

**per Mail**

Bundesamt für Gesundheit  
[Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch](mailto:Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch)

Zürich, 25. Januar 2013

**Vernehmlassung zum Entwurf der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL)**

**Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen AerzteGesellschaften KKA**

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, Ihnen unsere Überlegungen zum vorliegenden Verordnungsentwurf darlegen zu können und bringen dazu die nachfolgenden Bemerkungen und Vorschläge ein. Im Übrigen verweisen wir ergänzend auf unsere Vernehmlassung zur vorübergehenden Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung vom 2. November 2012.

**A. Allgemeine Bemerkungen zur geplanten Wiedereinführung des Zulassungsstopps**

Eine Wiedereinführung des Zulassungsstopps, wie er mit dem vorliegenden Verordnungsentwurf geplant ist, lehnen wir – weil nicht zielführend – kategorisch ab. Im Hinblick auf den sich abzeichnenden Ärztemangel aufgrund demographischer Entwicklungen wäre diese Massnahme für den ärztlichen Nachwuchs in der ambulanten Medizin äusserst kontraproduktiv. Ausgebildete Ärztinnen und Ärzte müssten in stationären Strukturen und im angestellten Verhältnis verharren und könnten keine Perspektiven für die Aufnahme einer eigenständigen Tätigkeit als Niedergelassene entwickeln. An einer solchen Perspektivenlosigkeit gerade des schweizerischen Nachwuchses kann niemand ein Interesse haben. Unter dem ökonomischen und volkswirtschaftlichen Aspekt gesehen hiesse dies ferner für die Zukunft, dass die Patienten aufgrund der absehbar immer prekäreren medizinischen Versorgungssituation im ambulanten

Bereich in die ungleich teurere Versorgung im spitalambulanten Bereich ausweichen müssten. Was wiederum bedeutet, dass mit der Wiedereinführung des Zulassungsstopps die Gesundheitskosten mit dieser Massnahme weiter steigen würden und keinesfalls sinken, wie dies von der Politik versprochen wird! Ein weiteres, grundsätzliches Argument kommt hinzu: die vollständige Abschottung des Marktes gegenüber neuen Konkurrenten lässt sich mit der Wirtschaftsfreiheit und insbesondere dem Grundsatz der Gleichbehandlung der Gewerbetreibenden nicht mehr länger vereinbaren. Schliesslich dauert der dereinst als Provisorium vorgesehene Zulassungsstopp nunmehr – mit einem kurzen Unterbruch – seit über 10 Jahren an und soll nun für drei Jahre weitergelten. Die fast unveränderte Wiedereinführung des bis vor kurzem geltenden Zulassungsstopps ist im Hinblick auf die verfassungsmässig geschützte Wirtschaftsfreiheit der insbesondere jungen Ärztinnen und Ärzte nicht tragbar. Einer ganzen Generation von Ärztinnen und Ärzten wird damit die Perspektive genommen. Dies ist nicht akzeptabel.

Grundsätzlich würden wir eine kantonale Ressourcenplanung und -steuerung als sinnvoll erachten, aber nur wenn die grösstmögliche Optimierung bei den zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu treffenden Massnahmen gegeben ist und die Leistungserbringer von den Kantonen insbesondere bei der Abklärung des Bedarfs miteinbezogen werden. Dazu gehört vor allem auch eine valable und funktionierende Datengrundlage. Diesen Grundforderungen der kantonalen Ärzteschaft wird mit dem vorliegenden Verordnungsentwurf in keiner Weise entsprochen. Ohne Daten gibt es indes keine sinnvolle Planung und damit auch keine bedarfsoptimierte Ressourcensteuerung.

Wir sind daher dediziert der Ansicht, dass eine Planung aufgrund von Zahlen, welche den Umfang der effektiv erbrachten Leistungen nicht berücksichtigen, zu gravierenden Verzerrungen, unerwünschten Fehlentwicklungen und unter Umständen zu unerwarteten regionalen oder lokalen Versorgungsengpässen führen wird. Wir sind der Überzeugung, dass eine sinnvolle Planung nur aufgrund von verlässlichen Zahlen erfolgen kann und fordern deshalb, dass bei der Abklärung der Frage, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, vorgängig die Beurteilung der Leistungserbringer- und Berufsverbände basierend auf der bestehenden ärzteeigenen Datensammlung eingeholt werden muss.

