

Überprüfung und Aktualisierung der Versorgungsgrade

1. Sitzung mit den Stakeholders - 13. Juni 2023

Umfrage im Rahmen des Mandates von Obsan und BSS

Antwort von:

Kanton / Verein / Organisation:	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
Abkürzung:	vsao
Adresse, PLZ Ort:	Bollwerk 10, Postfach, 3001 Bern
Kontaktperson:	Philipp Thüler, Leiter Politik und Kommunikation / stv. Geschäftsführer
Telefon Nr.:	031 350 44 82
E-Mail:	thueler@vsao.ch
Datum:	11.08.2023

Allgemeine Bemerkungen zum Projekt

Der vsao dankt für den Einbezug in die Umfrage im Rahmen des Mandats Obsan/BSS zur Überprüfung der Versorgungsgrade. Das grundsätzlichsste Problem der Versorgungsgrade bleibt aus unserer Sicht: Ambulant tätige Ärzt:innen lassen sich nicht vernünftig in Kategorien einteilen. Manche Internist:innen behandeln mehr psychiatrische Fälle (weil z.B. in dieser Gegend weniger Psychiater:innen tätig sind), andere machen mehr gynäkologische Medizin, weil die Gynäkolog:innen knapp sind. Wenn in einer Region zehn und in einer anderen acht Grundversorger:innen tätig sind, heisst das nicht automatisch, dass es in der einen zu viel oder zu wenig hat. Das Thema ist schlicht zu komplex für ein solches Modell. Jede neue «Verfeinerung» führt zu neuen Fehlern und/oder wird durch die medizinische Entwicklung (da gehören auch die Anpassungen der Weiterbildungsprogramme dazu) überholt. Vielleicht wäre es deshalb besser, zu diesem Grundsatzproblem zu stehen, das bestehende Modell als Anhaltspunkt zu nehmen (mehr als ein Anhaltspunkt wird es nie sein) und das Geld einer aufwändigen Weiterentwicklung zu sparen. Die Kantone haben die Möglichkeit zu steuern und sie wissen auch ohne die Versorgungsgrade nach Obsan/BSS-Modell, in welchen Fachbereichen und Regionen zu viele oder zu wenige Ärzt:innen tätig sind. Von dieser Grundsatzüberlegung abgesehen: Wir begrüssen die Überprüfung der Versorgungsgrade und verweisen auf die mehrfach erfolgten Rückmeldungen des vsao zum Thema (13.01.2022, 16.03.2023 und 24.10.2022).

Ein Problem liegt weiterhin in der primären Verwendung von ZSR-Nummern zur Bestimmung der Leistungserbringenden. Bei Einzelpraxen kann diese Zuordnung eine Option sein, da dort eine 1:1 Beziehung zwischen ZSR-Nummer und GLN bestehen kann. Jedoch besteht auch bei dieser Partnerart die Möglichkeit, dass mehrere GLN unter eine ZSR fallen. Anders sieht es bei Gruppenpraxen und insbesondere bei Spitalambulatorien aus. Gerade in Spitälern entsteht mit der Verwendung der ZSR-Nummer ein unbrauchbarer Parameter, der durch viele Ausprägungen zu massiven Fehleinschätzungen führen kann. Diese Fehleinschätzungen bleiben weiterhin - auch bei der Erweiterung der Themen vorhanden (vgl. Stellungnahme des vsao vom 13.01.2022). Generell ist anzumerken, dass die Überprüfung der Versorgungsgrade von den Organisationen durchgeführt wird, welche den Ansatz entwickelt haben. Der Einbezug der bisherigen Expertise ist sicherlich relevant, gleichwohl stellt sich die Frage, ob eine externe/unabhängige Überprüfung / Begleitung einen positiven Impact hätte.

Bei der Überprüfung / Anpassung und Berechnung der Versorgungsgrade - auch im gesamten Prozess der Höchstzahlen - ist eine "Data Literacy"-Kultur zentral. Die Zusammenarbeit / der Austausch bei der Berechnung der Versorgungsgrade mit den kantonalen Ärztegesellschaften, Fachgesellschaften und auch den Gesundheitsdirektionen ist zu stärken und die entsprechenden Expertisen einzuholen und abzubilden.

