

KKA – Konferenz der  
Kantonalen  
Ärztegesellschaften  
St. Martinsplatz 8  
Postfach 619  
7001 Chur  
081 257 01 73

[www.kka-ccm.ch](http://www.kka-ccm.ch)  
[info@kka-ccm.ch](mailto:info@kka-ccm.ch)

An Herrn Bundesrat  
Alain Berset  
Vorsteher Eidgenössisches

Departement des Innern

BAG

3003 Bern

[Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch](mailto:Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch)  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

Chur, den 15. Februar 2021

**Vernehmlassung zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern: Änderung der Krankenversicherungsverordnung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV); Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich.**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset, sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns bei Ihnen, zur Stellungnahme zu dieser wichtigen Vernehmlassung eingeladen worden zu sein.

Wie Sie wissen, engagiert sich die KKA stark für die Förderung der allgemeinen Datenkompetenz, um sachpolitisch und fundierte, datenbasierte Entscheidungen insbesondere in gesundheitspolitischen Angelegenheiten zu ermöglichen. Wichtige Anliegen der KKA sind die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in den verschiedenen Regionen der Schweiz, der Erhalt einer gleichberechtigten, liberalen Medizin im bewährten dualen öffentlich-privaten Gesundheitssystem und die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, anpassungsfähigen, regional abgestützten Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

Wir haben die Entwicklungen verschiedener politischer und tarifarischer Steuerungsversuche im nicht-spital-ambulanten Sektor seit 2006 sehr intensiv mitverfolgt und erlauben uns, unsere nüchternen Betrachtungen dazu hier darzulegen.

Leider müssen wir feststellen, dass die verschiedenen politischen und tarifarischen Entscheidungen seit 2001 mit der Einführung des Zulassungsstopps, Einführung des Numerus clausus, zunehmender zunehmenden administrativen Auflagen und Kontroll-Massnahmen sowie tarifarischer Ungleichbehandlung des nichtspitalambulanten und spitalambulanten Sektors dazu beigetragen haben, dass **die Schweiz aus der 'historischen Ärzteschwemme' der 1990er Jahre in einen chronifizierten Ärztemangel-Zustand manövriert worden ist.**

Dies wird unter anderem belegt durch die äusserst komplexen Modellierungen BSS, die auf diversen Annahmen und Schätzungen den Versorgungsgrad nach Fachgebiet und Region berechnen (S. 77 und folgende: 'Ein Versorgungsgrad von 100% besagt, dass die gegenwärtige Versorgung der gewünschten Versorgung entspricht. Ein Wert massgeblich über 100% deutet auf Überversorgung und ein Wert massgeblich unter 100% deutet auf Unterversorgung hin. Aufgrund der Berechnungen der Autoren aufgrund der vorhandenen Quellen in der Mehrzahl der Kantone eine Unterversorgung in Hausarztmedizin, Ophtalmologie und Gynäkologie!)

Wie Sie wissen waren 2019 36.3% der in der Schweiz arbeitenden Ärzte im Besitz eines ausländischen Arzt diploms. Jährlich werden mehr als doppelt so viele ausländische Arzt diplome anerkannt, als eidgenössische Arzt diplome ausgestellt werden <https://www.fmh.ch/files/pdf7/fmh-aerztestatistik-2019.pdf>. Ohne diese ausländischen Kolleginnen und Kollegen wäre unsere Schweizer Gesundheitsversorgung seit Jahren nicht mehr funktionsfähig. Gleichzeitig fehlen diese ärztlichen Ressourcen in unseren Nachbarländern und ziehen eine Migrationsbewegung von Ärzten anderer Nationalitäten in deren Heimatländer nach sich. Wenn eine Veränderung dieser Situation politisch erwünscht wäre, müssten also wesentlich mehr Ärzte in der Schweiz ausgebildet werden, als dies zurzeit der Fall ist. Ein solcher Vorstoss wurde jedoch kürzlich von der national-rätlichen Gesundheitskommission abgelehnt.

- Wir erlauben uns einige Bemerkungen zu den Vernehmlassungsberichten:

### **1) Bemerkungen zum Bericht 'A'**

**“ Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S vom 12. Januar 2016 vom 03.03.2017”**,

der als Grundlagendokument zur Vernehmlassung zur Begründung der vorgeschlagenen Zulassungssteuerung beigelegt ist (weiter als 'Bericht A' zitiert).

- Im Postulat 16.3000 «Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten» wurde am 12. Januar 2016 der Bundesrat aufgefordert:

*“Verschiedene Varianten beziehungsweise Szenarien zur künftigen Steuerung der bedarfsabhängigen Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung mit der OKP aufzuzeigen. Für die Beurteilung einer ausreichenden Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen sollen Kriterien wie «Ärztedichte» und «Qualität der Versorgung» beigezogen werden.“*

Der entsprechend erarbeitete Bericht vom 3.3.2017 stützte sich auf folgende Prämisse ab, die auf Daten, die vor (!) Einführung des Zulassungsstopps von 2001 erhoben worden waren und im Kontext einer 'Ärzte-plethora':

Studie der Professoren Gianfranco Domenighetti und Luca Crivelli von Juni 2001: *“Die Autoren der Studie stellten fest, dass die **Zufriedenheit der Bevölkerung** mit den Leistungen des Gesundheitswesens, die Wahrnehmung von Anzeichen einer Rationierung ebenso wie die **Effektivität der medizinischen Versorgung, gemessen an den dank medizinischen Eingriffen vermeidbaren Todesfällen**, praktisch identisch sind, trotz der teilweise eklatanten Differenzen bei der Ärztedichte. Sie beobachteten aber, dass die Ärztedichte einen markanten Einfluss auf die Aktivitäten (Besuche und Konsultationen) sowie auf die Kosten pro versicherte Person in der OKP hatte. **Eine angemessene medizinische Versorgung der Bevölkerung mit einem gleichen Grad der Zufriedenheit kann also auch mit einer vergleichsweise geringen Ärztedichte erreicht werden, dies aber zu niedrigeren Kosten.**”*

Wir erlauben uns, darauf hinzuweisen, dass die Studienverantwortlichen hier auf wichtige Parameter wie: **Zufriedenheit der Bevölkerung und die Effektivität der medizinischen Versorgung, gemessen an dank medizinischen Eingriffen vermeidbaren Todesfällen** verweisen, in einer Zeit, in der der Arbeitsmarkt für Ärzte in der Schweiz übersättigt war. 2021 ist die Situation diametral verschieden: wir stehen seit Jahren vor einem Überangebot von Stellenangeboten für Ärzte in der Schweiz, die nur schwer besetzt werden können sei es im Spital oder im ambulanten Sektor!

