FR	377	429	87,9%	281	326	86,2%	96	103	93,2%
SO	386	430	89,8%	309	339	91,2%	77	91	84,6%
BS	557	921	60,5%	374	634	59,0%	183	287	63,8%
BL	554	614	90,2%	410	444	92,3%	144	170	84,7%
SH	146	157	93,0%	114	119	95,8%	32	38	84,2%
AP	107	117	91,5%	96	94	n.a.	11	23	47,8%
SG	590	856	68,9%	464	678	68,4%	126	178	70,8%
GR	320	381	84,0%	259	308	84,1%	61	73	83,6%
AG	669	992	67,4%	528	761	69,4%	141	231	61,0%
TG	332	369	90,0%	269	293	91,8%	63	76	82,9%
TI	556	703	79,1%	447	563	79,4%	109	140	77,9%
VD	1120	1830	61,2%	766	1273	60,2%	354	557	63,6%
VS	357	513	69,6%	290	407	71,3%	67	106	63,2%
NE	206	363	56,7%	153	271	56,5%	53	92	57,6%
<b>GE</b>	254	1631	<b>15,6%</b>	162	1066	<b>15,2%</b>	92	565	<b>16,3%</b>
JU	70	121	57,9%	59	101	58,4%	11	20	55,0%
<b>Schweiz</b>	<b>11853</b>	<b>17761</b>	<b>66,7%</b>	<b>8917</b>	<b>13041</b>	<b>68,4%</b>	<b>2936</b>	<b>4720</b>	<b>62,2%</b>

fett = keine (\*geschlechterspezifischen) Auswertungen; n.a. = not available

2,93% verringert (statt wie 2008 publiziert um 3,08%), das *zentrale AHV-pflichtige Ärzteteinkommen* um 3,04% (statt wie 2008 publiziert um 2,25%).

### B.3 Gender-Aspekte

Erstmals werden in diesem Gutachten umfassende Auswertungen nach Geschlecht vorgenommen. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz ist zwar relativ zur Bevölkerung hoch; absolut gesehen ist sie aber wegen der geringen Bevölkerung im internationalen Vergleich tief, weshalb bei der Auswertung von Teilgesamtheiten besondere Vorsicht geboten ist. Dies gilt im besonderen für die Ärztinnen, die nur rund ein Viertel der Ärzteschaft stellen. Wir haben eingangs darauf hingewiesen, dass wir aus mathematisch-statistischen Gründen Teilgesamtheiten erst bei einer Grösse von mehr als 20 Individualwerten analysieren. Für die Ärztinnen ist dies bei vielen Untergruppierungen (Kantone, Spezialitäten, Altersgruppen) nicht gegeben, weshalb zuverlässige Aussagen über die Einkommen der Ärztinnen schwierig zu erhalten sind.

Aussagekräftige Schlussfolgerungen hinsichtlich der Einkommen werden in besonderem Mass durch den Umstand erschwert, dass die Erfassung der Einkommenszahlen Selbständigerwerbender ohne Angaben des Beschäftigungsgrades erfolgt. Es ist also nicht möglich, aus dem vorliegenden Zahlenmaterial abzuleiten, ob die Ärztinnen (s. Tabelle 3, S. 26f.)

- rund 40–45% weniger verdienen für gleiche Arbeit
  - weniger teure Medizin betreiben
  - 40–45% weniger Arbeitszeit aufwenden
- oder ob eine Mischung aus diesen Gründen für den frappanten Unterschied verantwortlich ist.

Die Tatsache, dass generell mehr Frauen als Männer teilzeitlich beschäftigt sind, lässt immerhin den Schluss als zulässig erscheinen, einen Grossteil dieses beträchtlichen Unterschiedes diesem Umstand zuzuschreiben.

Die Ärztestatistik weist für 2006 17 761 Ärzte aus, davon 4720 weiblichen Geschlechts, dies entspricht einem Anteil von 26,6%. Im Vergleich zu diesem Durchschnitt besteht die tiefste Frauenquote in den Kantonen Graubünden (19,2%) und Tessin (19,9%), die höchste in den Kantonen Basel-Stadt (31,2%), Zürich (30,6%) und Waadt (30,4%).

Bei den Spezialitäten ist die Streuung deutlich grösser: Beträgt der Anteil der Frauen bei den Spezialitäten Urologie, Neurochirurgie und Orthopädische Chirurgie je weniger als 5%, sind es bei den Spezialitäten Dermatologie und Pädiatrie über 40%. Spitzenreiter mit fast 60% Frauenanteil ist die Spezialität Kinder- und Jugendpsychiatrie, womit dort der Anteil mehr als doppelt so hoch ist wie im Durchschnitt. Das Bild bei den von der Ausgleichskasse medisuisse erfassten Ärztinnen und Ärzten sieht ähnlich aus, wobei die Streufaktoren aufgrund der kleineren Zahl teilweise grösser werden.