Wir betonen erneut, welche gravierenden Auswirkungen die Definition von Höchstzahlen für die jungen Ärztinnen und Ärzte wie auch für die ärztliche Weiterbildung und die mittel- und langfristige Nachwuchssicherung potenziell hat. Wir stellen uns nicht grundsätzlich gegen Massnahmen, die eine in gewissen Fachbereichen und Regionen tatsächlich feststellbare Überversorgung korrigieren wollen. Die Höchstzahlen sind allerdings kein taugliches Mittel, insbesondere, da die Datengrundlage weiterhin völlig ungenügend ist und vor allem der nationale Versorgungsgrad nicht berücksichtigt wird bzw. einfach das bestehende Leistungsvolumen als Bedarfsvolumen angenommen wird.

Wir halten es ausserdem für unverzichtbar, 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 nützt. Es besteht sonst die Gefahr, dass sich die Regulierung noch stärker negativ auf die ärztliche Weiterbildung auswirkt, da nicht genügend Weiterbildungsstellen angeboten werden können.

Die Kontingentierung kann zudem vielen den Schritt in die berufliche Selbständigkeit verunmöglichen, was nicht im Sinne der Nachwuchsförderung und guten Versorgung ist. Die Möglichkeit, in der praxisambulanten Versorgung tätig zu werden, gibt den Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten eine wichtige berufliche Perspektive. Nur wenn Ärztinnen und Ärzte nach Erlangung ihres Facharzttitels vom Spital in die freie Praxis wechseln können, können junge Assistenzärztinnen und -ärzte an ihre Stelle treten und ihre eigene Laufbahn verfolgen. Ansonsten gibt es einen Rückstau, der unweigerlich zu einem Abbau von Weiterbildungsstellen führt. Dies läuft den Anstrengungen zum Ausbau der Studienplätze in der Medizin diametral entgegen.

Die Definition von Höchstzahlen hat einerseits direkte negative Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung und schädigt andererseits die Attraktivität des Arztberufs, was angesichts des schon heute in vielen Fachrichtungen und Regionen feststellbaren Ärzte-Ergänzend halten wir fest, dass wir die Stellungnahme der FMH im Rahmen dieser Umfrage vollumfänglich unterstützen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen bei der Überprüfung und Aktualisierung der Versorgungsgrade.

Umfrage zu den verschiedenen Themenbereichen

Zusätzliche Themen können am Ende der Tabelle eingefügt werden. Bitte formulieren Sie eine klare Beschreibung und füllen Sie auch die Felder "Priorisierungsskala" und "Vorschläge für weitere Ansätze" aus.

Themen Nr	Themenbereich	Anpassungsbedarf	Fachgebiete	Ansätze	Priorisierungsskala: 0 = Keine Meinung 1 = nicht prioritär 2 = Geringe Priorität 3 = Mittlere Priorität 4 = Hohe Priorität	Vorschläge für weitere Ansätze

1	Zuteilung von Mehrfachtitelträger/Innen zu Fachgebieten	Die Analysen gemäss SASIS-Daten widersprechen teilweise den lokalen Kenntnissen der Versorgungssituation. Grund dafür kann sein, dass Ärztinnen und Ärzte mehrere Weiterbildungstitel haben, jedoch nicht in demjenigen tätig sind, den sie zuletzt erworben haben. (Weitere) konkrete Rückmeldungen zu diesem Thema: «Ungenügende Zuordnung der Leistungen zu den Fachbereichen: Die Zuordnungen basieren auf Annahmen und Schätzungen. Wie gut diese Zuordnung wirklich funktioniert, wird nicht erwähnt. Im spitalambulanten Bereich lassen sich gemäss Bericht ca. 50% des Leistungsvolumens mit einer GLN aus dem MedReg verknüpfen, wobei auch dort Unsicherheiten entstehen, wenn z.B. mehrere Facharzttitel vorliegen. Für mehr als die Hälfte der [spitalambulanten] Daten müssen somit Adjustierungen und Schätzungen vorgenommen werden.»	alle	Korrektur der Zuteilung einzelner Leistungserbringer gemäss Datenlieferungen der Kantone	"4 = Hohe Priorität"	Die Klärung der Zuteilung der Mehrfachtitelträger macht sicherlich Sinn. Wir raten jedoch dringst davon ab, die Zuteilung gemäss den Meldungen der Kantone zu machen. Im praxisambulanten Bereich ist aus unserer Sicht mit Schätzungen und Adjustierungen aufgrund der Abrechnungsdaten ein gutes Bild vorhanden. Die Verwendung des MedReg zur Zuteilung des Hauptfachgebiets ist nicht zielführend. Innerhalb eines Facharzttitels besteht erhebliche Varianz in der Ausgestaltung der Tätigkeit; Teilweise reduziert sich mit dem Alter des Inhabers auch die Spezialisierung. Wie das System auch immer ausgestaltet ist; ist die Aussage durch weitere Faktoren begrenzt. Zur Thematik im spitalambulanten Bereich verweisen wir auf die Stellungnahme vom 13.01.2022: "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 Realität ergo nicht gerecht und müsste zumindest auf Ebene der Sitzungen über die Rechnungen erfolgen, damit sich das jeweilige Leistungsvolumen bestimmen lässt."
---	---	--	------	--	----------------------	--