Zwischenzeitlich wissen wir, dass die OKP-Kosten wesentlich enger mit dem Schweregrad der Erkrankungen der Patienten zusammenhängen als mit der Ärztedichte per se... 20% der (schwerkranken) Patienten generieren etwa 80% der Krankenkassenkosten. Dies führt schliesslich auch jährlich zu komplexen, unvorhersehbaren 'Risiko-Ausgleichzahlungen' in Millionenhöhe zwischen Krankenkassen ein- und derselben Versorgungsregion – völlig unabhängig von der Ärztedichte, die ja für alle diese Krankenkassen regional die gleiche ist.

**Dennoch scheint sich die These von 2001, die Ärztedichte sei ein Hauptfaktor für steigende Gesundheitskosten, hartnäckig in den Köpfen zu halten und führt dazu, dass man die Gesundheitskosten der OKP um jeden Preis durch die Regulierung der Ärztedichte im ambulanten Sektor zu stabilisieren versucht! Es scheint uns unerlässlich, dass diese Fehlannahme endlich bereinigt wird.**

Im Gegenteil, grosse internationale unabhängige Studien zeigen, dass die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit (Ärztedichte) klar mit einer Reduktion vermeidbarer Todesursachen korreliert. Die Kosten sind damit primär auf die Behandlungen der Krankheiten als auf die blossen Ärztedichte zurückzuführen (siehe unten), was auch intuitiv naheliegend scheint.

- **Wir finden es mehr als befremdlich, dass nicht für nötig befunden wurde, die effektive 'Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung' seit 2001 zu messen und zu analysieren.** Ebenso befremdlich ist, dass deren negativen Auswirkungen z.B. auf die 'erzwungene' Hyperspezialisierung von Ärzten, die sich nicht ausserhalb des Spitals niederlassen konnten, den Ausbau des spitalambulanten Sektors zu Ungunsten des nicht-spitalambulanten Sektors usw. nie analysiert wurden.

Zitat aus dem vorgelegten Bericht A): **“Die Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung wurde in den Studien des Büros Vatter nicht untersucht. Sie wurde seit Einführung der Massnahme auch nicht systematisch gemessen. Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung am 31. Dezember 2011 führte jedoch zu einer derart massiven Zunahme an Gesuchen um Erteilung einer ZSR-Nummer, dass Artikel 55aKVG am 1. Juli 2013 auf Verlangen der Kantone in Form eines dringlichen Bundesgesetzes wieder eingeführt wurde.”**

Dass nach Aufheben einer 10-jährigen Zulassungsbeschränkung, die primär zwecks Verhinderung einer ausländischen Ärzteschwemme aufgrund der Personenfreizügigkeit 2001 eingeführt worden war, bei Fehlen jeglicher flankierenden Massnahmen ein entsprechendes ‘Rebound-Phänomen’ auftreten musste, das zu einer notfallmässigen Wiedereinführung via dringlichen Bundesgesetzes führte, vermag nicht zu erstaunen. **Dass deswegen aber darauf geschlossen wird, dass die Zulassungsbeschränkung eine wirksame Massnahme zur Kostendämpfung per se darstellt, müsste aufgrund der äusserst dürftigen Beweislage und der obigen Ausführungen ernsthaft hinterfragt werden.**

## **2) KVV, Qualität in der ärztlichen Versorgung und Zulassungsbeschränkung**

- Im Bericht A) wird sogenannte ‘in Übereinstimmung mit dem europäischen Recht’ als **Alternative zur Zulassungssteuerung** in Art. 55 a Absatz 2 KVG postuliert, für alle Ärzte eine Karenzfrist von 2 Jahren ab Erteilung des Weiterbildungstitels vor Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP unabhängig von deren Nationalität und Ort des Erwerbs des Weiterbildungstitels vorzuschlagen, ohne zusätzliche Berufserfahrung zu fordern. Wir sind dankbar, dass diese Variante verworfen wurde, die den aktuellen Ärztemangel sinnlos verschärfen würde wie auch eine wichtige, für eine qualitativ gute vernetzte Versorgung dank Kenntnis der Besonderheiten und der Ansprüche des Schweizer Gesundheitswesens erschweren würde.

**Wir unterstützen deshalb mit Nachdruck den Beibehalt der Möglichkeit, von einer Zulassungssteuerung gemäss KVG 55 a, Gebrauch zu machen, wenn ein Arzt/Ärztin nicht 3 Jahre in einer akkreditierten Schweizer Weiterbildungsstätte tätig war. Dies stellt eine sinnvolle Option und qualitätssichernde Massnahme dar gegen die befürchtete unkontrollierbare, allenfalls wirtschaftlich induzierte ‘Ärztenschwemme’ aufgrund der Personenfreizügigkeit dar – was 2001 der Hauptgrund für die Einführung der Zulassungssteuerung war.**