Interessant für den Vergleich der Geschlechter sind insbesondere die Zahlenreihen, die nicht auf den direkten Vergleich abzielen, sondern innerhalb des Geschlechtes Muster aufzeigen, welche in engem Zusammenhang stehen mit der Einkommensstruktur. So ist beispielsweise wenig verwunderlich, dass nur 20% der Ärztinnen ein Einkommen von mehr als Fr. 200 000.– aufweisen – bei den männlichen Kollegen sind es 50%, – da es offensichtlich eine Massierung der kleineren Einkommen bei den Frauen gibt. Die Verteilung bei den Spezialitäten wurde bereits erwähnt, wo sich bei den Frauen eine deutliche Tendenz zur nichtoperativen Medizin zeigt. In der Allgemeinmedizin sind die Frauen mit einem Anteil von knapp 20% schlecht verankert, was wiederum damit zusammenhängen könnte, dass sich eine Allgemeinarztpraxis schlechter mit einer teilzeitlichen Berufstätigkeit betreiben lässt als z. B. eine psychiatrische Praxis.

Eine schlüssige Aussage über unterschiedliche finanzielle Stellungen der Geschlechter im Arztberuf lässt sich ohne eine Arbeitszeiterhebung nicht machen. Bei der Wahl der Spezialität mögen neben den persönlichen Neigungen jedoch durchaus für Frauen auch Erwägungen hinsichtlich Möglichkeiten zur teilzeitlichen Ausübung eine Rolle spielen.

### B. 4 Einkommensentwicklung

Der Anstieg der Teuerung zwischen 2005 und 2006 betrug +1,05%. Im gleichen Zeitraum ist das *mittlere* Ärzteteinkommen (AHV-pflichtiges Berufseinkommen) von 212 345 auf 208 755 (um –1,69%) und das *zentrale* Ärzteteinkommen von 172 500 auf 170 800 (um –0,99%) abgesunken.

Bei allen ist das mittlere Ärzteteinkommen zwischen 2005 und 2006 deutlich abgesunken, währenddem die Teuerung leicht angestiegen ist. Demnach ist ein reales Absinken von –2,71% bis –5,18% festzustellen. Beim zentralen Ärzteteinkommen ist ein reales Absinken von –0,67% bis –2,64% zu verzeichnen.

Die Einkommensentwicklung von 1971/72 bis 2006 zeigt für die Gesamtheit aller Ärzte in freier Praxis bis 65 Jahre einen nominellen Zuwachs des mittleren Ärzteteinkommens von +61,4% und des zentralen Ärzteteinkommens von +48,6%. Wenn man jedoch die inzwischen aufgelaufene Teuerung von +163,2% berücksichtigt, ist real ein Einkommensverlust von –38,7% bei den mittleren und von –43,5% bei den zentralen Ärzteteinkommen der bis 65-jährigen Ärzte in freier Praxis festzustellen.

Wenn man jedoch die Einkommensentwicklung der freien Ärzteschaft bis 65 Jahre von 1971/72 bis 2006 auf die Entwicklung der Arbeiter- und Angestelltenlöhne indiziert, d. h. die Entwicklung der Ärzteteinkommen mit der Entwicklung der Arbeiter- und Angestelltenlöhne (bzw. Löhne Sektor II und Sektor III) nominell vergleicht, kommt man auf einen relativen Verlust von –52,7% bzw. –51,3% bei den mittleren Ärzteteinkommen der bis 65-jährigen Ärzte in freier Praxis.

**Tabelle 0b/06**

Prozentualer Anteil Anzahl Ärzte Gutachten (GA) an Anzahl Ärzten Ärztestatistik (ÄS) nach Spezialitäten (alle Ärzte und nach Geschlecht), 2006.