2	Sprachregionale Unterschiede in der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Angebot	<p>Je nach Fachgebiet zeigen die Versorgungsgrade deutliche Unterschiede nach Sprachregion (z.B. in der Radiologie und in der Anästhesiologie). Aus der Diskussion der Ergebnisse mit den Kantonen gibt es Hinweise, dass Unterschiede mit Bezug auf die Organisation der Schnittstellen in der Versorgung teilweise regionale und insbesondere sprachregionale Variationen der Versorgungsgrade erklären können. Denkbar ist beispielsweise, dass in Regionen mit einem hohen Versorgungsgrad Leistungen ambulant erbracht werden, die andernorts im stationären Setting erbracht werden. Gerade vor dem Hintergrund der Strategien zur Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich auf kantonaler Ebene wie auch auf Bundesebene (Stichwort «ambulant vor stationär», AVOS) macht es Sinn, den Zusammenhang zwischen dem Ambulantisierungsgrad und den Versorgungsgraden vertieft zu analysieren. Auch wenn mit dem Gewichtungsfaktor grundsätzlich ein Instrument zur Verfügung steht, um regionale Besonderheiten mit Bezug auf die Schnittstellen der Versorgung zu berücksichtigen, macht es Sinn zu überprüfen, inwiefern der erwähnte Aspekt bereits im Versorgungsgrad einbezogen werden kann, zumal die erwähnten Unterschiede nicht einzelne Kantone, sondern die Sprachregionen betreffen.</p> <p>(Weitere) konkrete Rückmeldungen zu diesem Thema: «Es bestehen kantonale Unterschiede in den Regelungen «ambulant vor stationär». Eine eigentlich geforderte Erhöhung der Ambulantisierung kann zu erhöhten Versorgungsgraden führen.»</p>	Radiologie Anästhesiologie Psychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie Chirurgie Orthopädie	Einbezug von Prädiktoren zum Ambulantisierungsgrad im nationalen Regressionsmodell	"3 = Mittlere Priorität"	<p>Prädiktoren zum Ambulantisierungsgrad müssten auch unabhängig von den Sprachregionen einbezogen werden. Idealerweise nach Versorgungsregionen: vgl. Stellungnahme vom 13.01.2023: Die Fokussierung bei der Regionalisierung auf die Bezirke ist aus unserer Sicht nicht zielgerichtet. Die versch. Fachrichtungen haben ein unterschiedliches Einzugsgebiet und das ist mit starren Grenzen wie Bezirken nicht abbildbar. Beispielsweise haben Grundversorger ein Einzugsgebiet von zwei bis drei Kilometer, bei gewissen Spezialisten können dies bis zu 50 Kilometer sein. Entsprechend endet das Einzugsgebiet häufig nicht an den Kantonsgrenzen. Für die Berechnung der Versorgungsgrade nach Fachgebiet und Bezirk sind wohl viele Leistungsvolumen zu klein. Zudem ist es fraglich, ob dies auch in der sinnvollen Praxis umgesetzt werden kann. Entsprechend ist bei der Regionalisierung von Versorgungsregionen auszugehen.</p> <p>Je nach "Anreizsystem" der Spitäler konzentrieren sich Spezialitäten auch an gewissen Standorten und konkurrenzieren die frei Niedergelassenen (siehe z.B. Praxis am Bahnhof in Aarau) - ein weiteres Argument, wieso zu hohe Regionalisierung zu ungenügenden Ergebnissen führt.</p> <p>Einige Fachrichtungen bieten nicht die gleichen Leistungen, wenn sie in einer Praxis oder in einem Krankenhaus erbracht werden (z. B. Neurochirurgie), und daher ist der Versorgungsgrad für diese Art von Situation schlecht geeignet.</p>
3	Sprachregionale Unterschiede an den Schnittstellen zwischen Fachgebieten	<p>Auch in Bezug auf die Aufgabenteilung zwischen medizinischen Fachgebieten gibt es Hinweise auf systematische sprachregionale Unterschiede. Von Seiten der Stakeholder wurde eingebracht, dass in der Deutschschweiz mehr radiologische Leistungen durch Gynäkologinnen und Gynäkologen selbst erbracht werden, während in der Westschweiz häufiger eine Zuweisung an die Radiologie erfolgt. Dadurch können sich sprachregionale Unterschiede der relativen Leistungsvolumen ergeben, welche die Interpretation der Versorgungsgrade erschweren. Auch wenn mit dem Gewichtungsfaktor grundsätzlich ein Instrument zur Verfügung steht, um regionale Besonderheiten mit Bezug auf die Schnittstellen der Versorgung zu berücksichtigen, macht es Sinn zu prüfen, inwiefern der erwähnte Aspekt bereits im Versorgungsgrad einbezogen werden kann, zumal die erwähnten Unterschiede nicht einzelne Kantone, sondern die Sprachregionen betreffen.</p>	Radiologie / Gynäkologie	Einbezug von Prädiktoren zu spezifischen Schnittstellen im nationalen Regressionsmodell	"3 = Mittlere Priorität"	<p>Prädiktoren zu Schnittstellen zwischen Fachgebieten müssten auch unabhängig von den Sprachregionen einbezogen werden. Idealerweise nach Versorgungsregionen: vgl. Stellungnahme vom 13.01.2023: Die Fokussierung bei der Regionalisierung auf die Bezirke ist aus unserer Sicht nicht zielgerichtet. Die versch. Fachrichtungen haben ein unterschiedliches Einzugsgebiet und ist mit starren Grenzen wie Bezirken nicht abbildbar. Beispielsweise haben Grundversorger ein Einzugsgebiet von zwei bis drei Kilometer, bei gewissen Spezialisten kann dies bis zu 50 Kilometer sein. Entsprechend endet das Einzugsgebiet häufig nicht an den Kantonsgrenzen. Für die Berechnung der Versorgungsgrade nach Fachgebiet und Bezirk sind wohl viele Leistungsvolumen zu klein. Zudem ist es fraglich, ob dies auch in der sinnvollen Praxis umgesetzt werden kann. Entsprechend ist bei der Regionalisierung von Versorgungsregionen auszugehen.</p> <p>Oder man akzeptiert die Grenzen des Modells und zieht die richtigen Konsequenzen gemäss unseren einleitenden Bemerkungen.</p>