## **B. Zum Entwurf der Verordnung VEZL im Einzelnen**

### **Art. 1 Einschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte und der Apothekerinnen und Apotheker nach den Artikeln 36 und 37 KVG und der Ärztinnen und Ärzte, welche ihre Tätigkeit in Einrichtungen nach Artikel 36a KVG ausüben**

Das vom Bundesrat zur Einschränkung der Anzahl Leistungserbringer erneut vorgesehene Abstellen auf die Anzahl der von der SASIS AG bzw. der santésuisse abgegebenen ZSR-Nummern ist für die Prüfung der aktuellen medizinischen Versorgungssituation untauglich, ja sogar schlicht irreführend und führt zu einer Fehlsteuerung. Die Anzahl der erteilten ZSR-

Nummern sagt nämlich überhaupt nichts darüber aus, ob die Inhaber dieser ZSR-Nummern tatsächlich Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen. Ausserdem können aufgrund der blossen Tatsache, dass eine ZSR-Nummer besteht, keine Aussagen über das Ausmass der erbrachten Leistungen zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung gemacht werden. Viele Inhaberinnen und Inhaber einer ZSR-Nummer sind teilzeitlich tätig. Nicht zu vergessen sind in diesem Zusammenhang ferner die Leistungserbringer, welche nebst einer unselbständigen Tätigkeit in einer Einrichtung nach Art. 36a KVG auch selbständig und über eine persönliche ZSR-Nummer Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen. Auch diese Leistungserbringer schöpfen das ihnen aufgrund der persönlichen ZSR-Nummer zukommende Pensum nicht voll aus und auch hier ist dies über die blossen Tatsache, dass eine ZSR-Nummer besteht, nicht ersichtlich. Mithin führt das Abstellen auf die ZSR-Nummer dazu, dass von zu hohen Kapazitäten ausgegangen wird mit der Folge, dass zu stark nach unten gesteuert und damit eine medizinische Unterversorgung generiert wird. Dies kann nun wirklich nicht der Sinn sein! Daher ist die Berücksichtigung des Umfangs der effektiv zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbrachten Leistungen für eine sach- und bedarfsgerecht Steuerung oder Versorgungsplanung von eminenter Bedeutung. Sowohl der Bund als auch die Kantone verfügen aber nur über die Information, wie viele Berufsausübungsbewilligungen erteilt wurden. Die SASIS AG kann nur Aussagen über die Anzahl der erteilten Zulassungen als Leistungserbringer KVG bzw. die Anzahl ZSR-Nummern machen. Weder der Bund, noch die Kantone, noch die SASIS AG verfügen somit über Angaben zur Anzahl teilzeitlich tätiger Bewilligungsinhaber sowie den Umfang der von diesen Leistungserbringern erbrachten Leistungen.

Durch das Abstellen einzig auf die Anzahl der ZSR-Nummern wird somit ein verzerrtes und irreführendes Bild über die tatsächlich bestehende medizinische Versorgungssituation geliefert. Wie das Bundesamt für Gesundheit in diesem Zusammenhang richtig festhält, kann die Bedürfnisklausel ihr Ziel grundsätzlich nur gerade dann erreichen, wenn bei der Ermittlung, ob ein Bedürfnis besteht, die tatsächlich im ambulanten Bereich vorhandenen Ressourcen berücksichtigt werden (vgl. Kommentar zur Verordnung vom 1. April 2013 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des BAG, Seite 3 Kommentar zu Art. 1 E-VEZL).

Hinzu kommt, dass nicht nachvollziehbar ist, wie die im Anhang 1 von der santésuisse bzw. der SASIS AG stammenden Höchstzahlen genau zustande gekommen sind. Eine Auswertung der ärztzeigenen Daten über alle Bewilligungsinhaber (inklusive angestellter Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung) im Kanton Zürich hat gezeigt, dass die Zahlen stark von den im Anhang 1 des E-VEZL vorgesehenen Höchstzahlen abweichen. So sind im Anhang 1 E-VEZL im Kanton Zürich beispielsweise zwei Allergologen und klinische Immunologen aufgeführt. In Tat und Wahrheit sind im Kanton Zürich heute bereits 29 Leistungserbringer als Allergologen und klinische Immunologen tätig. Weiter sind im Anhang 1 E-VEZL im Kanton Zürich 8 Intensivmediziner aufgeführt; tatsächlich weist der Kanton Zürich bereits heute 56 als Intensivmediziner tätige Leistungserbringer auf. Weitere grosse Divergenzen bestehen bei der

Arbeitsmedizin (Anhang 1 E-VEZL: 4; Tatsächlich: 16) und im Bereich der physikalischen Medizin und Rehabilitation (Anhang 1 E-VEZL: 13; Tatsächlich : 45).