**Weitergehende Zulassungssteuerungen scheinen zurzeit aufgrund des generalisierten Ärztemangels in praktisch allen Bereichen (siehe oben) keinesfalls einer Dringlichkeit, noch der aktuellen Bedarfssituation zu entsprechen. Anstelle einer willkürlichen, unausgereiften, wissenschaftlich und methodologisch nicht abgestützten administrativen Zulassungssteuerung, wie sie in der zu vernehmlassenden Verordnung vorgesehen ist, fordern wir, dass im Zeitrahmen bis 2025 sinnvoll anwendbare, datenbasiert und verständlich anwendbare Methoden erarbeitet werden, die den regionalen Bedürfnissen adäquat gerecht werden können und den Prinzipien der ‘data literacy’ – inklusive dem damit verbundenen angemessenen Datenschutz der einzelnen Leistungserbringer und der Verhältnismässigkeit der dazu nötigen Datenlieferungen Rechnung getragen wird.**

Wir nehmen zur Kenntnis, dass im Bericht A) als interessantes Beispiel die Slowakische Republik genannt wird, wo eine strenge Limitierung der Verträge zur Sicherstellung einer minimalen Versorgung zwischen Versicherern und Ärzten bestehe, die sich an gesetzlich festgelegten qualitativen Kriterien orientieren. Wir erlauben uns, darauf hinzuweisen, dass leider die Qualität des Gesundheitszustands in der Slowakei leider unterdurchschnittlich ist und auch die durchschnittliche Lebenserwartung mit 77 Jahren weit unter jener der Schweiz (83 J), der EU (80J) und der umgebenden Staaten liegt. **Dass ein Zusammenhang mit einer ungenügenden Ärztedichte (die einen wichtigen Faktor der 'Zugänglichkeit zu medizinischer Versorgung darstellt) bestehen könnte, legt der 'Healthcare Access and Quality' Index dar, der die Todesfallraten vermeidbarer Ursachen in 195 Ländern zwischen 1990-2015 verglichen hat, wo die Schweiz auf Rang 3 und die Slowakische Republik auf Rang 79 von 195 figuriert.**

In dieser Studie zeigt sich übrigens auch, dass der HAQ-Index in der Schweiz sich zwischen 1990 und 2015 von 86.4 auf 91.4 verbessert hat. Dies sollte in der aktuellen Diskussion zu Qualität und Ärztedichte unbedingt berücksichtigt werden.

*(Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016, GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators\* www.thelancet.com Vol 391 June 2, 2018  
(<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2930994-2>).*

Diese grosse internationale von der Schweizer Gesundheitspolitik unabhängig erstellte Studie zeigt ebenfalls eine klare Korrelation zwischen Qualität (Reduktion der Sterblichkeit an vermeidbaren Todesursachen und den Kosten des Gesundheitssystems der verschiedenen Länder).

**Es ist inakzeptabel, die international anerkannte Qualität der Schweizerischen Gesundheitsversorgung zu gefährden durch eine gewollte und ausschliesslich kosten-zentriert begründeten Reduktion der Zulassung der ärztlichen Leistungserbringer, zudem noch durch eine nicht demokratisch anfechtbare Verordnung, gegen die kein Referendum ergriffen werden kann!**

- Im Bericht A) wird weiter festgehalten: ***“Da für die Ermittlung des Bedarfs die notwendigen Daten und konzeptionellen Modelle fehlen, kommt in diesem Zusammenhang nur ein Ansatz in Frage, nämlich derjenige, der auf der Abbildung des aktuellen Angebots basiert. Ein solcher Ansatz wird in den meisten Ländern verwendet, die eine Eindämmung der Kosten zulasten ihres Systems der sozialen Sicherheit anstreben. Obwohl es problematisch sein mag, wird dabei davon ausgegangen, dass im Zeitpunkt der Messung weder eine Über- noch Unterversorgung besteht.”***

Wir erlauben uns festzuhalten, dass diese Annahme höchst problematisch ist, insbesondere, da sie wie weiter oben im Bericht bereits festgestellt wird, die Ungleichheiten in der Versorgungsdichte, die seit 2001 bestehen, weiter zementiert.

**Ebenso entlarvt diese Feststellung, dass nicht primär eine möglichst optimale bedarfsangepasste Grundversorgung angestrebt wird, sondern dass es primär um eine Eindämmung der Kosten um jeden Preis, geht.**

Dass die vielfach belegte Qualität des Schweizer Gesundheitssystems ohne die entsprechende Daten- und konzeptionelle Basis durch eine willkürliche Steuerung in diesem Sinne gefährdet werden soll ist bedenklich.

Dass als Gegenmassnahme in Hinblick auf einen möglichen Qualitätsverlust stattdessen im revidierten **KVV Art. 58 g** nun administrative Erschwernisse im Sinne von obligaten 'Qualitätsmanagement-Systemen' in jeder einzelnen Arztpraxis aufoktroiert werden, deren effektiver Mehrwert bei weitem nicht belegt ist, trotz der damit verbundenen Mehrkosten, ist nicht nur befremdend sondern inakzeptabel.

**Wir verlangen deshalb, wie dies auch diverse andere ärztliche Verbände fordern, die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a revKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält und sachgemäss zwischen den Arztverbänden und den Krankenkassenverbänden vertraglich adäquat geregelt werden müssen.**

Sinnvolle Qualitätsmassnahmen müssen keine starre administrative Mehrbelastung bedeuten, die insbesondere kleine und mittlere Arztpraxen gerade in ländlichen und Bergregionen besonders gefährden würden. Dies umso mehr als sich die Qualität einer medizinischen Einzel-Behandlung kaum direkt messbar ist, meistens erst in einem längeren Verlauf erkennbar wird und zudem, gerade im ambulanten Setting enorm von den mitinvolvierten Netzwerken und vom Patientenverhalten selber abhängt (Compliance, soziales Versorgungsumfeld, involvierte Therapeuten, Netzwerk-Kooperation). Die Annahme, dass dieses komplexe Zusammenspiel auf Individualebene im Rahmen einer sehr individuellen und persönlich angepassten Betreuung durch ein standardisiertes, vorgegebenes administratives Qualitätsmanagements-System auf Praxisebene zu managen sei, ist illusorisch. Sinnvolle Qualitätsmanagement-Systeme im ambulanten Setting müssten interprofessionell, vernetzt und v.a. den Patienten aktiv als Partner involvierend konzipiert und erarbeitet werden. Solche Entwicklungen sind in diversen Projekten angedacht und im Gange, aber bei weitem noch nicht genügend ausgereift und belegt, um als 'sine-qua-non'-Bedingung obligatorisch für eine reelle Qualitätsverbesserung akzeptiert werden zu können.