4	Out-of-Pocket-Leistungen	Im Datenpool und im Tarifpool der SASIS AG sind nur die von den Krankenversicherern erfassten OKP-Leistungen enthalten. Nicht enthalten sind Rechnungen, welche von den versicherten Personen nicht zur Rückerstattung weitergeleitet wurden (z.B. aufgrund einer hohen Franchise). Dies betrifft v.a. den praxisambulanten Bereich, wo Leistungen teilweise im Tiers Garant abgerechnet werden. Bei den Spitälern ist der Tiers Payant der Standard, sodass die SASIS-Daten nahezu vollständig sein sollten.	alle	Spitalambulant: Der Einbezug der Out-of-Pocket-Leistungen für den spitalambulanten Bereich via Daten der PSA wird geprüft. Praxisambulant: Aktuell kein Lösungsansatz vorhanden	"3 = Mittlere Priorität"	vgl. Stellungnahme vom 16.03.2022: Nichtberücksichtigung von Nicht-OKP-Kosten: Wie wir aus verschiedenen Untersuchungen wissen, ist der Anteil von Rechnungen mit kleinen Beträgen (kleiner als 100 CHF) in Arztpraxen im OKP Bereich beachtlich. Wie gross der tatsächliche Anteil an Out-of-Pocket-Zahlungen ist, müsste auf Basis einer Studie evaluiert werden. Ob sich das lohnt, darf mit Blick auf die grundsätzliche Kritik in Frage gestellt werden. Trotzdem darf dieser Aspekt in der Berechnung von Versorgungsgraden und Bedarfgrössen nicht ausser Acht gelassen werden und müsste zumindest mit einem Unsicherheitsfaktor im Regressionsmodell berücksichtigt werden. Weiter werden in der Berechnung des Versorgungsgrades andere Gesetze (IVG, MVG oder UVG) und Tarife (u.a. AL, MIGEL, Medikamente), sowie ausländische Patienten nicht berücksichtigt. Je nach Leistungserbringer und Standort haben diese Leistungen einen relativ grossen Anteil. Die fehlenden Rechnungen an Ausländer sind beispielsweise in Kantonen wie Genf und Basel relevant und müssen berücksichtigt werden, da sonst der Versorgungsgrad massiv überschätzt wird. Der Einbezug der Out-of-Pocket-Leistungen für den ambulanten Bereich via Commonwealth Befragung (Indikator Access to Care) oder anderen Datenquellen (Newindex, FMH-Monitoring/ Versicherungsdaten) soll geprüft werden.
5	Nicht-OKP-Leistungen	In der Berechnung des Versorgungsgrades werden andere Gesetze (IVG, MVG oder UVG) und deren Tarife (u.a. AL, MIGEL, Medikamente) sowie ausländische Patientinnen und Patienten nicht berücksichtigt. Je nach Leistungserbringer und Standort haben diese Leistungen einen relativ grossen Anteil. Die fehlenden Rechnungen an Ausländer/innen sind beispielsweise in Kantonen wie Genf und Basel relevant und können so zu einer Überschätzung des Versorgungsgrads führen. (Weitere) konkrete Rückmeldungen in diesem Zusammenhang: «...Zudem wurden UV/IV/MV-Leistungen nicht berücksichtigt. In den AllKidS-Spitälern werden ca. 50% des Umsatzes durch IV-Leistungen erwirtschaftet (bezogen auf alle ambulanten und stationären Leistungen).»	alle	Spitalambulant: Der Einbezug der Nicht-OKP-Leistungen für den spitalambulanten Bereich via Daten der PSA wird geprüft.	"3 = Mittlere Priorität"	Das gilt nicht nur in Randregionen wie GE und BS sondern insbesondere auch in Ferien-Hotspots - und dürfte sich dort noch gravierender auswirken.

