

**Herleitung der Versorgungsgrade: Umfrage im Rahmen des Mandates Obsan/BSS**  
**Modèle de calcul des taux de couverture en soins : Sondage sur le mandat Obsan/BSS**

**Antwort von:**  
**Réponse de:**

Kanton / Verein / Organisation  
*Canton / Fédération / Organisation*

: Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

Abkürzung  
*Sigle / abréviation*

: vsao

Adresse

: Bollwerk 10, 3001 Bern

Kontaktperson  
*Personne de contact*

: Marcel Marti, Leiter Politik und Kommunikation / stv. Geschäftsführer

Telefon Nr.  
*N° téléphone*

: 031 350 44 82

E-Mail

: [marti@vsao.ch](mailto:marti@vsao.ch)

Datum  
*Date*

: 13. Januar 2022

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular an:

Merci de transmettre le formulaire rempli à : [tarife-grundlagen@bag.admin.ch](mailto:tarife-grundlagen@bag.admin.ch)

**Herleitung der Versorgungsgrade: Umfrage im Rahmen des Mandates Obsan/BSS**  
***Modèle de calcul des taux de couverture en soins : Sondage sur le mandat Obsan/BSS***

**Inhaltsverzeichnis / Sommaire**

<b>Regressionsmodell / <i>Modèle de régression</i></b> _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.
<b>Regionalisierung / <i>Régionalisation</i></b> _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.
<b>Fachgebiete / <i>Domaines de spécialisation</i></b> _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Herleitung der Versorgungsgrade: Umfrage im Rahmen des Mandates Obsan/BSS**  
**Modèle de calcul des taux de couverture en soins : Sondage sur le mandat Obsan/BSS**

## Allgemeine Bemerkungen

Der vsao bedankt sich für die Präsentation vom 9. Dezember 2021 sowie die Gelegenheit, an vorliegender Umfrage teilzunehmen. Wir bedauern indes die insbesondere auch wegen der Festtage über Weihnachten und Neujahr ausserordentlich kurze Frist für eine Stellungnahme. Das Thema ist für die Verbandsmitglieder sehr wichtig, aber zugleich komplex. Umso angemessener wäre genügend Zeit für eine fundierte Prüfung der Unterlagen; als Gewähr für eine möglichst gute Umsetzung des Modells in der Praxis.

Vor diesem Hintergrund mahnen wir an, auf den angekündigten Verzicht auf eine Vernehmlassung zur geplanten Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) zu den regionalen Versorgungsgraden pro medizinisches Fachgebiet zurückzukommen. Für die Akzeptanz der darin festgehaltenen Lösungen halten wir es für unabdingbar, dass ein Vernehmlassungsverfahren gemäss den üblichen zeitlichen und formalen Usanzen der Bundesverwaltung stattfindet. Mit demselben Ziel machen wir beliebt, die Ergebnisse aus der Berechnung der Höchstzahlen mit der Ärzteschaft und ihren Daten zu plausibilisieren respektive zu verifizieren.

Vorgängig zu den Bemerkungen zum vorgeschlagenen Modell einige grundsätzliche Erwägungen zur medizinischen Versorgung bzw. den Höchstzahlen. Wir nehmen dabei Bezug auf unsere Antwort vom 27. Januar 2021 zu den Vernehmlassungsänderungen betreffend die Neuregelung der Zulassungssteuerung. Nach wie vor bestehen unsererseits Zweifel, ob die Kantone in ihrer Unterschiedlichkeit nicht zuletzt punkto Grösse und Struktur der Verwaltungen durchwegs in der Lage sein werden, den an sie gerichteten Anforderungen bezüglich der Festlegung von Höchstzahlen 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 also von dem, was man mit der Zulassungssteuerung erreichen möchte.