Spezialität	alle			Männer			Frauen		
	GA	ÄS	%	GA	ÄS	%	GA	ÄS	%
Anästhesie	269	1 010	26,6%	180	665	27,1%	89	345	25,8%
Chirurgie	566	1 087	52,1%	516	975	52,9%	50	112	44,6%
Dermatologie	248	286	86,7%	155	168	92,3%	93	118	78,8%
Gynäkologie	757	1 029	73,6%	465	649	71,6%	292	380	76,8%
Innere Medizin	2 288	4 413	51,8%	1 882	3 442	54,7%	406	971	41,8%
Neurochirurgie	39	64	60,9%	36	62	58,1%	3	2	n.a.
Neurologie	175	275	63,6%	140	214	65,4%	35	61	57,4%
Ophthalmologie	427	606	70,5%	281	386	72,8%	146	220	66,4%
Orthopädie	295	502	58,8%	284	481	59,0%	11	21	52,4%
ORL	215	336	64,0%	185	276	67,0%	30	60	50,0%
Pädiatrie	600	957	62,7%	370	531	69,7%	230	426	54,0%
<b>Pathologie</b>	10	125	<b>8,0%</b>	10	71	<b>14,1%</b>	0	54	<b>0,0%</b>
Phys. Medizin	158	121	n.a.	132	91	n.a.	26	30	86,7%
Psychiatrie	1 604	2 184	73,4%	978	1 352	72,3%	626	832	75,2%
Kinder-Psych.	227	377	60,2%	94	148	63,5%	133	229	58,1%
<b>Radiologie*</b>	144	457	31,5%	116	353	32,9%	28	104	<b>26,9%</b>
<b>Tropenmedizin</b>	3	33	<b>9,1%</b>	3	29	<b>10,3%</b>	0	4	<b>0,0%</b>
Urologie	112	175	64,0%	109	171	63,7%	3	4	75,0%
Allg. Medizin	3 716	3 724	99,8%	2 981	2 977	n.a.	735	747	98,4%
alle Spez.	11 853	17 761	66,7%	8 917	13 041	68,4%	2 936	4 720	62,2%

fett = keine (\*geschlechterspezifischen) Auswertungen

**Tabelle 5/06**

AHV-pflichtiges Einkommen aller in freier Praxis tätigen Ärzte (M + F), Mittel- und Zentralwerte nach Kantonen, Ärzte bis 65 Jahre, 2006 und Veränderung.

2006	Anzahl	Mittelwert	Zentralwert	Maximum	Index MW	Index ZW	MW +/-	ZW +/-
ZH	2 246	198 275	154 850	2 188 900	95,0%	90,7%	-3,1%	-0,2%
BE	1 772	207 388	162 500	1 900 300	99,3%	95,1%	0,7%	0,7%
LU	430	252 223	224 000	1 109 600	120,8%	131,1%	-1,7%	1,5%
UR	32	221 597	203 400	516 400	106,2%	119,1%	3,5%	-1,0%
SZ	164	250 837	217 200	979 800	120,2%	127,2%	-4,9%	-12,2%
UW	84	214 389	183 400	694 500	102,7%	107,4%	-0,9%	-8,0%
GL	44	271 791	269 700	842 500	130,2%	157,9%	2,4%	0,2%
ZG	149	217 059	189 100	772 600	104,0%	110,7%	0,3%	-5,3%
FR	354	222 832	193 250	1 036 200	106,7%	113,1%	-2,1%	0,8%
SO	371	215 385	181 400	3 613 200	103,2%	106,2%	-3,6%	0,0%
BS	507	170 282	136 600	1 345 700	81,6%	80,0%	-1,1%	-1,8%
BL	514	230 056	185 050	2 651 800	110,2%	108,3%	3,3%	4,9%
SH	139	203 840	159 100	1 360 300	97,6%	93,1%	-4,4%	1,5%
AP	99	205 368	188 300	676 300	98,4%	110,2%	-12,0%	-2,7%
SG	552	251 432	221 800	1 939 600	120,4%	129,9%	3,4%	2,1%
GR	301	178 731	145 000	880 600	85,6%	84,9%	-8,0%	-14,1%
AG	624	225 264	192 450	1 680 900	107,9%	112,7%	-2,0%	-0,7%
TG	322	224 878	191 050	2 269 800	107,7%	111,9%	-0,9%	-6,3%
TI	510	220 290	174 800	1 261 900	105,5%	102,3%	-3,1%	-6,8%
VD	1 071	198 948	160 100	1 136 900	95,3%	93,7%	-5,2%	-9,9%
VS	339	181 072	162 300	816 800	86,7%	95,0%	-1,2%	-4,6%
NE	196	154 928	140 900	530 600	74,2%	82,5%	5,6%	6,1%
GE	231	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
JU	62	169 442	174 800	403 000	81,2%	102,3%	6,7%	10,4%
<b>Schweiz</b>	<b>11 113</b>	<b>208 755</b>	<b>170 800</b>	<b>3 613 200</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>-1,7%</b>	<b>-1,0%</b>

n.a. = not available

Die Unterschiede der Durchschnittseinkommen nach Kantonen und nach Spezialitäten sind auch nach Einführung des TARMED immer noch gross; bis zum Einkommensjahr 2004 sind die Unterschiede eher von Jahr zu Jahr kleiner geworden, im Einkommensjahr 2005 sind sie erstmals wiederum grösser geworden und sind im Jahr 2006 bei den Spezialitäten nochmals deutlich angestiegen (s.a. Kapitel C.18. auf Seite 77f.).