6	Regionalisierung	Im Datenpool sowie im Tarifpool werden bei Spitälern mit mehreren Standorten die Leistungen teilweise über eine zentrale ZSR-Nummer abgerechnet. Folglich kann in den Daten nicht immer unterschieden werden, an welchem konkreten Standort die Leistung erbracht wurde. Dadurch wird die zuverlässige Berechnung der Versorgungsgrade nach Bezirk erschwert. Mitunter aus diesem Grund werden aktuell nur für einzelne (grosse) Fachgebiete die Versorgungsgrade auf Ebene Bezirk ausgewiesen.	alle	Der Einbezug der PSA-Daten für den spitalambulanten Bereich wird geprüft.	"3 = Mittlere Priorität"	Herausforderung liegt bei der primären Verwendung der ZSR. Zur Thematik im spitalambulanten Bereich verweisen wir auf die Stellungnahme vom 13.01.2022: "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 Realität ergo nicht gerecht und müsste zumindest auf Ebene der Sitzungen über die Rechnungen erfolgen, damit sich das jeweilige Leistungsvolumen bestimmen lässt."
7	Regionalisierung	Für die Versorgungsplanung sind nicht immer die administrativen Regionen massgebend. Je nach Kanton sind alternative Regionalisierungen erwünscht. Beispiel: «Für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist der Kanton Graubünden in Gesundheitsversorgungsregionen unterteilt. Diese weichen gebietsmässig teilweise von den Bezirken ab. Für den Kanton Graubünden ist es deshalb essentiell, dass die Versorgungsgrade pro Gesundheitsversorgungsregion festgelegt werden.»	alle	Erhebung der gewünschten Regionalisierungen bei den Kantonen vor der Aktualisierung der Versorgungsgrade	"3 = Mittlere Priorität"	Die Betrachtungsweise nach Versorgungsregionen ist unbedingt zu fördern und betrifft viele "Zusammengewürfelte" Kantone wie z.B. auch SO, VS und BE
8 (vsao neu)	Babybommer	Viele Ärzte/Ärztinnen aus der Babyboomer Generation (1946-1964) werden in den nächsten Jahren in den Ruhestand treten. Daher wird insbesondere bei der Grundversorgung eine Versorgungslücke erwartet (Workforce-Studie 2020 zur Schweizer Haus- und Kinderärzteschaft). Es wäre zu überlegen, wie demografische Besonderheiten der berufstätigen Ärzteschaft rechtzeitig in den Versorgungsgraden berücksichtigt werden können und wie diese ins Modell einfliessen können.	alle / Grundversorger	Einbezug der MAS-Erhebung BFS und der vers. Workforcestudien (national und kantonal)	"4 = Hohe Priorität"	Die Ablösung der Babyboomer geht auch mit einem anderen Verständnis der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben einher (Alte/r Arzt/Ärztin = 1.x * junge/r Arzt/Ärztin). Im Durchschnitt arbeiten heutige Ärztinnen und Ärzte in einem Vollzeitäquivalent ca. 55 Stunden. Das ist nicht nur widerrechtlich, sondern widerspricht auch der Vorstellung junger Ärztinnen und Ärzte. Diese möchten deutlich weniger arbeiten, wie sich in verschiedenen Umfragen gezeigt hat.
9 (vsao neu)	Tarmed-Bruttoleistungen	TARMED-Bruttoleistungen von >1000 CHF werden ausgenommen. Aus unserer Sicht ist diese Grenze zu tief gesetzt (vgl. MAS mit > 30'000 CHF und WZW-Vergleichskollektive > 100'000 und >50 Patienten)	alle		"3 = Mittlere Priorität"	
10 (vsao neu)	Erklärende Variablen	Bei den erklärenden Variablen fehlen aus unserer Sicht beispielsweise die Flüchtlinge, Grenzgänger, Zivilstand vs. Konkubinats, Alleinerziehende, IV-Bezüger etc. Wäre es möglich die z.B. fünf weitverbreitetsten chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, COPD, Rheumatische Erkrankungen) zu berücksichtigen und den Anteil Betroffener ins Modell einfliessen zu lassen? Weitere Merkmale der Versorgungsstrukturen wie z.B. Anzahl Spital- Reha- oder Pflegeheimbetten, Vorgaben zur «ambulant vor stationär», Zentrumsfunktion von Kantonen, hochspezialisierte Angebote / Leistungen etc.sollten auch berücksichtigt werden können.	alle	Einbezug von weiteren Variablen/Einflussfaktoren im nationalen Regressionsmodell.	"3 = Mittlere Priorität"	