Andererseits blicken wir mit Sorge auf die bei den Arbeitgebern und Arbeitnehmenden im Gesundheitswesen absehbare Mehrbelastung durch neue administrative Aufgaben. Auch diese Zeit kostet. Vor allem jedoch wird sie am Ende in irgendeiner Form für die unmittelbare Patientenbetreuung fehlen. Als zentrale Prämisse für den Umgang mit sämtlichen Vorgaben für die Zulassungssteuerung sehen wir schliesslich, dass ein Maximum an Koordination der Kantone sichergestellt wird.

## **Herleitung der Versorgungsgrade: Umfrage im Rahmen des Mandates Obsan/BSS**

### ***Modèle de calcul des taux de couverture en soins : Sondage sur le mandat Obsan/BSS***

Ein letzter aus vsao-Sicht zentraler allgemeiner Punkt: Es ist unabdingbar, die angesichts des medizinischen Fortschritts von der Politik geförderte Entwicklung der Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen beim Umgang mit den Versorgungsgraden bzw. den 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. Schon bei den bisher verabschiedeten Verordnungen zur Zulassungssteuerung mussten wir feststellen, dass die Realität in den ambulanten Bereichen der Spitäler teilweise verkannt wird. Es besteht die Gefahr, dass sich die Regulierung sehr negativ auf die ärztliche Weiterbildung auswirken und damit letztlich die durch Corona in den Brennpunkt geratene Versorgung tangieren wird.

Für uns bleibt ohnehin offen, wie das Modell für die Herleitung der Versorgungsgrade die permanenten Veränderungen im Gesundheitswesen – etwa auch in der Spitallandschaft oder bei politischen (Neu-)Definitionen von Gesundheitsregionen – berücksichtigen will. In diesem Sinn empfinden wir die Konzentration auf ein einzelnes Behandlungsjahr (2019) für die Erwägungen und Berechnungen ebenfalls als störend. Für Ärztinnen und Ärzte im Bereich Intensivmedizin zum Beispiel hat sich 2020 und 2021 wegen der Pandemie eine ganz neue und andere Situation präsentiert.

### **Regressionsmodell / *Modèle de régression***

#### **Fachgebiete:**

Wie die Unterlagen richtig vermerken, stellt die Zuteilung bzw. Abgrenzung vor allem bei Spitalambulatorien, aber ebenso bei gemischten Gruppenpraxen eine wesentliche Herausforderung dar, weil das Fachgebiet der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes in den verwendeten Datenquellen nicht explizit erfasst ist. Den vsao hat namentlich die Zusammenfassung der Allgemeinen Inneren Medizin mit den praktischen Ärztinnen und Ärzten sowie der Tropen- und Reisemedizin irritiert, da sich die jeweilige Situation unterschiedlich darstellt. 2020 gab es in der Schweiz 24 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharzttitel Tropen- und Reisemedizin, also sehr wenige. Das Weiterbildungsprogramm für die Tropen- und Reisemedizin unterscheidet sich grundsätzlich von jenem der Allgemeinen Inneren Medizin. Der praktische Arzt wiederum ist kein Facharzttitel und die Berufsgruppe sehr heterogen zusammengesetzt, was

## **Herleitung der Versorgungsgrade: Umfrage im Rahmen des Mandates Obsan/BSS**

### ***Modèle de calcul des taux de couverture en soins : Sondage sur le mandat Obsan/BSS***

präziser zu analysieren wäre. Auch die fehlende Berücksichtigung der Schwerpunkte bedarf einer Überprüfung, denn es hat darunter wichtige, deren Verteilung beachtet werden müsste. Solche Aspekte sind unbedingt mit allen betroffenen Fachgesellschaften abzusprechen.