Die Durchschnittseinkommen der Kantone streuen für die bis 65-jährigen Ärzte in freier Praxis für das Einkommensjahr 2005 zwischen 69,1% und 125,0% (Faktor 1,81) des gesamtschweizerischen Durchschnittes, für das Einkommensjahr 2006 zwischen 74,2% und 130,2% (Faktor 1,75) des gesamtschweizerischen Durchschnittes.

Die Streuung der Durchschnittseinkommen nach Spezialitäten geht bis ins Jahr 2004 zurück, steigt aber

**Tabelle 9/06**

AHV-pflichtiges Einkommen aller in freier Praxis tätigen Ärzte (M + F), Mittel- und Zentralwerte nach Spezialitäten, Ärzte bis 65 Jahre, 2006 und Veränderung.

2006	Anzahl	Mittelwert	Zentralwert	Maximum	Ind. MW	Ind. ZW	MW +/-	ZW +/-
Anästhesie	254	268 025	250 050	999 000	128,4%	146,4%	1,4%	17,0%
Chirurgie	500	243 227	166 400	1 324 300	116,5%	97,4%	-1,0%	-0,4%
Dermatologie	236	240 589	203 050	2 188 900	115,2%	118,9%	2,1%	-1,0%
Gynäkologie	706	241 539	208 550	1 545 800	115,7%	122,1%	-5,2%	-3,0%
Innere Medizin	2 154	222 231	186 000	1 969 700	106,5%	108,9%	-0,9%	-0,4%
Neurochirurgie	35	427 974	354 000	1 507 100	205,0%	207,3%	6,7%	11,7%
Neurologie	156	159 800	138 450	621 800	76,5%	81,1%	-3,7%	-6,4%
Ophthalmologie	394	334 759	288 150	2 269 800	160,4%	168,7%	1,7%	6,8%
Orthopädie	278	286 817	246 600	1 566 500	137,4%	144,4%	-5,2%	-6,9%
ORL	207	289 604	239 500	912 100	138,7%	140,2%	-2,1%	-0,7%
Pädiatrie	549	169 440	154 500	693 200	81,2%	90,5%	-0,6%	3,8%
Phys. Medizin	148	211 386	203 100	596 900	101,3%	118,9%	1,6%	9,4%
Psychiatrie	1 484	127 775	118 150	788 600	61,2%	69,2%	-2,4%	-3,2%
Kinder-Psych.	212	110 208	111 000	365 900	52,8%	65,0%	-5,4%	1,3%
Radiologie	139	339 369	253 100	2 651 800	162,6%	148,2%	-4,7%	-7,8%
Urologie	107	312 075	263 100	1 392 200	149,5%	154,0%	-0,5%	1,8%
Spezialisten	7 571	215 933	166 700	3 613 200	103,4%	97,6%	-1,8%	-1,9%
Allg. Medizin	3 542	193 412	175 950	1 680 900	92,7%	103,0%	-1,5%	-1,2%
alle	11 113	208 755	170 800	3 613 200	100,0%	100,0%	-1,7%	-1,0%

**Tabelle 29**

Auszugsweise Liste der TARMED-Taxtpunktwerte KVG zwischen dem 1. Januar 2004 (Inkrafttreten des TARMED) und dem 1. Januar 2008 (in Rappen).

	1. 1. 2004	1. 9. 2004	1. 1. 2005	1. 7. 2005	1. 1. 2006	1. 1. 2007	1. 1. 2008
ZH	97	95	92	90	91	90	89
BE	89	86	84	86	87	86	86
FR	91	91	88	86	89	92	91
SO	87	84	84	81	84	84	84
BS	93	93	89	87	88	89	89
BL	97	97	92	95	96	93	94
GR	84	78	78	78	78	80	80
AG	89	89	87	92	90	89	89
TI	91	97	97	97	97	97	96
VD	92	96	98	98	98	98	98
VS	78	78	78	78	78	80	81
NE	94	89	89	89	91	92	92
GE	98	98	98	98	98	96	96
JU	95	95	97	99	99	99	99
Zentral-CH	86	83	80	80	80	86	86
Ost-CH	85	82	82	84	84	82	82
Durchschnitt	90,38	89,44	88,31	88,63	89,25	89,56	89,50

im Einkommensjahr 2005 wieder etwas an: Bei den bis 65-jährigen Ärzten reichen die Durchschnittseinkommen nach Spezialitäten im Einkommensjahr 2005 von 54,9% bis 188,9% (Faktor 3,44), im Einkommensjahr 2006 von 52,8% bis 205,0% (Faktor 3,88) des gesamtschweizerischen Durchschnittes.