11 (vsao neu)	Steigende Nachfrage	Die steigende Nachfrage nach Leistungen (z.B. ersichtlich im FMH-Monitoring) ist Fakt – auch bei abnehmender Anzahl von Ärzten und Ärztinnen. Ein Beispiel der Konsequenz ist die Situation in den Notfallstationen der Spitäler – dies müsste bei der Bestimmung der Versorgungsgrade berücksichtigt werden.	alle	Einbezug von Leistungen aus dem stationären/spitalambulanten Bereich, welche auch ambulant erbracht werden können. Entwicklung dieser und der ambulanten Leistungen bei der Berechnung der Versorgungsgrade berücksichtigen.	"4 = Hohe Priorität"	
12 (vsao neu)	Auswirkungen von Covid-19	Im Bericht fehlen die konkreten Auswirkungen der Covid-19-Pandemie. In vielen Bereichen - insbesondere Grundversorgung, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie - hat sich die Versorgungslage durch die Langzeitfolgen und psychischen Auswirkungen der Pandemie massiv verschärft. Es ist nochmals schwieriger geworden und erst recht für dringliche psychiatrische Behandlungen einen Kollegen / Kollegin zu finden. Die Wartezeiten betragen derzeit z.T. mehrere Monate.	alle	Berücksichtigung der erhöhten Anzahl Patientinnen und Patienten aufgrund der Langzeitfolgen der Pandemie	"4 = Hohe Priorität"	Ausweitung des Angebots insbesondere im Bereich Grundversorgung, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie