

Ambulante Versorgungssituation in Frankreich **Verfasst von Dr. Ursula Descamps, Strasbourg**

Leistungserbringer

- Frei niedergelassene Ärzte, sowohl Allgemeinmediziner als auch Fachärzte, und Zahnärzte.
Seit der Reform 2009 definiert das Sozialgesetz die Rolle des Allgemeinmediziners explizit als die eines Primärarztes. Es gibt keine primärärztlich tätigen Internisten.
- Frei niedergelassene Gesundheitsfachberufe: Hebammen, Krankenschwestern, Logopäden, Physiotherapeuten, Orthoptisten und Gesundheits-Handwerker.
Krankenschwestern haben ein weiteres Aufgabenfeld als in Deutschland, da sie auch intravenös Arzneimittel verabreichen dürfen. So machen die Krankenschwestern z.B. ambulant Chemotherapie und Heimdialyse oder nehmen Proben für Laboruntersuchungen ab. Weiterer Kompetenztransfer ist ein aktuelles Diskussionsthema.
- Externe, fachärztliche Konsultationen am Krankenhaus in allen Fachbereichen; das betrifft auch die Labormedizin und die bildgebende Diagnostik: außer den öffentlichen Konsultationen gibt es für alle angestellten Krankenhausärzte die Möglichkeit einer privatärztlichen Tätigkeit an der Klinik an 2 halben Tagen in der Woche. Organisatorisch ist das ambulante Angebot („soins externes“) von den Stationen getrennt
- „Krankenhaus zuhause“ (HAD): von den Krankenhausärzten koordinierte, kurative, nachstationäre oder Krankenhausersetzende Versorgung der Patienten zuhause, die durch spezifische Dienste in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und sonstigen Gesundheitsberufen erbracht wird. Hier kann z.B. ambulante Chemotherapie erbracht werden. Bei der HAD wird auch die Haushaltshilfe gesichert.
- Pflegedienste, mit angestellten Krankenschwestern und Hilfspflegerinnen.

Dialysezentren sind immer an ein Krankenhaus angeschlossen.

Medizinische Labore haben einen eigenen Rechtsstatus. Sie werden entweder von einem Laborarzt oder einem Apotheker oder Naturwissenschaftler mit einer Weiterbildung in Labormedizin geleitet. Eine organisierte Zusammenarbeit zwischen behandelndem Arzt und Labor gibt es nicht: die Blutproben etc. werden nicht vom behandelnden Arzt abgenommen, sondern der Patient begibt sich in das von ihm gewählte Labor, bzw. bei bettlägerigen Patienten sichern die Krankenschwestern die Probenentnahme. Im Vergleich zu Deutschland handelt es sich um kleine Strukturen. Allerdings beobachtet man auch in Frankreich eine Entwicklung zur Gruppenbildung und dem Aufkauf von Laboren.

Daneben gibt es sozial-medizinische Einrichtungen:

- Gemeinnützige, medizinische Versorgungszentren („Centre de santé“), mit angestellten Ärzten, Zahnärzten und anderen Gesundheitsfachberufen, die traditionsgemäß von Gemeinden, Hilfskassen (gemeinnützige Zusatzversicherung), Krankenversicherung oder Gewerkschaften getragen werden. Der Zugang kann für bestimmte Personenkreise beschränkt sein.
- Einige Zentren für besondere Versorgungssegmente : früher Tuberkulose, jetzt kostenlose AIDS-Diagnostik und Abhängigkeitskrankheiten, oder Anlaufstelle für besonders prekäre, soziale Randgruppen.
- Gesundheitszentren der örtlichen Primärkassen der Krankenversicherung (CPAM), in denen kostenlose Vorsorge-Untersuchungen angeboten werden.

- Zahnkliniken der Krankenversicherung, mit angestellten Leistungserbringern.