Auffällig ist noch immer der Unterschied zwischen operativ tätigen und nicht-operativ tätigen Ärzten. Da das Einkommen der operativ tätigen Ärzten zu einem beträchtlichen Teil aufgrund des Privattarifes erwirtschaftet wird, ist das Einkommen im Durchschnitt für die Ärzte bis 65 Jahre 2005 um 47% und 2006 um 46% höher als der Durchschnitt für die nicht-operativ tätigen Ärzte.

Die Gegenüberstellung der statistischen Eckwerte der Grundversorger (Internisten, Pädiater und Allgemeinmediziner) und der operativ tätigen Ärzte (Chirurgen, Gynäkologen, Ophthalmologen, Orthopäden und Urologen) in Tabelle 20 auf Seite 65 zeigt, dass nicht nur die Zentralwerte sich um rund 26% bis 28% unterscheiden, sondern dass auch die Quantile (Hälften, Drittel, Viertel) bei den operativ tätigen Ärzten sich in deutlich höheren Bereichen bewegen als bei den Grundversorgern. So beträgt beispielsweise der Faktor beim zweiten Terzil von Grundversorgern zu operativ tätigen Ärzten 1:1,39 (2005) bzw. 1:1,41 (2006), beim dritten Quartil heissen die Zahlen 1:1,47 (2005) und 1:1,46 (2006).

Die publizierten Zentralwerte pro Kanton streuen etwas mehr und diejenigen pro Spezialität etwas geringer als die Durchschnitte.

Die Zentralwerte der Kantone streuen für die bis 65-jährigen Ärzte in freier Praxis für das Einkommensjahr 2005 zwischen 77,0% und 156,0% (Faktor 2,03) des gesamtschweizerischen Zentralwertes, für das Einkommensjahr 2006 zwischen 78,5% und 157,9% (Faktor 2,01) des gesamtschweizerischen Zentralwertes.

Die Zentralwerte der Spezialitäten streuen für die bis 65-jährigen Ärzte in freier Praxis für das Ein-

kommensjahr 2005 zwischen 63,5% und 183,8% (Faktor 2,89) des gesamtschweizerischen Zentralwertes, für das Einkommensjahr 2006 zwischen 65,0% und 207,3% (Faktor 3,19) des gesamtschweizerischen Zentralwertes.

Die Personallohnsumme steigt mit zunehmendem Durchschnittseinkommen an.

**B. 5 Häufigkeitsverteilung der Einkommen**

Die Häufigkeitsverteilungen der Einkommen zeigen dieselbe linksschwere Verteilung wie in den früheren Untersuchungen: Die Hälfte der Ärzte in freier Praxis bis 65 Jahre zeigt 2006 (2005) ein AHV-pflichtiges Berufs-Einkommen unter Fr. 170 800.– (Fr. 172 500.–). Dieses Einkommen entspricht nach den Untersuchungen der SUVA/SSO einem Arbeitnehmereinkommen von Fr. 120 500.– (Fr. 121 700.–). Gemäss der Studie der ZMT entspricht dies einem Arbeitnehmereinkommen brutto von Fr. 145 000.– (Fr. 146 400.–). Siehe auch Kapitel B.3.4. auf Seite 9.

Die mittlere Hälfte der Ärzte (zweites und drittes Viertel) in freier Praxis bis 65 Jahre weist 2006 (2005) ein AHV-pflichtiges Berufs-Einkommen zwischen Fr. 90 900.– und Fr. 277 000.– (Fr. 92 400.– und Fr. 279 000.–) auf.

Ein Viertel der Ärzte in freier Praxis bis 65 Jahre weist 2006 (2005) ein AHV-pflichtiges Berufs-Einkommen von höchstens Fr. 90 900.– (Fr. 92 400.–) auf.

Ein Viertel der Ärzte in freier Praxis bis 65 Jahre weist 2006 (2005) ein AHV-pflichtiges Berufs-Einkommen von mindestens Fr. 277 000.– (Fr. 279 000.–) auf.

Das mittlere Drittel der Ärzte in freier Praxis bis 65 Jahre weist 2006 (2005) ein AHV-pflichtiges Berufs-Einkommen zwischen Fr. 118 900.– und Fr. 233 700.– (Fr. 119 800.– und Fr. 237 600.–) auf.

Ein Drittel der Ärzte in freier Praxis bis 65 Jahre weist 2006 (2005) ein AHV-pflichtiges Berufs-Einkommen von höchstens Fr. 118 900.– (Fr. 119 800.–) auf.