Wir fordern daher, dass die von der santésuisse bzw. SASIS AG stammenden Zahlen, welche zur Festlegung der Höchstzahlen im Anhang 1 E-VEZL herangezogen worden sind, einer kritischen Überprüfung, einer umfassenden Analyse unterzogen werden. Wir beantragen ferner, dass bei der Ermittlung der tatsächlich vorhandenen Ressourcen auf die Datensammlung der Ärzteschaft abgestellt wird und die Anhänge 1 und 2 entsprechend berichtigt werden.

## **Art. 2 Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich von Spitälern nach Artikel 39 KVG tätig sind**

Wie bereits einleitend ausgeführt, müssen auch die Leistungserbringer im Bereich Spital ambulant vom Kanton in die Versorgungsplanung und -steuerung miteinbezogen werden, um Unwuchten zwischen der ambulanten Versorgung durch die freipraktizierende Ärzteschaft und der Versorgung im spitalambulantem Bereich zu vermeiden bzw. die bereits bestehende Tendenz hin zur kostenintensiven medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Spital ambulant zu brechen. Im spitalambulantem Bereich müssen deshalb zwingend die gleichen Massstäbe und Regelungen gelten wie für die freipraktizierende Ärzteschaft; eine kantonale Bevorzugung der eigenen Einrichtungen ist auszuschliessen!

## **Art. 3 Ausgestaltung der Regelung durch die Kantone**

Die Kantone verfügen über eine sehr grosse Regelungsfreiheit in der Umsetzung dieser Verordnung, aber erfahrungsgemäss verfügen sie in keiner Weise über die notwendigen Steuerungsgrundlagen und -instrumente! Gemäss BAG haben die Kantone bei der Beurteilung, ob für einzelne Kategorien von Leistungen ein Bedürfnis besteht, auf die Versorgungsdichten im eigenen Kanton, in den anderen Kantonen, den sieben Grossregionen oder der Schweiz gemäss Anhang 2 E-VEZL abzustellen. Diese Versorgungsdichten stützen sich vor allem auf die Angaben der santésuisse. Wie weiter oben schon erwähnt, sind diese Daten zur Planung einer ausreichenden medizinischen Versorgungssicherheit ungeeignet. Wird (allein) auf sie abgestellt, ist eine Fehlsteuerung unausweichlich, mit den entsprechenden Folgen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.

## **Art. 4 Ausnahmezulassungen**

Die Kantone sollten dazu verpflichtet werden, bei Massnahmen zur Verhinderung oder Beseitigung einer Überversorgung auch die Entwicklungen im Beschäftigungsgrad der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Ärztinnen und Ärzte zu berücksichtigen und gegebenenfalls Zulassungen auch für beschränkte Tätigkeitspensen auf mehrere Personen zu erteilen. Nur so ist eine effiziente Ausnutzung der Ressourcen möglich. Ferner sollte den Kantonen die Möglichkeit eingeräumt werden, die Zulassungen an weitere Bedingungen und

Auflagen zu knüpfen, um die Leistungserbringer auch durch die Schaffung von Anreizen aktiv zu unterstützen.

#### **Art. 5 Beurteilungskriterien**

Macht ein Kanton Gebrauch vom Zulassungsstopp, hat er gemäss Art. 5 E-VEZL weitere Versorgungskriterien zu berücksichtigen. Zu berücksichtigen sind Faktoren wie städtische Ballungszentren, grenznahe Regionen, aber auch Qualitätskriterien sowie der Einbezug bereits erbrachter Volumen der Leistungserbringer. Unter Beachtung und Validierung dieser Kriterien sollen alsdann die Kantone die Zulassung von Leistungserbringern an bestimmte Bedingungen und Auflagen knüpfen können.

Erfahrungsgemäss verfügen die Kantone aber über keine valablen Datengrundlagen oder Erhebungen, welche eine solche Versorgungssteuerung unter Beachtung von Regional- und Qualitätskriterien nur annähernd möglich machen würde. Die praktische Umsetzung der hier vorgesehenen Versorgungssteuerung durch Berücksichtigung der Kompetenzen und des Beschäftigungsgrads der Leistungserbringer ist daher seitens der Kantone von vornherein nicht möglich. Das Heranziehen der Datensammlungen der Ärzteschaft ist Voraussetzung für die Umsetzung der hier festgehaltenen Ziele.

#### **Art. 6 Verfall der Zulassung**

Es ist weiterhin vorgesehen, dass die Zulassung verfällt, wenn der Leistungserbringer nicht innert sechs Monaten nach ihrer Erteilung von ihr Gebrauch macht, indem er zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig wird. Diese Frist konnte von den Kantonen um höchstens sechs Monate sowie im Einzelfall und aus wichtigen Gründen auf Antrag verlängert werden (vgl. Art. 55a Abs. 5 E-KVG).

Die Frist von sechs Monaten bis zum Verfall der Zulassung hat sich in der Praxis als zu kurz herausgestellt, weil die Vorarbeiten bis zur Inbetriebnahme einer Arztpraxis erfahrungsgemäss mehrere Monate dauern und für viele Planungsschritte bereits die Erteilung einer Praxisbewilligung bzw. Zulassung als Leistungserbringer KVG vorausgesetzt wird. In der Folge haben dann auch viele Kantone von der Kompetenz Gebrauch gemacht, die Frist um 6 Monate auf insgesamt 12 Monate zu verlängern. Wie auch die Ausnahmefälle, welche früher ebenfalls erst in der Verordnung genannt waren, ist auch die einjährige Mindestfrist, während welcher die Zulassung gelten soll und welche beim Vorliegen wichtiger Gründe im Einzelfall auf Antrag verlängert werden kann, als generell geltende Frist im Verordnungstext aufzunehmen.

#### **Art. 7 Meldepflicht**

Damit die Kantone laufend über die aktuellen Ressourcen im ambulanten Bereich Bescheid wissen, werden die Spitäler verpflichtet, dem Kanton unter anderem das Pensum der in ihrem

ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte mitzuteilen. Für die Einrichtungen gemäss Art. 36a KVG und die übrigen ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte besteht keine Pflicht, den Kantonen ihr Arbeitspensum zu melden. Die Kantone würden für die Beurteilung der medizinischen Versorgungsdichte auf die Zahlen der santésuisse bzw. SASIS AG abstellen. Wie bereits weiter oben erklärt, ergeben sich indes aus die Arbeitspensen der Ärztinnen und Ärzte aus diesen Zahlen nicht. Die Kantone könnten die aktuellen Ressourcen im ambulanten Bereich daher nur aufgrund der ärzteigenen Daten feststellen.

### C. Fazit

Wie Sie vorliegender Stellungnahme entnehmen können, erachten wir diese Verordnung im Sinn einer anzustrebenden Versorgungsplanung und Steuerungsmöglichkeit zur Sicherstellung der medizinischen Versorgungssicherheit der Schweizer Bevölkerung als absolut untauglich. Wir sind der Überzeugung, dass eine sinnvolle Planung nur aufgrund von verlässlichen Zahlen und definierten Planungsinstrumenten sowie unter zwingendem Einbezug des spitalambulanten Bereichs erfolgen kann.

Sollte die Wiedereinführung des Zulassungsstopps per 1. April 2013 mit diesen gesetzlichen Grundlagen erfolgen, fordern wir, dass der Kanton bei der Abklärung der Frage, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, vorgängig die Beurteilung der Leistungserbringer- und Berufsverbände basierend auf der bestehenden ärzteigenen Datensammlung einholen muss.

Grundsätzlich soll bei der kantonalen Ressourcenplanung und -steuerung die grösstmögliche Optimierung bei den zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu treffenden Massnahmen gegeben sein. Dazu gehört auch die Definition von Qualitätskriterien für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung. Diese Aufführung bzw. die Definition von Qualitätskriterien zu einer effizienten Ressourcenplanung- und -steuerung fehlt im Verordnungsentwurf. Es ist aber unerlässlich im Sinne der Qualitätssicherung bei der medizinischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung das Thema der spezifisch schweizerischen Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzten mit ausländischen Facharztstiteln aufzunehmen. Gerade bei ausländischen Ärztinnen und Ärzten mit dem Facharztstitel med.pract. häufen sich die Besorgnisse hinsichtlich einer adäquaten Ausbildung und demnach auch der Qualität ihrer erbrachten medizinischen Leistungen. Es ist deshalb unbedingt zu prüfen, ob die Zulassung bzw. die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung an die Bedingung einer bereits erfolgten und zeitlich definierten Tätigkeit in der Patientenbehandlung im Schweizer Gesundheitssystem geknüpft werden kann. Bevor diese Massnahme oder andere zur Sicherstellung der Behandlungsqualität umgesetzt werden können, sind wir deshalb der Ansicht, dass auch die Ärztinnen und Ärzte mit dem im Ausland erworbenen Facharzttitel med.pract. dem Zulassungsstopp unterstellt werden müssen.

Abschliessend ersuchen wir Sie höflich, für eine zukünftige Bundesregelung zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung das Angebot der Ärzteschaft, die eigene Datensammlung zur Schaffung von effizienten Steuerungsinstrumenten zur Verfügung zu stellen, anzunehmen.

Mit freundlichen Grüssen

Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Marc-Henri Gauchat, co-président CCM