Ebenso ist es nicht rechtens, zu fordern, dass die Infrastruktur zur Verfügung gestellt werden müsse, um sich an **nationalen SIRS (Severe-incident-reporting-systems) ambulant anschliessen zu können, die noch gar nicht existieren.**

Die Schweizer Ärzteschaft hat sich mit Hilfe der FMH dafür eingesetzt, dass für die Ausübung des Arztberufs in der Schweiz genügende Sprachkenntnisse gefordert werden, was für eine korrekte Behandlung von Patienten im Sinne des Qualitätsmanagements unerlässlich scheint. Nun wurden die Ansprüche auf die Sprachkenntnisse in der vorgelegten Vernehmlassung weiter angehoben auf das Niveau C1. Dies stellt paradoxer Weise sinnlose Hürden für Schweizer Ärzte dar, die mit **Sprachkenntnissen, die sie im Rahmen ihrer Maturität (Niveau B2) erworben haben**, in den verschiedenen Sprachregionen arbeiten können sollten, insbesondere z.B. für Tessiner Kollegen oder Ärzte in zweisprachigen Kantonen. Art. 38 E-KVV ist entsprechend zu präzisieren, wie dies von der BEKAG und AGZ vorgeschlagen worden ist.

### 3) Bemerkungen zum Bericht B):

#### **'Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten, Basel 28.09.2020'**

(Auftraggeber/in: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Autorinnen/Autoren: Boris Kaiser, Melanie Krähenbühl) zeigt sich auf eindrückliche Weise die **Schwierigkeit, zwischen Überversorgung und 'Mitversorgung' unterscheiden zu können**. Die Ergebnisse der Modellierungen zeigen gemäss den Autoren, dass zwischen den Kantonen sowie auch innerhalb der Kantone teilweise recht bedeutende **Unterschiede im Bedarf an ärztlichen Leistungen bestehen. Diese Unterschiede ergeben sich aus dem Umstand, dass die Merkmale der Bevölkerung, wie etwa die Altersstruktur, regional variieren**. Zum anderen zeigen die Berechnungen der Versorgungsgrade, dass sich die Versorgungssituation nach Fachgebiet keineswegs über alle Kantone homogen präsentiert.

**Die Autoren weisen mehrfach auf die Schwierigkeiten hin, die auf Datenlücken und fehlende Informationen zu Morbiditätsfaktoren der Bevölkerung wie auch auf die Schwierigkeit, Leistungen von Gruppenpraxen und spitalambulant Leistungen korrekt zuzuteilen zurückzuführen sind.**

**Solange so wesentliche und sehr relevante Grundlagenprobleme bestehen und sogar noch klar erkannt werden, ist es inakzeptabel, ein Modell, dass diese Probleme einfach ausklammert und ignoriert auf Verordnungsweg zu implementieren, das für die nächsten Jahrzehnte die Entwicklung des gerade im Ausbau sich befindenden ambulanten Gesundheitswesens nachhaltig beeinflussen soll.**

Als Beispiel dürfte hier das von den Autoren (des Bericht B) selbst hervorgehobene Wallis genannt werden, wo seit Jahren eine Unterversorgung in verschiedenen Spezialisierungen besteht, mit entsprechend langen Wartefristen für die Patienten (Ophtalmologie, Gastroenterologie, Gynäkologie). Ebenfalls zeichnet sich im Wallis eine massive Unterversorgung in der Hausarztversorgung ab. Diese wird zusätzlich erschwert durch den anstehenden Generationenwechsel und dem Wunsch nach einer ausgeglicheneren Work-life-balance der jungen Ärztinnen und Ärzten, die reduzierte und flexible Arbeitspensen anstreben. Durch Regulierungen der Ärztedichte, wie sie in der vorgeschlagenen Verordnung zu den Höchstzahlen der Leistungserbringer vorgesehen ist, wird der seit 2001 im Wallis sehr eindrücklich eingeleitete Shift vom ambulanten in den spitalambulantem Sektor, der über Jahre im Gegensatz zum freischaffenden Sektor nicht reguliert wurde und kompensatorisch aufgebläht wurde, weiterhin verstärkt.

**Die wichtige, bereits stark kompromittierte Balance des dualen Versorgungssystems öffentlich-ambulant wird dadurch noch stärker massiv und auf eine wenig sinnvolle Art auf Jahrzehnte gestört.**

**Um eine optimale Versorgungsqualität und Wahlfreiheit der Patienten garantieren zu können, ist aber der Erhalt der ambulanten unabhängigen ärztlichen Versorgung fundamental und sollte nicht durch weitere willkürliche Begrenzungen zugunsten des z.T. (gerade im Wallis) schon stark monopolisierenden öffentlichen Gesundheitssektor gefährdet werden.**

Deshalb ist es unerlässlich, dass, falls eine Zulassungssteuerung im ambulanten Sektor beibehalten respektive verschärft werden sollte, diese unbedingt den **spitalambulanten Sektor mit-involvieren müsste**, um die Dysbalance des dualen Versorgungssystems nicht weiter zu verschärfen.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass in der Vernehmlassung zur Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs *‘zahlreiche Kantone es abgelehnt hatten, dass sie die Akteure im Rahmen von beratenden Kommissionen – deren Meinung sie zwingend zu berücksichtigen hatten einbeziehen müssten. Die Kantone sollten nach ihrer Ansicht die Art und Weise, wie sie die Meinungen der Stakeholder berücksichtigen, selbst bestimmen können.’* Obwohl diese Haltung es diesen Kantonen natürlich erleichtert, Entscheidungen willkürlicher und ohne unerwünschte Gegenstimmen fällen zu können, ist sie in Anbetracht der Tragweite und der Komplexität dieser Entscheidungen für die Leistungserbringer aber auch für die gesamte Bevölkerung und die Qualität der Patientenversorgung inakzeptabel.

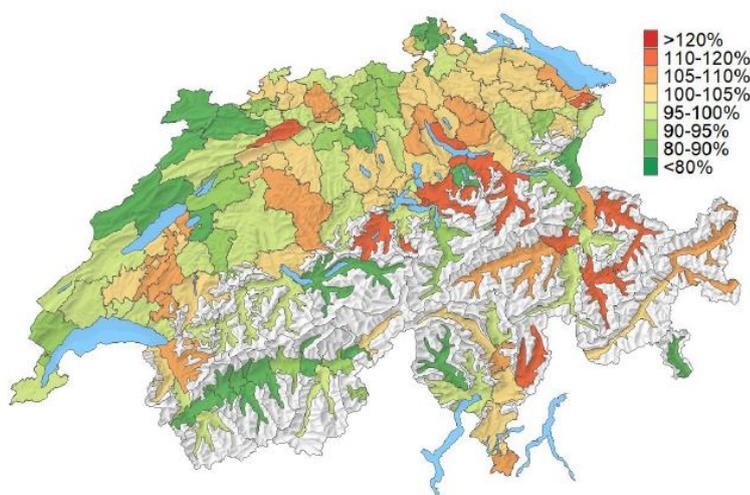
**Es ist aus unserer Sicht deshalb unerlässlich, dass, falls eine Zulassungssteuerung im ambulanten Sektor kantonal zum Zuge kommen soll, die entsprechenden Stakeholder und insbesondere die kantonalen Ärztesgesellschaften adäquat und verbindlich in die Diskussionen und in den Entscheidungsprozess mit eingebunden werden müssen. Dies umso mehr als die Datenlage lückenhaft ist und mit unverhältnismässig grossem Aufwand und Gefährdung des legitimen Datenschutzes der Patienten (Rekonstruieren individueller Patientenströme) und der Ärzte (Analyse der Patientenflüsse, Umsätze?!, Arbeitspensen?).** Je detaillierter solche Analysen gemacht werden, desto grösser ist die Gefahr, sich in einer Pseudogenauigkeit zu verlieren und die grosse Unschärfe und Fluktuation und Fehleranfälligkeit der beobachteten Einzelphänomene und der daraus gezogenen Schlüsse zu vergessen. Dagegen ist nicht verhandelbar, dass bei der Zulassungssteuerung nicht vorgesehen ist, ob und wie die Zugänglichkeit zu den verschiedenen ärztlichen Leistungserbringern jeweils regional für die Bevölkerung gewährleistet ist und mit welchen Wartezeiten dies verbunden ist.

**Es müssten insbesondere Fördermassnahmen vorgesehen werden, die bei ungenügender Ärztedichte und unzureichender Verfügbarkeit spezialärztlicher Versorgung, getroffen werden müssten, um den Missstand möglichst bald zu beheben.** Die vorgelegte Zulassungssteuerung enthält keinerlei solcher Fördermassnahmen und ist einseitig nur auf eine allfällige Begrenzung der Anzahl der ärztlichen Leistungserbringer ausgerichtet. Das ist, gerade in Hinblick auf die in Abb. 15 wiedergegebene Versorgungssituation in der Hausarztmedizin CH 2018 inakzeptabel. Obschon diese Modellierung auf unserer Meinung nach teils sehr einseitigen und fragwürdigen Annahmen, die eine Unterversorgung zu minimieren suchen (\*), zeigt sich eine in vielen Regionen ungenügende (<100%) Versorgung. Wie wir wissen, erreichen praktisch 50% dieser Ärzte in den nächsten Jahren ihr Pensionsalter, oder haben es bereits erreicht (<https://www.fmh.ch/files/pdf7/fmh-aerztestatistik-2019.pdf>).

(\*): In den Berechnungen werden die Patienten, die ausserhalb ihrer Wohn-Region konsultieren, aus der Bedarfsevaluation der Wohnregion abgezogen. Damit wird man aber nicht der Situation gerecht, dass unter Umständen in der eigenen Wohnregion eben ein Ärztemangel besteht und dies ein Grund sein kann, weshalb eine Person ausserhalb ihrer Wohnregion konsultiert. Der Grad der Unterversorgung wird somit unterschätzt.

Ebenfalls wird in den Modellen die Versorgung von Touristen komplett ausser Acht gelassen. In Touristenkantonen wie Graubünden, Tessin und Wallis müssen ausländische Personen jedoch mit den vorhandenen Ressourcen vor Ort mitbehandelt werden. Das führt in der Modellierung zu einer Überschätzung des effektiven Versorgungsgrads. So ergibt sich im Modell paradoxer Weise eine scheinbare Überversorgung im Hausarztsektor von '>120%' im Kanton Graubünden, der in der Realität mit massiven Versorgungsproblemen gerade in der Hausarztmedizin zu kämpfen hat!

Abbildung 15: Versorgungsgrad nach Standortbezirk, Fachgebiet Hausarztmedizin



Anmerkungen: Die Grafik zeigt den geschätzten Versorgungsgrad nach Standortbezirk unter der Annahme, dass der gesamtwirtschaftliche Versorgungsgrad 100% beträgt. Die Kennzahlen berücksichtigen via Patientenströme die von den Standortbezirken versorgte Bevölkerung. Behandlungsjahr 2018. Quelle: Datenpool, Tarifpool, STATPOP, BEVNAT, SHS, MS, BAGSAN; eigene Berechnungen.