Ein Drittel der Ärzte in freier Praxis bis 65 Jahre weist 2006 (2005) ein AHV-pflichtiges Berufs-Einkommen von mindestens Fr. 233 700.– (Fr. 237 600.–) auf.

Eine der grundsätzlichen Schwierigkeiten bei der Beurteilung des Ärztteeinkommens ist die Tatsache, dass man es nicht in Relation zur Quantität und nur bedingt zur Qualität der geleisteten Arbeit setzen kann.

**B. 6 Tendenzen**

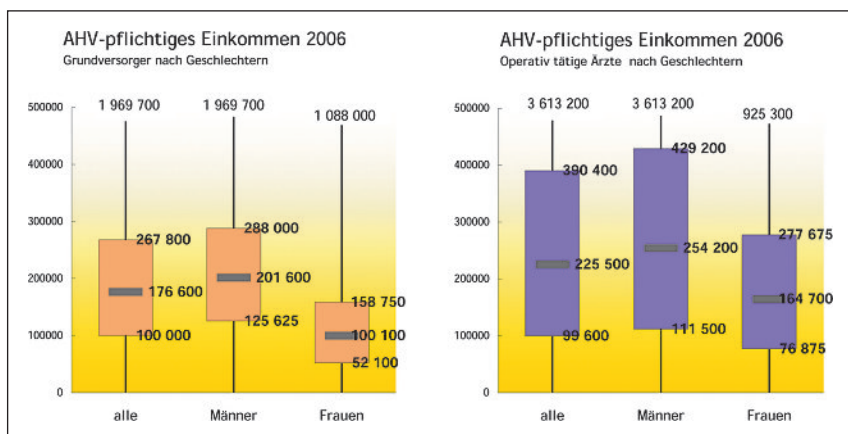
Die Ärztteeinkommen sind im Zeitraum 2005 bis 2006 bei einer geringen Steigerung des Lebenskostenindex erneut abgesunken. Das heisst, dass bei den Ärztteeinkommen in diesem Zeitraum ein deutliches reales Absinken festzustellen ist.

Die Faktoren zwischen dem grössten und dem kleinsten Einkommen der Kantone und der Spezialitäten waren bis 2004 leicht bis deutlich abgesunken, wobei seit 2004 wiederum ein deutliches Ansteigen, insbesondere bei den Spezialitäten, festzustellen ist.

Die Erhebungen der nächsten Jahre werden weiterhin die Grundlage bieten, die Auswirkungen des TAR-

**Abbildung 36 (Boxplot)**

AHV-pflichtiges Einkommen der Grundversorger und operativ tätigen Ärzte, 2006 nach Geschlecht (s. Tabelle 20, S. 65).



MED-Tarifs mit Hilfe der in Kapitel C.18. auf Seite 77f. beschriebenen Faktoren zu beurteilen, der ja auch zum Ziel hat, die ärztlich-intellektuellen Leistungen zu Lasten der operativ-technischen Leistungen aufzuwerten.

Das Ansteigen der Ärztteeinkommen im Jahr 2004 darf auf die Einführung des TARMED-Tarifs zurückgeführt werden. Dieses Ansteigen war durch die Beobachtung der Kostenneutralität durch die paritätische Kommission Ärzte/Krankenkassen erwartet worden. Im Verlaufe der Jahre 2004 und 2005 wurde der Taxpunktwert des TARMED-Tarifs mehrmals abgesenkt,

so dass das hier festgestellte Absinken der Ärztteeinkommen im Einkommensjahr 2005 schon länger erwartet wurde. Trotz des Anhebens des Taxpunktwertes auf die zweite Jahreshälfte 2005 und auf 2006 ist jedoch nochmals ein Rückgang bei den Ärztteeinkommen zu beobachten.

**B.6.1 Einfluss des TARMED-Taxpunktwertes KVG auf das Ärztteeinkommen**

Wie oben dargestellt, wurde das Absinken der Ärztteeinkommen vom Einkommensjahr 2004 auf das Ein-

**Tabelle 23c**

Indexzahlen des AHV-pflichtigen Einkommens der freien Ärzteschaft der Schweiz (bis 1975/76 bis 62 Jahre, ab 1977/78 bis 65 Jahre). 1971/72 bis 2006. Dritter Teil 1995/96 bis 2006. Alle Indexreihen sind auf der Basis 1971/72 = 100,0 berechnet.