#### **Datengrundlagen:**

Im selben Kontext drängen sich Fragen zu den Datengrundlagen auf, dem A und O jeder Methode. Diese werden in Art. 8 lit. a bis e der Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich aufgeführt. Zur Anwendung kommen sie für die Ermittlung des Angebots an Ärztinnen und Ärzten nach Artikel 2, die Herleitung des Bedarfs an ärztlichen Leistungen nach Artikel 3, die Ein- und Zuteilung der medizinischen Fachgebiete nach Artikel 4 und die Festlegung des Gewichtungsfaktors nach Artikel 5 Absatz 2. Wir verstehen nicht, weshalb man für die Herleitung der Versorgungsgrade nicht die Strukturhebung der Arztpraxen und ambulanten Zentren MAS heranzieht.

Zweitens stufen wir die alleinige Verwendung von ZSR-Nummern zur Bestimmung der Leistungserbringerinnen und -erbringer als zentrales Problem ein. Bei Einzelpraxen mag das zwar eine Option sein, da eine unmittelbare Beziehung zwischen ZSR-Nummer und GLN bestehen kann. Bereits in solchen Fällen besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass mehrere GLN unter eine ZSR fallen. Erst recht anders sieht es bei Gruppenpraxen und insbesondere bei Spitalambulatorien aus, siehe oben. Gerade in Spitälern entsteht mit der Verwendung der ZSR-Nummer ein unbrauchbarer Parameter, der durch viele Ausprägungen eventuell zu massiven Fehleinschätzungen führt. Die wichtigsten Aspekte, welche gegen die Verwendung von ZSR-Nummern als Datengrundlage sprechen:

- Je nach Organisation fliessen Leistungsdaten von mehreren Standorten einer Spitalkette über eine ZSR-Nummer in den Datenpool der SASIS. Wie wird darauf basierend eine zellen- bzw. regionalspezifische Bedarfsrechnung erstellt?
- Spitalambulatorien bestehen aus einer Vielzahl an unterschiedlichen Kliniken. Aufgrund der Beschreibung der Merkmale der Datengrundlagen aus den Spitälern kann für einen gewissen Teil die Hauptaustrittsabteilung verwendet werden. Wie gross dadurch die Abdeckung und wie korrekt dann das Gesamtbild ist, bleibt aber offen und führt damit zu einer grossen Unsicherheit. Gerade wenn Tarifpositionen für die Definition der Fachbereiche dienen, entstehen ebenfalls erhebliche Unsicherheiten. Denn ein grosser Teil des Leistungsvolumens in den Fachbereichen findet über die Konsultationen statt – wie soll so eine klare Zuteilung auf die Fachgebiete erfolgen? Eine einzelleistungsbezogene Betrachtung wird der vielschichtigen

## **Herleitung der Versorgungsgrade: Umfrage im Rahmen des Mandates Obsan/BSS**

### ***Modèle de calcul des taux de couverture en soins : Sondage sur le mandat Obsan/BSS***

Realität ergo nicht gerecht und müsste zumindest auf Ebene der Sitzungen über die Rechnungen erfolgen, damit sich das jeweilige Leistungsvolumen bestimmen lässt.