Ärzttestatistik FMH

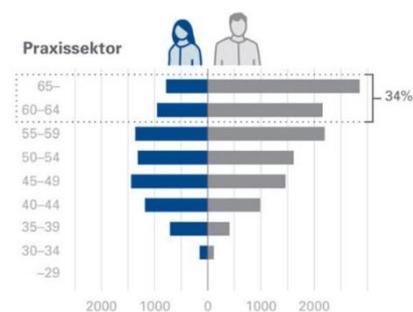


Abbildung 3: Alterspyramide nach Geschlecht und Sektor 2019.

**Zudem empfehlen sogar die Experten des BSS-Berichts keine 'Höchstzahl' anzuwenden, sondern den Versorgungsgrad mit einem Steuerungs-Range zu definieren.**

**“Festlegung von Grenzwerten:** Die Festlegung der Grenzwerte liegt in der Kompetenz der Kantone. Allgemein ist zu empfehlen, einen Grenzwert über 100% zu wählen, um statistischen Unschärfen bei der Bestimmung des Versorgungsniveaus Rechnung zu tragen. Zur Einordnung sei auf die Praxis in Deutschland hingewiesen (siehe KBV 2019, S. 7): **Ab einem Versorgungsgrad von 110% wird dort von einem "gesperrten Planungsbereich" gesprochen; Praxisübernahmen sind möglich, Zulassungen für neue Praxen werden aber nicht erteilt. Ab einem Versorgungsgrad von 140% können in der Regel auch keine Praxisübernahmen mehr stattfinden.**”

Wir erlauben uns, mit Hinweis auf die Überschätzung des Versorgungsgrads und der Schwierigkeit, die Mitversorgung von der Überversorgung abzugrenzen, dass gemäss Tbl 25 der Publikation B:

3 Kantone der CH über 110% und keiner über 120% für Hausarztmedizinversorgung erreicht; 5 Kantone =oder > 110% für Gynäkologie, wovon max 131% (Obwalden!

5 Kantone eine Versorgung von über 110% für Ophthalmologie erreichen (mit max. 118%).

Die Experten führen zudem folgendes Statement (S.48) zu Ihren Berechnungen an:

**“Die Ergebnisse erlauben es, *Tendenzen zu potenzieller regionaler Unter- bzw. Überversorgung differenziert nach ärztlichem Fachgebiet zu erkennen. Quantitative Schlussfolgerungen (z.B. im Sinne von "im Kanton A ist die Versorgung im Fachgebiet X um 10% zu hoch."*) sollten nur provisorisch gezogen werden. In jedem Fall ist es sinnvoll, weitere Informationsquellen, wie Experteneinschätzungen oder ergänzende Indikatoren, zu nutzen, um die Aussagekraft der Versorgungsgrade weiter zu verbessern.”**

Es kann aus dem BSS-Bericht also mitnichten abgeleitet werden, dass es zurzeit einfach möglich wäre, dass das EDI und die Kantone allein und ohne Miteinbezug z.B. der Ärztesellschaften und ohne wissenschaftliche Erarbeitung eines aussagekräftigeren Modells, das auch prognostische Faktoren und Bevölkerungs-morbidität uä. mit einbeziehen müsste, ein sinnvoll brauchbares Regressionsmodell erarbeiten könnte, das ohne diese Zusammenarbeit und relevanten Zusatz-informationen auskommen könnte. Diese wichtige Tatsache wird jedoch in Ihrem ‘erläuternden Bericht über die Verordnung der Höchstzahlen’ einfach ignoriert. Das ist inakzeptabel.

#### **4) Zusammenfassende Beurteilung Zulassungssteuerung Ärzte im ambulanten Sektor**

**Aufgrund der obigen Ausführungen und der beigelegten Berichte stellen wir zusammenfassend fest:**

- dass es **aktuell keine befriedigende, zuverlässige wissenschaftliche und datenbasierte Methode gibt, die es ermöglicht, eine adäquate Planung der Versorgung im ambulanten Sektor zu ermöglichen**
- dass die existierenden Daten teils grosse Lücken aufweisen, insbesondere im Bereich des spitalambulanten Sektors. Diese müssten sinniger Weise geschlossen und analysiert werden, bevor Hypothesen und Modellierungen erstellt werden können.
- dass es zT nicht einmal möglich ist, eine saubere Abgrenzung zwischen Spital – und spitalambulanten Leistungen zu machen, was für die Beurteilung der ambulant zur Verfügung gestellten Leistungen wichtig wäre
- **dass relevante Grössen, die für die Abbildung der Versorgungssituation unerlässlich wären wie Wartezeiten, Zufriedenheit und Morbiditätsgrad der Patienten fehlen oder ignoriert werden**
- **dass in den nächsten Jahren praktisch flächendeckend in der Schweiz eine Generationenablösung im Bereich der nicht-spital-ambulanten, freischaffenden Ärzteschaft ansteht und vornehmlich in der Grundversorgung bereits jetzt vielerorts eine Ärztemangelsituation herrscht, in einem Kontext eines ungenügenden Ärzteangebots auf dem Arbeitsmarkt sowohl für den Spitalsektor wie für den ambulanten Sektor**
- dass die junge Ärztesgeneration wesentlich flexiblere und kürzere Arbeitszeiten wünscht und die Arbeitsbedingungen im ambulanten Sektor dringend familienfreundlicher ausgestaltet werden müssen. **Dies impliziert, dass die ‘Fallzahlen’ und**