**Einkommensentwicklung: Indexzahlen (nur Ärzte bis 65 Jahre)**

Einkommensjahre	1995/96	1997/98	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Konsumentenpreise	241,6	243,8	252,1	253,7	255,4	257,4	260,4	263,2
Veränderung	+0,9%	+3,4%	+0,6%	+0,7%	+0,8%	+1,2%	+1,1%	

AHV-pflichtiges Ärzte-einkommen: Mittelwert	209 529	204 624	210 723	214 362	208 940	218 763	212 345	208 755
Veränderung	-2,3%	+3,0%	+1,7%	-2,5%	+4,7%	-2,9%	-1,7%	
Index nominal	162,0	158,2	162,9	165,7	161,5	169,1	164,2	161,4
Index real	67,1	64,9	64,6	65,3	63,2	65,7	63,0	61,3

AHV-pflichtiges Ärzte-einkommen: Zentralwert	171 500	169 500	171 500	172 000	168 600	177 900	173 900	170 800
Veränderung	-1,2%	+1,2%	+0,3%	-2,0%	+5,5%	-2,2%	-1,0%	
Index nominal	149,2	147,5	149,2	149,6	146,7	154,8	150,1	148,6
Index real	61,8	60,5	59,2	59,0	57,4	60,1	57,6	56,5

**Arbeiterlöhne**

Index nominal	303,7	307,3	319,8	325,8	329,6	332,1		
Index real	125,7	126,1	126,9	128,4	129,1	129,0		

**Löhne Sektor II (Produktion) Index Basis 1971/72 = 100,0 (Basis 1993 nominal = 294,2, real = 125,1)**

Index nominal	304,5	308,0	322,1	324,4	331,3	333,3	337,4	341,3
Index real	125,6	125,9	127,2	128,6	129,2	129,0	129,1	129,2

**Angestelltenlöhne**

Index nominal	293,1	298,2	312,6	317,7	322,9	326,5		
Index real	121,3	122,3	124,0	125,2	126,4	126,9		

**Löhne Sektor III (Dienstleistung) Index Basis 1971/72 = 100,0 (Basis 1993 nominal = 283,0, real = 120,3)**

Index nominal	292,6	297,4	303,4	316,1	320,9	324,9	327,4	331,4
Index real	120,6	121,5	122,6	124,0	125,2	125,7	125,2	125,5

**AHV-pflichtiges Ärztteeinkommen Mittelwert indiziert auf Index Basis 1971/72 = 100,0**

Löhne Sektor II	53,2	51,4	50,6	51,1	48,7	50,7	48,7	47,3
Löhne Sektor III	55,4	53,2	53,7	52,4	50,3	52,0	50,2	48,7

**Veränderungen Zentralwerte, nominal**

	1995/96	1997/98	2001	2002	2004	2006
AHV-pfl. Eink. Ärzte	+0,5%	-1,2%	+1,2%	+0,3%	+3,4%	-4,0%
	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Löhne Sektor II	+3,4%	+1,7%	+2,2%	+5,1%	+2,0%	+2,0%
Löhne Sektor III	+2,9%	+2,8%	+2,3%	+3,0%	+2,8%	+2,7%



kommensjahr 2005 erwartet, da der TARMED-Taxpunktwert nach dem 1. Januar 2004 mehrmals von der paritätischen Kostenneutralitätskommission der Ärzte und Krankenkassen herabgesetzt wurde. In der Tabelle 29 ist der TARMED-Taxpunktwert für das KVG zwischen dem Inkrafttreten des TARMED-Tarifs am 1. Januar 2004 und dem 1. Januar 2009 auszugsweise angegeben.

Abbildung 13

Entwicklung des Durchschnittes des AHV-pflichtigen Einkommens der freien Ärzteschaft der Schweiz bis 65 bzw. 62 Jahre (nominal) 1971/72 bis 2006 (s. Tabelle 23, S. 67ff.).