- Die Anzahl Ärztinnen und Ärzte, die über eine Spital-ZSR-Nummer abrechnen, ist hoch und die Erfassung der GLN-Nummern auf Positionsebene auf den Rechnungen mit lückenhaften und fehlerhaften Erfassungen verbunden – respektive diese werden zum Teil im Tarifpool der Versicherer auch nicht korrekt zugeteilt. Die Schätzungen bei den Partnerarten 175 (Gruppenpraxen), 199 (Spezialfälle) und 1000 bis 1099 sind nach unserer Auffassung nicht statthaft. Wir gehen davon aus, dass 50 bis 70 Prozent jeder Tätigkeit Leistungen aus dem Grundkapitel sind. So gehört die Konsultation eines Gynäkologen genauso zur spezifischen Tätigkeit wie die spezifische Untersuchung an sich. Durch solche Schätzungen können frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte an der Niederlassung gehindert werden. Damit eine fundierte Schätzung möglich ist, bräuchte es die konkreten Sitzungsinhalte. Die Einzelleistungen reichen hierzu nicht aus.
- Im Zusammenhang mit den Leistungsvolumen mahnen wir nochmals an, die Leistungen der Weiterzubildenden, der Weiterbildnerinnen und -bildner sowie von Fachärztinnen und -ärzten mit eigenverantwortlicher Leistungserbringung ohne Weiterbildungsauftrag differenziert zu berücksichtigen. 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.
- Das Leistungsvolumen (beobachtet oder bedarfsadjustiert) dient als Grundlage, um die Höchstzahl an Vollzeitäquivalenten pro Fachgebiet und Region zu definieren. Gibt es Evidenz, dass dieser Konnex besteht und die Ableitung in der Realität funktioniert? Oder sind weitere relevante Einflussfaktoren zu berücksichtigen wie z. B. das Geschlecht der Leistungserbringenden? Den Massstab Vollzeitäquivalente erachten wir generell als kritisch, weil Vollzeitarbeit in Spitälern und Praxen häufig nicht dasselbe ist. In Praxen gilt oft eine deutlich tiefere Sollarbeitszeit als in Spitälern, verbunden mit mehr Ferien. Davon abgesehen bestätigen uns Informationen aus kantonalen Ärztesgesellschaften, dass es bis anhin keine verlässlichen statistischen Daten zum jeweiligen Beschäftigungsgrad gibt, zumal sich dieser gerade bei Selbständigen schwer definieren lässt und bei Angestellten/ Teilzeitmitarbeitenden Schwankungen unterliegt.

## **Herleitung der Versorgungsgrade: Umfrage im Rahmen des Mandates Obsan/BSS**

### ***Modèle de calcul des taux de couverture en soins : Sondage sur le mandat Obsan/BSS***

Zusammengefasst: Die Datengrundlagen als Input sind für jede Methode das zentrale Element. Gehen sie am Bedarf vorbei oder enthalten sie Unschärfen, kann die Methode noch so gut sein – das Resultat entspricht nicht der Wirklichkeit. Die Verwendung von ZSR-Nummern für die Bestimmung des Leistungsvolumens resp. dessen Zuteilung auf die Fachgebiete beurteilen wir demzufolge als nicht sachgerecht. Die flächendeckende und durchgehende Verwendung von GLN, die jeweils mit dem Hauptfachgebiet pro Ärztin/Arzt zu hinterlegen ist, wäre die einzig richtige Vorgehensweise.

Für weitere Einzelheiten hierzu verweisen wir auf die Gegenüberstellung der Datengrundlagen SASIS/MAS in der Stellungnahme der FMH. Bei der Lektüre werden die Vorteile einer Lösung mit MAS-Daten evident. Auch die Erläuterung der FMH zur Bedeutung des in der Schweiz sehr hohen Out-of-pocket-Anteils an den Gesundheitskosten darf bei der Berechnung von Versorgungsgraden und Bedarfsgrössen nicht ausser Betracht fallen. Dieser Aspekt müsste zumindest mit einem Unsicherheitsfaktor im Regressionsmodell berücksichtigt werden, ergibt sich doch durch den Einbezug ein höheres Leistungsvolumen.

#### **Bedarf:**

Für die Schätzung des Leistungsbedarfs kommt ein nationales Regressionsmodell zur Anwendung. Es berücksichtigt verschiedene erklärende Variablen, um regionale Abweichungen beim Bedarf abzubilden. Etwa Alter, Geschlecht, Morbidität und Nationalität. Allerdings fehlen zahlenmässig bedeutende Gruppen bzw. Faktoren wie beispielsweise Grenzgängerinnen und -gänger, Zivilstand versus Konkubinat, Alleinerziehende oder IV-Bezügerinnen/-bezüger. Wäre es zudem möglich, die am stärksten verbreiteten chronischen Erkrankungen (wie etwa Diabetes, COPD oder rheumatische Erkrankungen) zu berücksichtigen und den Anteil der davon Betroffenen ins Modell einfließen zu lassen?