Die psychiatrische Versorgung nimmt eine Sonderstellung ein:

- Auf der einen Hand gibt es die öffentliche Sektorenpsychiatrie, die an die psychiatrischen Kliniken angebunden ist:
 - o Frankreich ist in Psychiatrie-Sektoren eingeteilt, die für Erwachsene etwa 70.000 Einwohner entsprechen und für die Jugendpsychiatrie etwa 200.000.
 - o Ein interdisziplinäres Team (Psychiater, Psychologen, Krankenschwestern, Erzieher, etc.) sichern für den zuständigen Sektor aus einer Hand sowohl die stationäre Behandlung als auch die Rehabilitation und die ambulante Versorgung.
 - o Letztere gibt es in Form von ärztlichen Konsultation oder Psychotherapie, Beschäftigungstherapie, etc. in der Klinik selbst und in ambulanten Satellit-Zentren, (CMP, CATTP) sowie durch mobile Dienste.
 - o Als erste, schnelle Anlaufstelle kann auch eine Konsultation von Krankenschwestern angeboten werden, die in der Psychiatrie weitergebildet sind.
 - o Da die Sektoren-Psychiatrie (heute) durch ein Globalbudget (und in Zukunft durch Fallpauschalen) finanziert ist, ist der Zugang für die Patienten ohne Vorkasse.
- auf der anderen Hand frei niedergelassene Psychiater, sowie
- Psychologen und nicht ärztliche Psychotherapeuten in freier Praxis – deren Leistungen werden allerdings nicht von der Krankenkasse übernommen.

Für Jugendliche gibt es in den großen Städten so genannte „Jugendhäuser“ („Maison des adolescents“): eine erste globale Anlaufsstelle, mit regionalem Versorgungsauftrag, die kostenlose, ärztliche und pflegerische Konsultationen in verschiedenen Fachgebieten, darunter Gynäkologie und Psychiatrie, sowie soziale, erzieherische und juristische Beratung für Jugendliche, ihre Eltern und mit Jugendlichen arbeitende Leistungserbringer anbietet. Für die Weiterbehandlung wird der Jugendliche an die traditionellen Leistungsanbieter weitergeleitet. Die Jugendhäuser sind an ein öffentliches Krankenhaus angebunden und werden gemeinsam von Staat, Gebietskörperschaften, Vereinen, Krankenversicherung, Klinik und sonstigen Institutionen getragen. Die Jugendhäuser sind ein ganz neues Konzept im Rahmen des nationalen Aktionsplans zur seelischen Gesundheit. Ähnliche, aber rein medizinische Strukturen gibt es auch für Studenten.

Organisationsformen für freiberufliche Leistungserbringer

- Individuelle Praxis (51,2 % der Ärzte).
- Gruppenpraxis: in Form einer reinen Praxisgemeinschaft oder einer Berufsausübungsgemeinschaft. Es muss sich um Angehörige derselben Fachrichtung handeln. Als Rechtsform kommen nur die verschiedenen Varianten der Gesellschaft bürgerlichen Rechts in Frage.
- Ein niedergelassener Arzt oder Heilberufler kann einen angestellten Mitarbeiter derselben Fachrichtung haben. Die Anstellung eines Heilberuflers durch einen Arzt ist verboten.
- Es besteht die Möglichkeit einer Zweitniederlassung, falls es dort keinen Kollegen derselben Fachrichtung gibt.
- Interdisziplinäre Medizinische Versorgungszentren – wir nennen das ein Gesundheitshaus („Maison de santé pluridisciplinaire“): eine neue Organisationsform, ganz auf die Primärversorgung sowie eine globale Versorgung des Patienten ausgerichtet, in der sowohl Ärzte als auch sonstige Gesundheitsfachberufe arbeiten und wo auch ein

Kompetenztransfer angedacht ist. Dies ist allerdings derzeit noch ein Randphänomen (162).

Die Reform von 2009 (Loi HPST) fördert ausdrücklich die Bildung von derartigen interdisziplinären Gesundheitshäusern. Ein kürzlich dem Gesundheitsminister übergebenes Gutachten empfiehlt, für die Gesundheitshäuser einen eigenen Rechtsstatus und Vergütungsmodus zu schaffen. Man sieht in den Gesundheitshäusern nicht nur eine Möglichkeit zur besseren Koordination der Leistungserbringer, sondern auch ein Weg, um der Unterversorgung entgegen zu wirken - indem z.B. andernorts niedergelassene Leistungserbringer in Teilzeit in einer solchen Struktur tätig werden.