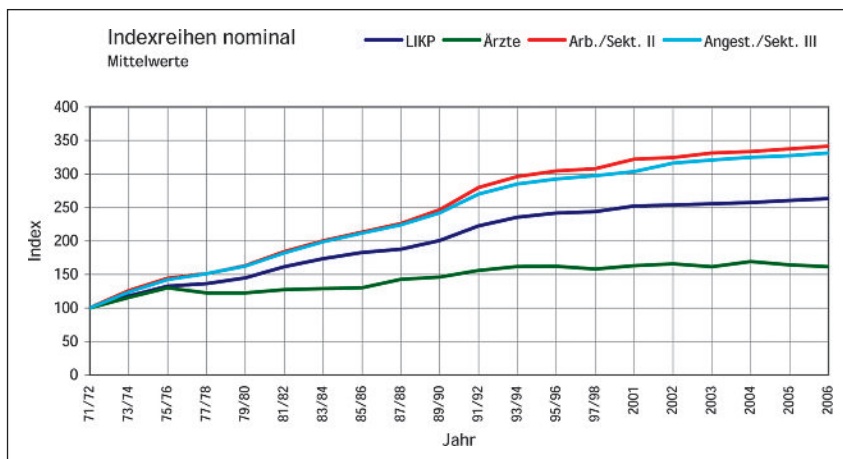
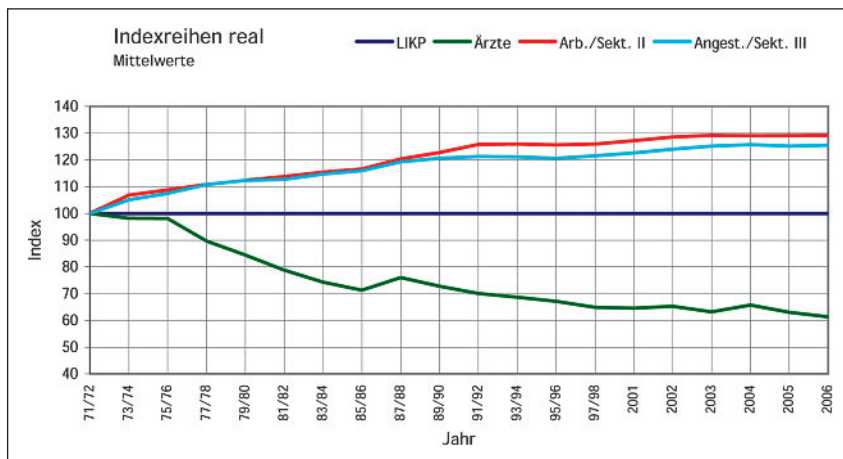


Abbildung 14

Entwicklung des Durchschnittes des AHV-pflichtigen Einkommens der freien Ärzteschaft der Schweiz bis 65 bzw. 62 Jahre (real) 1971/72 bis 2006 (s. Tabelle 23, S. 67ff.).



Das Funktionieren der paritätischen Kostenneutralitätskommission und die Erhebung des dazu notwendigen statistischen Grundlagenmaterials, das direkt aus der Rechnungstellung des Arztes stammte, wurde vor Unterschreiben der TARMED-Verträge zwischen der FMH und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen genau festgelegt und in speziellen Verträgen festgehalten. Das Absenken oder Anheben des Taxpunktwertes wurde dadurch zu einer rein statistisch-mathematischen Aufgabe und führte dazu, dass das Einführen eines grundsätzlich neuen Tarifs ohne grosse Anhebung oder Senkung des Gesamthonorarvolumens erfolgen konnte.

Das doch erfolgte leichte Überschreiten des abgerechneten Honorarvolumens gegen oben wurde in den darauffolgenden Jahren durch ein etwas deutlicheres Absenken des Taxpunktwertes kompensiert. Ein formuliertes Ziel des TARMED, nämlich die Bruttoeinkünfte der Ärztinnen und Ärzte nicht zu steigern, ist auch mit dem Anheben des Taxpunktwertes im Laufe der Jahre 2005 und 2006 mehr als erreicht worden. Die im letzten Gutachten formulierte Vermutung, dass die Ärzteneinkommen 2006 dank des höheren Taxpunktwertes leicht steigen würden, hat sich so nicht bewahrheitet. Trotz der Steigerung des Taxpunktwertes von 2005 auf 2006 um ca. 1% sind die Einkommen der Ärzte in freier Praxis zurückgegangen. Vor diesem Hintergrund wird es interessant sein zu beobachten, welche Auswirkungen das erneute Anheben des Taxpunktwertes auf das Jahr 2007 um 0,3% gehabt hat.

**B. 6.2 Einkommensentwicklung 1971/72 bis 2006**

Mit den revidierten Einkommenszahlen 2005 und den neuen Einkommenszahlen 2006 kann nun die Entwicklung des mittleren und des zentralen AHV-pflichtigen Einkommens der freien Ärzteschaft der Schweiz über dreieinhalb Jahrzehnte verfolgt werden.

In den Abbildungen 13 und 14 (Anhang Seite 101) sind die Indexreihen für das mittlere AHV-pflichtige Ärzteneinkommen (nur Ärzte bis 65 Jahre) sowohl nominal wie auch real (d.h. unter Berücksichtigung der Teuerung) dargestellt. Daraus ist besonders deutlich zu ersehen, dass die Schere zwischen den Einkommen der arbeitnehmenden Bevölkerung und denjenigen der selbständigen Ärzte zwar nicht mehr so rasant wie in den 70er und 80er Jahren, aber doch mit stetiger Konstanz weiter aufgeht.