Hinsichtlich der Bevölkerungsgrösse werten wir den durchschnittlichen Versichertenbestand pro Monat als ungeeignet für die Definition der Bevölkerung. Der Fokus muss auf der Wohnbevölkerung liegen. Ebenfalls zu bedenken: Viele Ärztinnen und Ärzte aus der Babyboomer-Generation (1946 bis 1964) sind mittlerweile im Ruhestand oder stehen in den nächsten Jahren davor. Daher zeichnet sich namentlich bei der Grundversorgung eine wachsende Versorgungslücke ab (vgl. die Workforce-Studie 2020 zur Schweizer Haus- und Kinderärzteschaft), speziell in ländlichen Gebieten. Handkehrum nimmt die Nachfrage angesichts der Alterung der Gesellschaft weiter zu. Folglich ist unbedingt mit zu überlegen, wie die absehbare demografische Entwicklung bei den Erwägungen zum Bedarf und in den Versorgungsgraden sowie im Modell einfließen.

**Herleitung der Versorgungsgrade: Umfrage im Rahmen des Mandates Obsan/BSS**  
***Modèle de calcul des taux de couverture en soins : Sondage sur le mandat Obsan/BSS***

Was das Modell also kann: Unterschiede im Bedarf zwischen Regionen identifizieren. Was es hingegen nicht vermag und seine Hauptschwäche ist: den Bedarf in einer Region oder gar für die ganze Schweiz zu bestimmen. Abgesehen davon kann der Bedarf je nach Perspektive (Patientinnen, Ärzte, Prämienzahlende, Politik etc.) anders aussehen.

**Regionalisierung/Versorgungsgrade:**

Die Versorgungsgrade resultieren aus der Teilung des tatsächlichen durch das adjustierte Leistungsvolumen. Dafür wird der Bedarf, der sich auf eine regionale definierte Population bezieht, anhand der beobachteten Patientenströme auf die Standortregion der Leistungserbringerinnen und -erbringer umgerechnet. Der Versorgungsgrad ist nicht definiert, wenn in einer Standortregion kein Leistungsangebot eines Fachgebiets existiert. In den zur Verfügung gestellten Unterlagen taucht der Begriff der Region in unterschiedlicher Form auf: Bei kleinen Fachgebieten sind die Regionen für die Versorgungsgrade die Kantone, bei grossen die Bezirke. Kantone, welche eine andere Gruppierung wünschen, sollen alternative Lösungen angeboten werden.

Die Konzentration bei der Regionalisierung auf die Bezirke ist nach unserem Dafürhalten nicht zweckdienlich. Die einzelnen Fachrichtungen haben ein unterschiedliches Einzugsgebiet, weshalb die starre Eingrenzung nach Kantons- und Bezirksgrenzen zu kurz greift. Beispielsweise weisen Grundversorgerinnen und -versorger ein Einzugsgebiet von zwei bis drei Kilometern auf, bei gewissen Spezialisten kann sich dieses aber über bis zu 50 Kilometer erstrecken. Für die Berechnung der Versorgungsgrade nach Fachgebiet und Bezirk sind wohl viele Leistungsvolumen zu klein. In der Zentralschweiz wiederum ist der ganze Kanton Uri ein einziger Bezirk. Wir fragen uns, wie sinnvoll eine solche Betrachtung ist und ob nicht auch geographische Faktoren eine Rolle spielen sollten (indem man z. B. Bergregionen in kleinere Regionen einteilt, um punkto Bedarf den langen Fahrzeiten gerecht zu werden). Insgesamt erscheint es uns jedenfalls erneut fraglich, ob in der Praxis eine sinnvolle Umsetzung möglich wäre. Wir empfehlen, bei der Regionalisierung von – teilweise sicher kantonsübergreifenden – Versorgungsregionen auszugehen.

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