- „SOS-Médecins“: ein Verband frei niedergelassener Ärzteteams, die sich seit etwa 30 Jahren neben dem offiziellen Bereitschaftsdienst auf die relative Notfall-Versorgung (also nicht im Sinne eines wirklichen Rettungsdienstes) spezialisiert haben und fast nur Hausbesuche machen - auch wenn sie über minimale Praxisräume verfügen müssen, da die „wandernde“ Ausübung der Medizin verboten ist. SOS-Médecins-Teams gibt es in den Städten. Man findet hier vor allem junge Ärzte, die die planbare Organisation in Schichten und ein relativ lukratives Einkommen schätzen. Anfangs von den traditionell niedergelassenen Kollegen als „Rosinenpicker“ abgelehnt, wird SOS-Médecins inzwischen als Unterstützung erlebt und dient für manche sogar dem Outsourcing von Bereitschaftsdiensten.

Zugang zur Versorgung

Für den Patienten ist der Zugang zur Versorgung im Prinzip völlig frei, auch was die externen, fachärztlichen Konsultationen im Krankenhaus betrifft.

Allerdings gibt es seit 2004 für Sozialversicherte über 16 Jahre ein freiwilliges Hausarztssystem mit starken finanziellen Anreizen:

- Hausarzt eines Patienten kann sowohl ein Allgemeinmediziner als auch ein Facharzt jeglicher Fachrichtung sein, auch ein Krankenhausarzt. In der großen Mehrheit sind die gewählten Hausärzte Allgemeinmediziner.
- Hausarzt ist keine Grundentscheidung über eine Tätigkeitsform, sondern betrifft eine vertragliche Beziehung zwischen einem Patienten und seinem behandelnden Arzt: Der einwilligende Patient und der gewählte Hausarzt geben der Krankenversicherung eine gemeinsame, schriftliche Erklärung ab.
- Der Hausarzt kann jederzeit gewechselt werden.
- Der Hausarzt trifft die Bedarfsentscheidung für eine Überweisung an andere Leistungserbringer (außer in Notfällen oder auf Reisen), übernimmt aber keine finanzielle Verantwortung als Einkäufer von Leistungen.
- Zahnärzte sowie Gynäkologen und Augenärzte können direkt aufgesucht werden - allerdings nur für bestimmte Motive wie Routineuntersuchungen der Vorsorge, Kontrazeption, Überwachung der Schwangerschaft bzw. Verordnung von Sehhilfen. Für 16 bis 25-jährige ist auch der Zugang zum Psychiater direkt möglich.
- Bei direktem Zugang außerhalb des Patientenpfades können die Ärzte ein erhöhtes Honorar abrechnen; zusätzlich ist die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung um 10 % gemindert.
- Der Hausarzt bekommt eine jährliche Koordinationspauschale.

Die Verlängerung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kann nur vom dem zuerst aufgesuchten Arzt oder durch den Hausarzt bzw. nach dessen Überweisung erfolgen.

Die freie Wahl des Leistungserbringers ist ein ordnungspolitisches Grundprinzip, über das politischer Konsens besteht. Finanzielle Anreize sollen aber die Ausübung dieses Rechts kanalisieren.

Honorarstruktur

Für die niedergelassenen Ärzte mit Kassenzulassung gibt es 3 Honorarsektoren:

- Sektor 1: strikte Einhaltung der Kassentarife; als Gegenleistung übernimmt die Krankenversicherung einen Teil der Rentenbeiträge der Ärzte.
- Sektor 2: freie Tarife, die „mit Takt und Maß“ mit dem Patienten vereinbart werden sollen. Der Patient bekommt seine Kosten auf der Basis der Kassentarife erstattet.

Der Sektor 2 wurde 1972 gegründet, um die solidarische, kassenärztliche Versorgung zu retten. Seit 1990 ist der Zugang zum Sektor 2 auf bestimmte Fachqualifikationen beschränkt. Die Entscheidung über den Tarifsektor muss bei der Erstinberufung getroffen werden; es ist jederzeit möglich in den Sektor 1 zurückzukehren, aber nicht umgekehrt.

13 % der Allgemeinmediziner – hier handelt es sich gerne um Kollegen, die vornehmlich alternative Heilmethoden wie Akupunktur, Homöopathie oder Osteopathie anbieten (44,1 % davon) – und 39 % der Fachärzte sind im Sektor 2 (CNAMTS, 2005). Besonders betroffen sind die Fachgebiete Chirurgie, Anästhesiologie und Gynäkologie/Geburtshilfe sowie große Städte.

Die Ärzte sind verpflichtet, ihre Honoraroption sowie die konkreten Tarife im Wartezimmer anzuschlagen.

Honorare unterhalb der Kassentarife abzurechnen ist verboten.

In manchen Fachgebieten oder in Paris ist es manchmal schwer, einen Arzt im Sektor 1 zu finden. Auch ist die Interpretation von Takt und Maß sehr dehnbar. Dies wird zu einem wachsenden Problem für den Zugang zur ärztlichen Versorgung.

Fachärzte im Sektor 2, die akzeptieren, im Rahmen des Hausarztprogramms ihre Honorare bei Überweisung zu deckeln („option de coordination“), erhalten ihre Haftpflichtprämien erstattet.

- Wahl-Sektor („secteur optionnel“): um die Tarifüberschreitung einzudämmen und den Patienten den Zugang zur Versorgung zu sichern, haben sich die Ärztegewerkschaften, die Gesetzliche Krankenversicherung sowie der Verband der Zusatzversicherer im November 2009 auf einen dritten Honorarsektor geeinigt.

Dieser sogenannte „Wahl-Sektor“ ist auf Fachgebiete beschränkt, die einer besonders kostspieligen Infrastruktur bedürfen, d.h. Chirurgie, Anästhesiologie und Gynäkologie/Geburtshilfe. Die Kollegen müssen sich engagieren, 30 % ihrer Leistungen zum Kassentarif zu erbringen und bei den übrigen Leistungen die Kassentarife um höchstens 50 % zu überschreiten. Darüber hinaus müssen sich die Praxen zertifizieren lassen. Als Gegenleistung übernimmt die Krankenversicherung einen Teil der Rentenbeiträge.

Für die anderen Gesundheitsfachberufe gibt es diese verschiedenen Tarifsektoren nicht.

Modalitäten der Kostenübernahme

Die Nachfrage wird seit den achtziger Jahren durch einen Selbstbehalt reguliert, der mit den Jahren immer höher wurde: so liegt die Kostenübernahme ärztlicher Leistungen heute bei 70 %, für Heilmittel bei 65 %. Für Gesundheits-Handwerker erfolgt die Kostenübernahme auf der

Basis von Festpreisen. Für besonders schwache Gruppen wie chronisch Kranke gibt es eine Zuzahlungsbefreiung.

Dies hat nicht zu einer Begrenzung der Inanspruchnahme geführt, sondern lässt die freiwillige Zusatzversicherung¹ als zweite Säule des Versicherungsschutzes mehr und mehr an Bedeutung gewinnen, da diese automatisch die Differenz zum Kassentarif übernimmt (mit Ausnahme eines pauschalen Selbstbehalts von 1 €). Die Erstattung von Tarifüberschreitungen im Sektor 2 hängt vom Versicherungsvertrag ab. Für den neu geschaffenen Wahl-Sektor haben sich die Zusatzversicherer engagiert, die Kosten zu übernehmen.

Die ärztlichen Leistungen rein privatärztlich tätiger Ärzte ohne Kassenzulassung werden nicht erstattet, wohl aber deren Verordnungen.

Im Prinzip gilt die Kostenerstattung. Dank der elektronischen Krankenversicherungskarte und dem elektronischen Berufsausweis rechnen allerdings immer mehr Leistungserbringer - auf freiwilliger Basis - direkt mit der Krankenkasse ab. In den öffentlichen Konsultationen sowie den Notfallambulanzen am Krankenhaus, in der Sektorenpsychiatrie sowie in den gemeinnützigen Versorgungszentren wird das Sachleistungsprinzip angewandt. Daher zieht dieses Versorgungsangebot besonders sozial schwache Bevölkerungsteile an.

Niederlassung und Zulassung der Leistungserbringer

Bis heute ist die Niederlassung völlig frei und die Kassenzulassung automatisch; es genügt, sich registrieren zu lassen. Rein privatärztlich tätige Leistungserbringer sind daher äußerst selten (0,4 %).

Allerdings versucht man seit 2005 durch inzentive Maßnahmen die Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu fördern:

- Die Gebietskörperschaften können niederlassungswilligen Ärzten eine finanzielle Investitions-Unterstützung geben, unter der Bedingung einer mindestens 3-jährigen Niederlassung.
- Finanzielle Unterstützung von Medizinstudenten, die sich verpflichten, sich später in unterversorgten Gebieten niederzulassen.
- Steuervorteile.
- Finanzielle Unterstützung bei der Bildung von Gesundheitshäusern (Fonds zur Förderung der Qualität in der ambulanten Versorgung).
- Honorarzuschlag bei Urlaubsvertretung.

Mit der Reform von 2009 soll es in Zukunft eine Bedarfsplanung geben. Hierfür wird die neugegründete Regionale Gesundheitsagentur (Agence régionale de la santé / ARS - eine staatliche Behörde) zuständig sein:

Die ARS erlässt einen regionalen Gesundheitsplans, der die Planung sektorenübergreifend in 4 Organisationsschemata definieren soll: stationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Langzeitpflege und Prävention. Die Schemata werden dann in konkreten Programmen sowie in Verträgen mit den Leistungserbringern umgesetzt. Ein Vertrag zwischen ARS und Gesundheitsministerium steckt den Rahmen.

¹ Alle Franzosen sind gesetzlich grundversichert und haben eine gemeinnützige („Mutuelle“) oder private Zusatzversicherung. Für Versicherte mit sehr geringem Einkommen ist letztere beitragsfrei (Finanzierung durch einen Fonds).

Die ARS stellt Unter- oder Überversorgung der ambulanten Versorgung fest. Das Organisationsschema definiert auf dieser Basis die vorrangigen Zonen für die Niederlassung der Leistungserbringer sowie für die Schaffung interdisziplinären Gesundheitshäuser. Die im Gesetzesvorschlag ursprünglich vorgesehene selektive Kassenzulassung je nach Ärztedichte konnte allerdings nicht durchgesetzt werden.

Für Großgeräte (CT, MRT, PET) gibt es seit jeher eine strenge Bedarfsplanung, der die Vorhaltung jedes Gerätes gerecht werden muss (Genehmigungsverfahren). Die Zulassung lag bisher beim Regionalen Krankenhausamt (ARH), in Zukunft bei der ARS.

Allein die Krankenschwestern haben sich mit der Krankenversicherung auf ein stringentes System der Niederlassungsbeschränkung geeinigt: Die Unter- und Überversorgung wird in 5 Stufen definiert, je nach Dichte der freiberuflichen Krankenschwestern und Pflegedienste, der erbrachten Leistungsmengen, dem Anteil an Senioren sowie geographischen Besonderheiten. In unterversorgten Gebieten gibt es eine 3-jährige finanzielle Unterstützung zur Niederlassung, in überversorgten Gebieten ist eine Niederlassung nur möglich, wenn ein anderer Leistungserbringer seine Tätigkeit aufgibt.

Organisation der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer sind in berufsspezifischen Gewerkschaften organisiert. Häufig gibt es mehrere, miteinander konkurrierende Organisationen für denselben Berufszweig.

Die niedergelassenen Ärzte sind seit 1983 auch in regionalen Verbänden organisiert (Union régionale des médecins libéraux - URML), mit einer Sektion für Allgemeinmediziner und einer für Fachärzte. Der französische Gesetzgeber hat sich an dem Vorbild der deutschen KVen orientiert, aber die URML haben nie die Regulationsfunktion einer KV ausgeübt. In der URML sitzen Vertreter der Ärztegewerkschaften.

Seit der Reform 2004 sind sämtliche ambulante Leistungserbringer in einem Verband auf nationaler und seit 2010 auch auf regionaler Ebene gebündelt (UNPS / URPS).

Regulation

Bis jetzt lag die Regulation des ambulanten Bereichs weitgehend in den Händen von Leistungserbringern und Krankenversicherung:

- Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (UNCAM) und die Gewerkschaften der entsprechenden Berufsgruppe (Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, medizinische Labore, etc.) einigen sich auf einen nationalen Rahmenvertrag sowie thematische, kollektive Qualitäts- oder Kostendämpfungsvereinbarungen. Die Rahmenverträge bedürfen allerdings der expliziten Bestätigung durch das Gesundheitsministerium und werden von Vereinbarungen zwischen Staat und den 3 grossen Nationalkassen eingerahmt (Vertrag über Zielsetzungen und Risiko-Management). Bei Karenz nimmt der Gesundheitsminister eine Ersatzverordnung vor. In den letzten Jahren hat es immer mehr überhandgenommen, dass die Lobbys der Leistungserbringer direkt beim Ministerium vorstellig werden.
- Darüber hinaus konnten thematische Qualitätsvereinbarung zwischen dem Regionalverband der Krankenversicherung (URCAM) und dem Regionalverband der Ärzte (URML) bzw. dem individuellen Leistungserbringer / Netzen abgeschlossen werden.

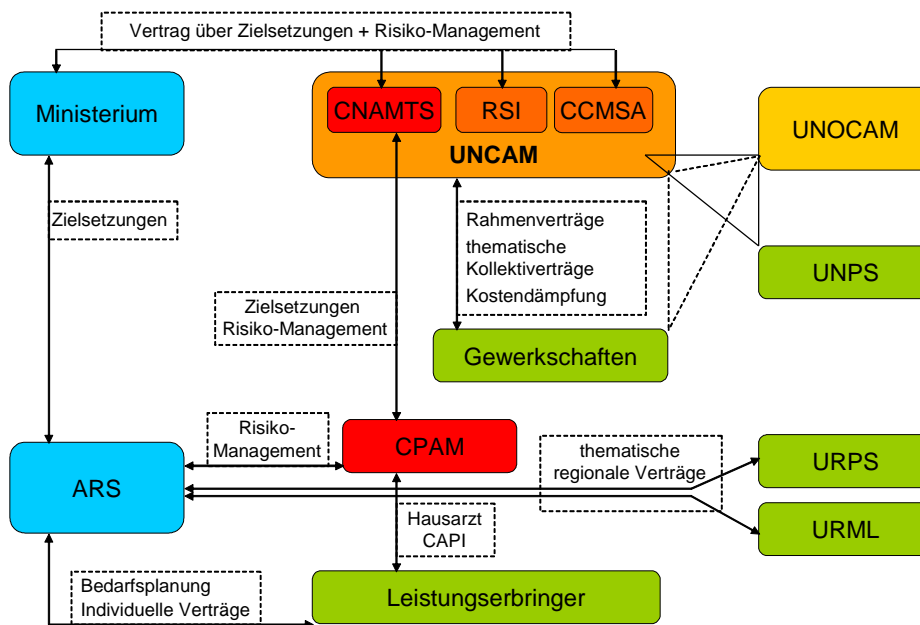
Mit der Reform von 2009 (und der damit eingehenden Auflösung der URCAM) liegt die regionale Kontrahierung, aber auch die Möglichkeit der individuellen Vertragsgestaltung, in den Händen der Regionalen Gesundheitsagentur (ARS), wie oben schon gesagt einer staatlichen Behörde. Darüber hinaus schließt die ARS mit den Ortskrankenkassen Verträge zum Risiko-Management.

Dazu können noch berufsgruppenübergreifende Rahmenverträge mit dem Verband der ambulanten Leistungsverträge (UNPS / URPS) kommen, eventuell mit Einbeziehung des Verbandes der Zusatzversicherer (UNOCAM).

Die Tarife sind im Prinzip Frankreichweit einheitlich. Sie werden zwischen Spitzenverband der Krankenversicherung und den Gewerkschaften der Leistungserbringer verhandelt. In unterversorgten Gebieten soll es in Zukunft Zuschläge geben. Für interdisziplinäre Gesundheitshäuser ist eine zusätzliche Strukturpauschale im Gespräch. Ein freiwilliger Zusatzvertrag zum Hausarztssystem („CAPI“) sieht für eine Reihe von Qualitätsindikatoren Honorarzuschläge vor.

Für mehr Qualität und Effizienz im ambulanten Bereich gab es zeitweise negative Therapie-Richtlinien. Zur Implementierung von Leitlinien und Standards werden diese mehr und mehr durch thematische, kollektive oder individuelle Zusatzverträge auf freiwilliger Basis abgelöst. Weiterhin verständigen sich die Kassenärzte jährlich auf thematische Zielsetzungen zur Kostendämpfung (wie z. B. eine Verringerung der Verordnung von gewissen Arzneimitteln durch Beschränkung auf evidenzbasierte Indikationen), deren Einhaltung im Prinzip die Honorarentwicklung bedingen.

Regulation und Vertragsgestaltung im ambulanten Bereich



Seit 2004 ist auch die Evaluation der Berufsausübung Pflicht. Die Krankenkassen fördern die evidenzbasierte Versorgung durch Besuche und Beratung der Leistungserbringer zu kostenrelevanten Themen, durch Kassenvertreter oder beratende Ärzte des Medizinischen Dienstes.

Demographie der Leistungserbringer²

Am 01.01.2009)

- registriert die Nationale Ärztekammer 258.153 Ärzte³, oder 312 Ärzte / 100.000 Einwohner, davon sind
- 199.736 regelmäßig ärztlich tätig (290 / 100.000 Einwohner);
- 115.823 sind ambulant tätige Ärzte mit Kassenzulassung (187 / 100.000 Einwohner), + 50 % gegenüber 1980 (CNAMTS: SNIIR), davon
(ohne Laborärzte, da die Labore als Einrichtung zugelassen sind und nicht die einzelnen Laborärzte oder Laborapotheker)
- sind 53 % Allgemeinmediziner (99 / 100.000 Einwohner),
- 47 % Fachärzte (88 / 100.000 Einwohner) ;
- darunter gezählt werden auch die 3.953 Krankenhausärzte (von insgesamt 59.627), die eine privatärztliche, ambulante Teilzeittätigkeit haben (DREES) ;
- 1.809 Ärzte sind in gemeinnützigen Versorgungszentren angestellt (DREES) ;
- 52,1 % der niedergelassenen Ärzte arbeiten in einer Einzelpraxis,
- 47,9 % in einer Gruppenstruktur (DREES).

Tendenziell nimmt der Anteil an Fachärzten immer mehr zu. Um die primärärztliche Versorgung zu sichern, hat das Ministerium die Zahl der Weiterbildungsplätze für Allgemeinmedizin erhöht.

Rückgänge sind seit Jahren in den Fachgebieten Chirurgie, Gynäkologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Pädiatrie und Rheumatologie zu verzeichnen.

Im Vergleich zu Deutschland hat Frankreich eine sehr große Zahl von medizinischen Laboren: 3.832 private Labore, dazu kommen noch die 1.100 öffentlichen Labore in den Krankenhäusern, die wie schon gesagt auch für die ambulanten Patienten frei zugänglich sind.

Nach den Statistiken des Gesundheitsministerium (DREES) und der Apothekerkammer gibt es insgesamt 1.027 Laborärzte und 8.015 Apotheker mit Weiterbildung in der Labormedizin, davon 5.177 Apotheker in privaten Laboren ; es ist davon allerdings nicht abzulesen, welcher Anteil hiervon auf die ambulanten, medizinischen Labore fällt.

Die demographische Struktur zeichnet sich durch einen Anstiegs des Frauenanteils und einer Alterung der Ärzte aus:

- 39 % der Ärzte sind Frauen ;
- das durchschnittliche Alter liegt bei 51 Jahren.

Damit kommen in den nächsten Jahren massive Abgänge in Rente auf uns zu. Hinzu kommen noch die Effekte des Numerus clausus aus den 90-er Jahren, der die Zahl der Auszubildenden stark einschränkte und nicht durch die Lockerung in den letzten Jahren korrigiert werden kann. Man erwartet einen starken Rückgang der Ärztezahle in den nächsten Jahren, insbesondere in den ländlichen Gegenden sowie manchen sozial schwierigen Vororten.

² Quellen : Conseil national de l'Ordre des médecins / CNAMTS / Ministère de la Santé : DREES

³ Hier werden auch Ärzte in Rente, die nach wie vor bei der Ärztekammer eingeschrieben sind, um ihre Familien behandeln zu können, und

Absolut wird es wohl keinen Ärztemangel geben; das wirkliche Problem liegt in der sehr unterschiedlichen Verteilung der Leistungserbringer zwischen den Regionen :

- In den ländlichen und sozial sehr schwachen Zonen im Norden und im Zentrum von Frankreich ist die Ärztedichte am geringsten, im Süden am höchsten :
 - o So variiert die Dichte zwischen 114 niedergelassenen Ärzten im Departement Eure und 278 an der Côte d'Azur oder 369 in Paris,
 - o für Allgemeinärzte zwischen 77 (Departement Seine-St. Denis) und 136 / 100.000 (Pyrénées Orientales),
 - o für die Fachärzte zwischen 34 (Haute-Loire) und 121 (Rhône).
- Entsprechendes gilt für die anderen Gesundheitsberufe:
 - o Bei den Physiotherapeuten liegt der Unterschied bei 1 zu 4 und
 - o bei den Krankenschwestern sogar bei 1 zu 9.

Tabellenanhang:

Tabelle 1 : Entwicklung der ambulanten Leistungserbringer

| | Anzahl | 2000 - 2008 durchschnittliche Entwicklung pro Jahr | Dichte pro 100.000 Einwohner |
|-----------------------------|---------|--|---------------------------------|
| Allgemeinärzte | 61.359 | +0,1% | 99 |
| Fachärzte | 54.464 | +0,3% | 88 |
| Ärzte insgesamt | 115.823 | +0,2% | 187 |
| Zahnärzte | 36.355 | -0,1% | 59 |
| davon Kieferorthopäden | 1.932 | +2,7% | 3 |
| Hebammen | 2.688 | +6,1% | 4 |
| Krankenschwestern | 58.207 | +2,0% | 94 |
| Physiotherapeuten | 47.887 | +2,8% | 77 |
| Logopäden | 13.707 | 3,7% | 22 |
| Orthoptisten | 1.729 | +2,3% | 3 |
| Gesundheitsberufe insgesamt | 276.396 | +1,4% | 447 |
| Medizinische Labore | 3.832 | -0,9% | 6 |

Quelle : CNAMTS

Tabelle 2 : Entwicklung der ambulanten Fachärzte

In den Daten mit inbegriffen sind hier auch die 3.953 Krankenhausärzte, die eine privatärztliche Teilzeittätigkeit ausüben und somit ambulante Leistungen der Krankenkasse gegenüber abrechnen.

| Fachgebiet | Anzahl | 2000 - 2008 durchschnittliche Entwicklung pro Jahr | Dichte pro 100.000 Einwohner |
|--|--------|--|------------------------------------|
| Anästhesiologie | 3.376 | +0,2% | 5 |
| Pathologie | 702 | 0,4% | 1 |
| Gastroenterologie | 2.095 | 0,0% | 3 |
| Kardiologie | 4.322 | 1,1% | 7 |
| Chirurgie | 3.219 | -0,9% | 5 |
| Orthopädie | 2.014 | 3,7% | 3 |
| Dermatologie | 3.274 | 0,0% | 5 |
| Endokrinologie | 777 | 1,4% | 1 |
| Gynäkologie/Geburtshilfe | 5.471 | -0,4% | 9 |
| Internisten | 564 | -1,9% | 1 |
| Physikalische + Rehabilitative Medizin | 514 | -2,5% | 1 |
| Nephrologie | 349 | 3,3% | 1 |
| Neurochirurgie | 160 | 2,0% | <1 |
| Neurologie | 804 | 1,2% | 1 |
| Neuropsychiatrie ⁴ | 293 | -7,8% | <1 |
| HNO | 2.255 | -0,3% | 4 |
| Augenheilkunde | 4.689 | 0,4% | 8 |
| Pädiatrie | 2.709 | -1,1% | 4 |
| Pneumologie | 1.143 | 0,3% | 2 |
| Psychiatrie | 6.151 | 0,4% | 10 |
| Radiologie und Radiotherapie | 5.917 | 1,9% | 10 |
| Rheumatologie | 1.841 | -0,3% | 3 |
| Gesichtschirurgie | 1.084 | -1,9% | 2 |
| Urologen | 771 | 7,8% | 1 |
| Fachärzte insgesamt | 54.468 | 0,3% | 88 |

Quelle : CNAMTS

⁴ Die Fachrichtung Neuropsychiatrie gibt es heute in der Weiterbildungsordnung nicht mehr, sie wurde in die Fachrichtungen Neurologie und Psychiatrie aufgespalten