



Per E-Mail an:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schwarzenburgstrasse 157
3097 Liebefeld

Bern, 27. Januar 2021

Umsetzung KVG-Revision (Zulassung Leistungserbringer): Vernehmlassung Verordnungsänderungen

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,
sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf das im Betreff erwähnte Vernehmlassungsverfahren. Gerne nehmen wir zu den geplanten Verordnungsänderungen Stellung.

Zum Verständnis unserer nachfolgenden Erwägungen einige Vorbemerkungen. Von der vom Parlament in der Sommersession 2020 beschlossenen Neuregelung der Zulassung sind unsere Mitglieder, die Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte in der Schweiz, wie kaum eine andere Gruppe innerhalb der Ärzteschaft betroffen. Wir haben uns deshalb seit der Lancierung der Botschaft des Bundesrats intensiv damit befasst und vom Beginn bis zum Schluss in den politischen Diskurs eingebracht. Dies geschah stets in konstruktiver Weise, das heisst in Anerkennung des parteiübergreifenden Regulierungswillens, obschon wir Bedenken hegten und nach wie vor hegen, wie weit es gelingen kann, der komplexen und einem schnellen Wandel unterworfenen Realität des Gesundheitswesens in einem föderalistischen Staatsgebilde wie der Schweiz mit einer vorausgreifenden, einheitlichen Steuerung gerecht zu werden. Oder anders formuliert: ob es möglich ist, dem sich stets wandelnden Bedarf von Menschen vorausschauend und in allen Bereichen und Beziehungen mit arithmetischen Mitteln gerecht zu werden.

Davon gleich mehr. Wir möchten einleitend auch unterstreichen, dass wir es zu schätzen wissen, dass die Eidgenössischen Räte verschiedene unserer Anliegen in die Vorlage aufgenommen haben, namentlich bezüglich der drei Jahre Weiterbildung an einer anerkannten Schweizer Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin, der hohen Sprachkompetenz sowie des Bekenntnisses zur freien Arztwahl. Diese Offenheit für den Dialog erwarten wir bei der Umsetzung auch von den Kantonen, mit denen

wir über unsere Sektionen frühzeitig Kontakt aufnehmen werden, um sie mit unserer Sicht auf die regional sehr unterschiedlichen Ausgangslagen zu unterstützen und bestmögliche Lösungen zu finden. Und damit zu den uns wichtigen Punkten auf Verordnungsstufe. Diese entsprechen grundsätzlich jenen in der Vernehmlassungsantwort der FMH, wobei darin noch weitere von uns nicht vertiefte Aspekte aufgegriffen werden. Wir unterstützen diesbezüglich die Haltung und die Forderungen der FMH.

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Nach unserer Beurteilung handelt es sich hierbei um das wichtigste Regelwerk. Wir äussern allerdings klare Zweifel, ob die Kantone in ihrer Unterschiedlichkeit betreffend Grösse und Struktur nicht zuletzt der Verwaltungen alle in der Lage sein werden, den an sie gerichteten Anforderungen zu entsprechen. Und zwar so, dass auf die gesamte Schweiz gesehen ein Ergebnis resultiert, welches den Ansprüchen an eine professionelle und gerechte Behandlung aller eine Zulassung beantragenden Ärztinnen und Ärzte genügt. Es geht uns hierbei einerseits um den zusätzlichen bürokratischen Aufwand in den Kantonsverwaltungen, der vielfach personelle und finanzielle Ressourcenaufstockungen erfordern dürfte, die zu erheblichen Mehrkosten im Gesundheitsbereich führen - zum Gegenteil von dem also, was man mit der Zulassungssteuerung erreichen möchte.

Andererseits blicken wir mit Sorge auf die bei den Arbeitgebern und Arbeitnehmern im Gesundheitswesen absehbare Mehrbelastung durch neue administrative Aufgaben. Auch diese Zeit kostet, vor allem jedoch wird sie am Ende in der einen oder anderen Form für die unmittelbare Patientenbetreuung fehlen - ein Trend, den wir seit Jahren beobachten und dem wir unter anderem mit unserer Kampagne [«Medizin statt Bürokratie!»](#) Gegensteuer geben und politisches Gehör verschaffen wollen.

Zweitens sehen wir als zentrale Prämisse für den Umgang mit dieser Verordnung, dass ein Maximum an Koordination der Kantone in Bezug auf Beurteilungskriterien sichergestellt wird. Wir verweisen auf den ersten Absatz auf dieser Seite: je präziser und einheitlicher die Kriterien, desto gerechter die praktische Handhabung in Sinn und Geist des Gleichbehandlungsgrundsatzes.

Drittens gilt es die angesichts des medizinischen Fortschritts politisch geförderte Entwicklung zur zunehmenden Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen beim Umgang mit Höchstzahlen im Auge zu behalten. Der Bedarf an ambulanten Kapazitäten wird weiterwachsen, was es für unsere jungen Verbandsmitglieder mit sich bringt, dass sie im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung zum Facharzttitel vieles nur noch in Spitalambulatorien lernen können - weshalb eine Stärkung der entsprechenden Kapazitäten nottut. Der Verordnungsentwurf verkennt indes in einigen Punkten die Realität in den ambulanten Bereichen der Spitäler. In der vorgeschlagenen Form wird sich die beabsichtigte Regulierung sehr negativ auf die ärztliche Weiterbildung auswirken und damit letztlich auch die Versorgung tangieren. Wir fordern deshalb, dies zu überdenken und zu korrigieren.

Art. 1 Grundsatz

Die Rede ist vom Leistungsvolumen. In diesem Kontext mahnen wir eine differenzierte Berücksichtigung der Leistungen der Weiterzubildenden, der Weiterbildnerinnen und -bildner sowie von Fachärztinnen und -ärzten mit eigenverantwortlicher Leistungserbringung ohne Weiterbildungsauftrag an. Das hohe Qualitätsniveau der medizinischen Versorgung lässt sich nur durch eine ebenbürtige Qualität und den steten Einbezug der ärztlichen Weiterbildung gewährleisten. Davon abgesehen müssen bei der Messung auch Leistungen Eingang finden, die nicht für die obligatorische Krankenpflege, sondern für die Unfall- und Militärversicherung erbracht werden.

Auf das Stichwort Bedarf hinuntergebrochen bedeutet dies, dass sämtliche vorstehend speziell erwähnten Leistungen ihr spezifisches Gewicht bei der Definition haben müssen - und an die dafür erforderlichen Kapazitäten zu denken ist. Allerdings weist der erläuternde Bericht auf Seite 7 ehrlicherweise darauf hin, dass der objektive Bedarf der Bevölkerung ein latentes Konstrukt sei, das sich nicht beobachten lässt. *«Bei diesem Schritt besteht das Ziel somit darin, durch Anwendung geeigneter statistischer Methoden die regionale Abweichung der Nachfrage zu schätzen.»* Ferner darf bei einer Gesamtbetrachtung die vor- und nachgelagerte Patientenversorgung etwa in Heimen, der Reha oder durch die Spitex nicht fehlen.

Und schliesslich verlangen wir die Ergänzung eines zusätzlichen, vierten Abschnitts. Dieser hält fest, dass bei allen Entscheidungen im Zusammenhang mit der Ermittlung des regionalen Versorgungsgrades sowie der Festlegung der Höchstzahlen und der Festlegung des Gewichtungsfaktors vorgängig zwingend die kantonalen Ärztegesellschaften und die kantonalen vsao-Sektionen einbezogen werden müssen.

Art. 2 Ermittlung des Angebots an Ärztinnen und Ärzten durch die Kantone

Für uns als Verband, dessen Mitglieder grossmehrheitlich in Spitälern arbeiten, stellt sich die zentrale Frage, wie mit dem spitalambulanten Bereich umgegangen werden soll. Zwar ist dieser im erläuternden Bericht auf den Seiten 3 und 10 angesprochen, doch die Aussagen dazu sind für uns kein Anlass zur Beruhigung. Wir lesen, dass für Ärztinnen und Ärzte, die im spitalambulanten Bereich tätig sind, zurzeit keine nationale Datenbank mit der Anzahl Vollzeitäquivalente besteht. Folglich müssten Schätzungen vorgenommen werden: *«Der Beschäftigungsgrad der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte lässt sich beispielsweise ausgehend vom Beschäftigungsgrad der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im untersuchten Fachgebiet abschätzen.»*

Eine solche Aussage wird der Komplexität des Spitalalltags nicht gerecht und blendet die Probleme bei der praktischen Handhabung aus. Denn eine Arztpraxis und ein Universitätsspital trennen Welten. Selbst bei vergleichbaren ambulanten Leistungen muss das völlig unterschiedliche Umfeld berücksichtigt werden, in dem diese erbracht werden, gerade im Hinblick auf die ärztliche Weiterbildung, die schwergewichtig in Spitälern erfolgt. Wie genau lässt sich das spitalambulante Angebot bestimmen, wenn gerade die jungen Ärztinnen und Ärzte auf dem Weg zum Facharzttitel zwischen verschiedenen Abteilungen sowie dem

ambulanten und dem stationären Sektor in den Spitälern wechseln? Wer liefert entsprechende Daten und - siehe oben - welcher zusätzliche administrative Aufwand erwächst daraus, wenn für jede Leistung eine zuständige Ärztin/ein zuständiger Arzt zu erfassen ist? Und welches sind die praktischen Implikationen: Muss ein Chefarzt zum Beispiel vor der Neu- oder Wiederbesetzung einer Assistentenstelle künftig immer zuerst beim Kanton eine Bewilligung einholen? Mehr noch: Wie sollen die Assistenzärztinnen und -ärzte ihre Weiterbildung planen, wenn sie nicht wissen, ob sie die für ihr Curricula benötigten Weiterbildungsstellen bekommen bzw. ob es diese in zwei oder drei Jahren überhaupt noch gibt? In den Spitälern sind viele Ärztinnen und Ärzte befristet angestellt. Wenn sie mindestens teilweise auch ambulant arbeiten, nimmt die sowieso schon belastende Unsicherheit für die Betroffenen durch weitere einschränkende respektive unklare oder sich laufend ändernde Vorgaben noch einmal erheblich zu.

Wir finden in den uns zur Stellungnahme zur Verfügung gestellten Unterlagen keine Antworten. Es braucht sie jedoch unbedingt, und zwar grundsätzlich und an die Realität angepasst, um den Kantonen klare Leitplanken für die Umsetzung der Zulassungssteuerung zur Verfügung zu stellen. Es darf dabei allerdings keinesfalls sein, dass die durch die Corona-Pandemie finanziell geschwächten Spitäler, denen fortan möglicherweise noch mehr Spardruck droht, vor weitere Probleme gestellt werden, welche den Betrieb - sprich: die Patientenversorgung und -sicherheit - gefährden könnten und ihnen neue Lasten aufbürden. Ausserdem darf es auch zu keiner Benachteiligung des spitalambulanten Bereichs gegenüber dem praxisambulanten kommen.

Die Berechnung der Vollzeitäquivalente erachten wir dabei als Herausforderung, weil Vollzeitarbeit in Spitälern und Praxen oft nicht dasselbe ist. So gilt in Praxen oft eine deutlich tiefere Sollarbeitszeit von 42 Stunden pro Woche, verbunden mit mehr Ferien. Daher ist bei der Definition und der Angabe von Pensen Vorsicht geboten; die im erläuternden Bericht auf Seite 10 erwähnten zehn Halbtage pro Woche lassen viel Interpretationsspielraum, und bei der Ärzteschaft ist die Wochenarbeitszeit oder die Anzahl Dienste die relevante Messgrösse.

Davon abgesehen bestätigen uns Informationen aus kantonalen Ärztegesellschaften, dass es bis anhin keine verlässlichen statistischen Daten zum jeweiligen Beschäftigungsgrad gibt, da sich dieser gerade bei Selbständigen schwer definieren lässt und bei Angestellten/Teilzeitmitarbeitenden Schwankungen unterliegt. Für uns als Verband, der sich für gute, zeitgemässe Arbeitsbedingungen unter Wahrung der Vorgaben des Arbeitsgesetzes und Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie engagiert, steht daher im Vordergrund, dass Ärztinnen und Ärzte in Teilzeitanstellungen durch die Zulassungssteuerung keine Benachteiligungen erfahren: Erhöhungen oder Reduktionen von Pensen müssen jederzeit gewährleistet bleiben, da sie sich nicht nur am Bedarf der Betroffenen orientieren, sondern auch an jenem der Patientinnen und Patienten. Im selben Sinne sind Ausfälle durch Mutterschaft, Vaterschaftsurlaub, unbezahlte Urlaube und Ähnliches und somit zusätzliche Kapazitäten/ Vorhalteleistungen zwingend mit einzuberechnen. Was geschieht, wenn Letzterem nicht mehr die nötige Beachtung geschenkt wird oder werden kann, zeigt sich leider gerade in der aktuellen Corona-Pandemie.

Art. 3 Festlegung der medizinischen Fachgebiete

Die in den Absätzen 2 und 3 skizzierten Vorgehensweisen bergen Ermessensspielraum und ergo ein Potenzial für Unsicherheiten, können sich als kompliziert erweisen und bilden die Realität eventuell mit Verzerrungen ab. Es braucht klare, schweizweit verbindliche Vorgaben, welche sich nicht zum Nachteil von Ärztinnen und Ärzten auswirken, die sich nicht in ein einfaches Schema bzw. Modell pressen lassen, weil sie an diversen Orten verschiedenen medizinischen Tätigkeiten mit divergierenden und schwankenden Beschäftigungsgraden nachgehen.

Art. 4 Festlegung der Regionen, für die die Höchstzahlen gelten sollen

Uns erschliesst sich nicht, wie genau die politischen Entscheide gefällt werden, für welche Gebietseinheiten Höchstzahlen gelten sollen. Im erläuternden Bericht werden die Begriffe Kanton und Region - Letzter vor allem im Kontext des Regressionsmodells - gleichermassen und ohne nähere Spezifikation verwendet, wobei aber Region in Art. 4 dieser Verordnung höchst unterschiedliche Gebietseinheiten meinen kann. Was wiederum zur Frage führt, wie differenziert das Berechnungsmodell ist, das heisst: bis auf welche Ebene es seine Zahlen herunterbricht, die anschliessend als Entscheidungsgrundlagen gedacht sind.

Der Hinweis auf kantonsübergreifende oder mehrere Kantone umfassende Regionen ist wichtig, vgl. unten unsere Bemerkung zu Art. 6. Aber was passiert, wenn Kantone ihre Versorgungsregionen für bestimmte Fachgebiete im interkantonalen Kontext unterschiedlich definieren und sich nicht einigen können? Oder wenn hinsichtlich einer Versorgungsregion eine überkantonale Zusammenarbeit die einzig sinnvolle Lösung wäre, diese indes von einem oder mehreren betroffenen Kantonen verweigert wird? Zudem gilt es beim Begriff Region unter Umständen nach Fachgebieten zu unterscheiden: Je spezialisierter zum Beispiel ein medizinischer Bereich ist, umso grösser dürfte das Einzugsgebiet sein. Und wie erwähnt darf bei der Abwägung die vor- und nachgelagerte Patientenversorgung etwa in Heimen, der Reha oder durch die Spitex nicht fehlen.

Art. 5 Methode zur Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen

Für einen medizinischen Berufsverband ist es schwierig, die Validität und praktische Tauglichkeit der erläuterten Methodik zu beurteilen. Der erläuternde Bericht stellt diese zwar näher vor, aber ein Vergleich mit potenziellen Alternativen findet nicht statt. Angesichts unserer Erfahrungen mit dem OBSAN-Modell müssen wir davon ausgehen, dass in einem komplexen Modell mit vielen Unbekannten und Variablen eine vermeintlich genaue Zahl errechnet wird, welche dann als Basis für die Steuerung dienen soll. Das ist gefährlich. Gerade im Gesundheitswesen können falsche Regulierungen und Vorgaben fatale Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben, und sie lassen sich – wenn dann einmal erkannt – nicht so rasch wieder korrigieren. Sofern Weiterbildungsangebote oder Weiterbildungsstellen gestrichen werden, ist der Schaden nämlich bereits angerichtet. Leider fanden unsere wiederholten Warnungen hierzu bisher kein Gehör. Zu beachten ist ausserdem, dass es Fachgebiete gibt, in denen bereits heute eine Unterversorgung herrscht (etwa Hausarzt-, Kinder- und Jugendmedizin sowie Psychiatrie).

Art. 6 Berücksichtigung der Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrads

Wir begrüßen alle Bestrebungen in gesundheitspolitischen Regelungen, welche sich nicht nur mit der kantonsinternen Versorgung befassen, sondern die Koordination über Kantonsgrenzen hinweg und das Denken in grösseren regionalen Gebietseinheiten fördern. Denn dies entspricht der heutigen Mobilität der Bevölkerung, siehe die weitgehende Trennung von Wohn- und Arbeitsort.

Die Frage ist indes, aus welcher (schweizweit) einheitlichen Quelle die Daten für die Ermittlung der Patientenströme stammen. Gerade Patientenströmen ist es darüber hinaus eigen, dass sie sich aufgrund des Angebots oder wirtschaftlicher Entwicklungen wandeln können. Ein Denkansatz im Sinne der Förderung einer sinnvollen interkantonalen Kooperation könnte oder müsste sogar auch sein, dass nicht aktuelle Patientenströme ein Angebot für die Zukunft festlegen, sondern das Angebot solche Ströme gezielt mitlenkt, indem geprüft wird, was für die Patientinnen und Patienten die sinnvollste Lösung sein könnte (zum Beispiel im Hinblick auf eine wohnortnahe Versorgung).

Art. 7 Messung der in Anspruch genommenen Leistungen

Offenbar würden nur die den Krankenkassen eingereichten Leistungen erfasst. Was passiert mit allen zum Beispiel wegen einer zu hohen bzw. nicht ausgeschöpften Franchise nicht so deklarierten Rechnungen?

Art. 8 Berücksichtigung eines Gewichtungsfaktors bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads

Dass die Versorgung nicht nur aufgrund von Rechenmodellen festgestellt werden soll, ist auf der einen Seite zu begrüßen. Die Kantone müssen unbedingt Spielraum haben, um weiche Faktoren, die sich nicht oder nicht in der erforderlichen Bedeutung abbilden lassen, in die Festlegung einfliessen zu lassen. Auf der anderen Seite sind die Umschreibungen dazu sehr schwammig; der an sich wichtige Spielraum kann zu willkürlichen und nicht objektiv nachvollzieh- oder zwischen den Kantonen vergleichbaren Ergebnissen führen. Insbesondere die «Befragung von Fachpersonen» führt uns dazu, nochmals auf den zwingenden Einbezug der kantonalen Ärztesgesellschaften und kantonalen vsao-Sektionen zu verweisen. Es braucht konsolidierte Einschätzungen von Leistungserbringerinnen und -erbringern mit lokalen Kenntnissen und keine Einzelexpertisen aus der Ferne. Noch einmal halten wir hier in aller Deutlichkeit fest, dass die geplante Zulassungssteuerung das Potential hat, die Gesundheitsversorgung in der Schweiz nachhaltig zu schwächen. Deshalb ist es zwingend notwendig, dass sowohl bei der weiteren Ausarbeitung der vorliegenden Verordnungen als auch bei der Umsetzung auf kantonaler Ebene unbedingt mit den direkt betroffenen Leistungserbringern zusammengearbeitet werden muss.

Art. 10 Festlegung von Höchstzahlen

Es fehlt eine Regelung zum Vorgehen, wenn ein Kanton beispielsweise zehn Zulassungsanträge pendent hat, aber aufgrund der Höchstzahlen nur noch zwei bewilligen kann. Nach welchen Kriterien wird in solchen Fällen aussortiert und beschlossen? Geht es um das Datum des Gesuchseingangs, die Qualifikation und Erfahrung der Antragstellerin/des Antragstellers - oder um ganz andere Faktoren? Wir verlangen diesbezüglich klare, schweizweit vergleichbare und dadurch gegebenenfalls anfechtbare Massstäbe.

Die periodische Überprüfung der Höchstzahlen ist zwingend, jedoch unbedingt mit einem verbindlichen Zeithorizont zu kombinieren, ohne die Kantone zu überfordern. Damit sprechen wir einen weiteren entscheidenden Punkt an, welcher die Schwierigkeit aufzeigt, mit Berechnungsmodellen der Wirklichkeit gerecht zu werden bzw. mit ihr Schritt zu halten. Kantone passen die Leistungsverträge für ihre Spitäler an, Arztpraxen werden geschlossen, grosse Quartiere werden neu gebaut: Es gibt viele gewichtige Faktoren, die laufend und überall erhebliche und direkte Auswirkungen auf Angebot und Nachfrage von Gesundheitsleistungen haben. In diesem Zusammenhang unterstreichen wir auch unser Anliegen, dass Zulassungen in jedem Fall eine hohe Rechtssicherheit geniessen müssen, da sich die berufliche Selbständigkeit für die Betroffenen oft mit Investitionen und jahrelangen Rückzahlungsverpflichtungen verbindet. Befristete Zulassungen würden diesem Anspruch sicher nicht gerecht.

Nicht zu vergessen bleibt, dass die Kantone die Vergabe von Berufsausübungsbewilligungen unterschiedlich handhaben. Bei manchen werden diese immer unbefristet, bei anderen nur befristet erteilt. Bisherigen Inhaberinnen und Inhabern einer Bewilligung darf die Erneuerung nicht plötzlich aufgrund von Höchstzahlen verweigert werden.

Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Wir unterstützen die Haltung und die Argumentation der FMH, wonach die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) zu erfolgen hat. Betrieb - das heisst namentlich die Datenspeisung - und Nutzung dieses Registers sind möglichst einfach zu gestalten, Ersteres vor allem mit möglichst geringem zusätzlichen bürokratischen Aufwand für alle daran Beteiligten.

Es ist abzuwägen, ob es im Hinblick auf die Zulassungssteuerung und die damit verfolgten Ziele tatsächlich alle postulierten Informationen braucht und ob deren vorgeschlagene Nutzung wie im erläuternden Bericht suggeriert sämtlichen datenschutzrechtlichen Voraussetzungen genügt. Wir gehen davon aus bzw. setzen voraus, dass alle hierfür notwendigen Vorabklärungen in der nötigen Tiefe und Schärfe vorgenommen worden sind.

Bei den Art. 14 und 15 ist in Variante 1 nicht klar formuliert, ob die Aufgaben vom mit der Registerführung betreuten Dritten wahrgenommen werden müssen, sofern Variante 1 zum Zug kommen sollte.

Art. 21 und 22: Laut dem erläuternden Bericht legt der Bundesrat die Gebühren nach dem Äquivalenz- und Kostendeckungsprinzip fest. Da auch die Leistungserbringerinnen und -erbringer einen Nutzen aus dem Registereintrag ziehen würden, sollen sie offenbar ebenfalls unter die Gebührenpflichten fallen, was wir hinterfragen, da sie die für sie relevanten Daten und Informationen schon heute auch aus anderen Quellen beziehen können. Und mit welchen Kosten respektive Erträgen ist überhaupt in globo zu rechnen?

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen Ihnen für Rückfragen oder weitere Erläuterungen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte



Angelo Barrile
Präsident



Marcel Marti
Leiter Politik und Kommunikation/
stv. Geschäftsführer