- Arbeitszeitäquivalente erhöht und nicht eingefroren werden dürfen, um einen 'unveränderten' medizinischen Versorgungsgrad beibehalten zu können.**
- **dass die medizinische Versorgung in der Schweiz nur dank massiver Mithilfe ausländischer Ärzte aufrechterhalten werden kann** - wobei bereits über 1/3 der Ärzteschaft ausländischer Herkunft ist und einen Grossteil ihrer Ausbildung im Ausland absolviert hat
  - dass sich seit 2001, als der 'Ärztstopp' in einem Kontext der Ärzteschwemme und der Einführung der Personenfreizügigkeit in Europa eingeführt wurde, die Situation sich diametral verändert hat und zZ praktisch in der ganzen Schweiz der Ärztemangel die wesentlich grössere Problematik darstellt, als eine hypothetische Überversorgung
  - dass **durch Art. KVG 55a bereits eine wichtige flankierende und qualitätsrelevante Massnahme eingeführt wurde, die eine Regulierung bei Fehlen einer drei-jährigen Ausbildung in einer Schweizerischen akkreditierten ambulanten oder stationären Ausbildungsstelle erlaubt** -was den Druck auf eine überstürzt zu erlassende Verordnung massiv reduzieren sollte
  - **dass die vorgeschlagene Verordnung zur Zulassungssteuerung der ambulanten Leistungserbringer als Ganzes inadäquat ist und kein sinnvoll brauchbares Modell für eine verständliche, nachvollziehbare und prospektive Steuerung der Zulassung der ärztlichen Leistungserbringer ermöglicht**
  - **dass die Verordnung über die Höchstzahlen im Gegenteil eine dringend nötige Erneuerung des ambulanten Sektors gefährdet statt sinnvolle Fördermassnahmen gegen den sich immer stärker abzeichnenden Ärztemangel in vielen Regionen zu ermöglichen.**
  - dass es zu einer **Vermischung der Konzepte 'wirtschaftliche Führung einer Praxis' und dem 'Erbringen wirtschaftlicher Leistungen nach KVG'** kommt, obwohl diese beiden Konzepte komplett unabhängig voneinander sind und insbesondere das Erbringen wirtschaftlicher Leistungen im Sinne des KVGs keinerlei direkten Zusammenhang mit den Umsatzzahlen des Leistungserbringers hat!
  - dass die Forderung, die einzig an die ärztlichen Leistungserbringer erfolgt, ihre Umsätze mit GLN-Nummer (die öffentlich einsehbar ist) zu Versorgungsplanungszwecken liefern zu müssen **unverhältnismässig, unzweckmässig, diskriminierend und nicht datenschutzkonform ist.**
  - dass ein (zu) hoher Umsatz eines einzelnen Leistungserbringers (adäquate Tarifierung und Ausschluss einer Missbrauchssituation vorausgesetzt) ein Hinweis wäre, dass es eben zu wenig Ärzte und sicher nicht zu viele Ärzte in seiner Region gibt.
  - **dass die Verordnung dennoch paradoxer Weise vorsieht, de facto per Verordnung ein Global-Budget nur im nicht-spital-ambulanten Sektor vorzusehen, das nicht demokratisch mit Referendum angreifbar ist.**
  - dass die Übergangsfrist bis zur Umsetzung der Verordnung über die Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich bis 30.6.2025 (4 Jahre!) dauert. Dies zeugt vom Bewusstsein der Komplexität und der fehlenden Grundlagen für gerade die zu verordnende Zulassungssteuerung. **Es ist unserer Meinung nach unerlässlich, dass VOR dem Erlass einer solchen Verordnung ein überzeugendes, nachvollziehbares und datenschutzkonformes, wissenschaftlich und statistisch validiertes Modell unter Miteinbezug von Experten der kantonalen Ärztesgesellschaften, OBSAN, BFS und der Kantone erarbeitet und konsolidiert wird. Erst dann ist eine Verordnung für eine strategisch so wichtige Änderung statthaft.**

## **5) Zur Verordnung und den Varianten der Registerführung:**

Wir erlauben uns, festzustellen, dass die KKA und FMH seit nun bald 2 Jahren mit wenig konkretem Erfolg an einer Verbesserung der Datenbanken der von SASIS im Auftrag von santésuisse geführten ZSR-Nummern. Insbesondere führen auch interne Querelen zwischen den verschiedenen Versicherungsgruppen dazu, dass es kaum möglich ist, eine sinnvolle, abgleichbare Datenbank aller aktiven Verträge und Vertragspartner, die befähigt sind, nach KVG abzurechnen zu erhalten. Gerade im Rahmen verschiedener kantonaler Taxpunktwertverhandlungen mussten wir immer wieder feststellen, dass die Qualität der Datenpools trotz angeblich extrem hoher Abdeckung zu wünschen übrigliess und lässt. Dies wurde auch durch diverse Bundesgerichtsurteile in der Vergangenheit festgestellt.

**Für die Führung des vorgesehenen ärztlichen Leistungserbringer-Registers, das insbesondere Verknüpfungen mit und zu verschiedenen bereits existierenden Registern wie BUR/UID sicherstellen muss, aber aufgrund der darin enthaltenen sensiblen Daten auch strikte ethische und datenschutzkonforme Auflagen vor und bei Herausgabe allfälliger Daten an Dritte garantieren muss, kommen für uns weder Dritte (wie z.B. Krankenkassenverbände oder SASIS) noch das BAG in Frage.**

**Die für die korrekte Führung, Erstellung und Verwendung dieser Daten kompetente Stelle muss das Bundesamt für Statistik sein.** Das BFS führt bereits mehrere Register und hat seine Professionalität und Datenethik schon vielfach unter Beweis gestellt. Die Führung eines so wichtigen und sensiblen Registers sollte denn auch in der Verantwortung des öffentlichen Bundesamts für Statistik fallen, das auch das entsprechende Vertrauen aller Partner genießt und die nötige Unabhängigkeit garantieren kann.

Somit fordern wir, dass eine Variante der Registerführung mit dem BFS entsprechend der Kriterien der 'data literacy' der öffentlichen Statistik erarbeitet wird.

Die Varianten 'als Dritte' oder BAG lehnen wir entsprechend ab.

## **6) Abschliessende Zusammenfassung:**

### **a) VERORDNUNG ÜBER DIE HÖCHSTZAHLEN :**

**Aufgrund der obigen Ausführungen weisen wir diese Verordnung in toto zurück** und bitten Sie, bevor eine erneute Verordnung diesbezüglich vorgelegt wird, ein nachvollziehbares, methodisch sauberes und verständliches Modell durch die involvierten Partner erarbeiten zu lassen, unter Miteinbezug von Vertretern der kantonalen Ärztesellschaften und der FMH, OBSAN und BFS. Ebenfalls bitten wir um Würdigung und Berücksichtigung wichtiger Faktoren wie der Evaluation der Wartezeiten und allenfalls das Erstellen eines Modells, das auch ohne Vollerhebungen basierend auf repräsentativem Sampling sinnvoll brauchbare Resultate liefern könnte. Ebenfalls bitten wir darum, dass die aktuelle Situation mit einem anstehendem Generationen-Shift, der die Berechnungen der für die Grundversorgung nötigen Vollzeitstellen aufgrund veränderter Arbeitszeiten wesentlich beeinflussen wird! Ebenfalls in die Modellierung einfließen müsste der Mehrbedarf in Hinblick auf die 'ambulant vor stationär'-Strategie und eine gleichberechtigte Behandlung des ambulanten nicht-spital und spitalambulanten Sektors. Insbesondere müsste die vielerorts angeschlagene Balance zwischen

öffentlichem und privatem Sektor im Rahmen der Zulassungssteuerung wieder verbessert werden.

Für die Versorgungsplanung auf kantonaler und regionaler Ebene ist keine nominative/ GLN-basierte Übermittlung der Praxisumsätze nötig.

**Dies kommt einer Implementierung eines Globalbudgets im ambulanten Sektor gleich, das zudem nicht einmal per Referendum bekämpft werden kann. Das ist schlicht inadäquat und inakzeptabel.**

**Wir bitten Sie, in der nächsten Verordnung die Datenschutz-konformität, Verhältnismässigkeit und Adäquanz jeweils korrekt zu berücksichtigen.**

Wir möchten Sie ebenfalls um Beizug und **Begutachtung durch den eidgenössischen Datenschutzbeauftragten** bitten und wären dankbar um seine Stellungnahme.

Wie oben erwähnt, ist die Verlinkung und Parallelisierung des Einzelpraxis-Umsatzes pro GLN nicht linear an den Bedarf und die Ärztedichte gekoppelt – eher umgekehrt-proportional. Niemand käme auf die Idee, in einem Spital den Personalbestand zu kürzen, wenn die Umsatzzahlen steigen...

Wie im BSS-Bericht auf S. 14 erwähnt, gibt es verschiedene Herangehensweisen an die Problematik der Zulassungssteuerung. Wir würden sehr begrüßen, wenn die verschiedenen Ansätze kombiniert zur Anwendung käme. Expertenbefragungen und Informationen zum gegenwärtigen Versorgungsgrad, Indikatoren zu Wartezeiten, Patientenaufnahme-Stopps und Arbeitsmarktinformationen (Rekrutierungsbedingungen bei diversen Fachärzten), die gewisse Hinweise zu möglicher Unterversorgung liefern könnten, müssten ebenfalls adäquat in die Modelle integriert werden, wie auch Schätzungen des Versorgungsbedarfs anhand der Morbidität der Bevölkerung und der erforderlichen Behandlungszeit. Die Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren MAS des BFS sollten in diese Analysen mit einbezogen werden. Entgegen der Studienautoren können wir aufgrund der bisherigen Erfahrungen in Bezug auf MAS bestätigen, dass hierfür eine anonymisierte Nutzung der Daten absolut genügend und verhältnismässig ist. **-Art.30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3** müssen in diesem Sinne präzisiert werden und eingefügt werden:

Das BFS übermittelt den im Folgenden genannten Empfängern die folgenden Daten:

- a. BAG: die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Prüfung der Tarife notwendig sind (Art. 43, 46 Abs. 4 und 47 KVG), für die Vertriebsvergleiche zwischen Spitalern (Art. 49 Abs. 8 KVG), für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (Art. 32, 58 und 59 KVG) für die Definition der Kriterien und der methodischen Grundsätze zur Festlegung der Höchstzahlen (Art. 55a Abs. 2 KVG) und für die Veröffentlichung von Daten (Art. 59a Abs. 3 KVG);
- b. zuständige kantonale Behörden: Die in Artikel 30 genannten Daten **bereinigt, anonymisiert und aggregiert** soweit sie für die Festlegung der

Höchstzahlen notwendig sind, **sobald ein entsprechendes methodologisch und wissenschaftlich adäquates Modell erarbeitet ist** (Art. 55a KVGKVG)

**b) KVV UND QUALITÄTSAUFLAGEN:**

Qualität wird unserer Meinung nach insbesondere durch eine hochwertige Aus- und Weiterbildung gewährleistet, sowie durch eine adäquate Vernetzung und eine angepasste Feed-Back-Kultur in den auszubauenden Netzwerken, in denen der Patient eine wichtige Rolle zu spielen hat. In diesem Sinne ist von einer gesetzlichen Verpflichtung zu administrativen, kostengenerierenden 'Qualitäts-Massnahmen' wie formalisierter, kostenpflichtiger Qualitätsmanagementsystemen im Setting von Einzelpraxen abzusehen. **Ebenfalls ist nicht zulässig, dass die theoretische Anbindung an noch gar nicht existierende Systeme per Verordnung verpflichtend wird.**

**c) REGISTERVERORDNUNG Leistungserbringer im ambulanten Bereich**

Das Register über der Leistungserbringer im ambulanten Bereich **soll dem BFS als neutrale, anerkannte und datenkompetente Stelle der öffentlichen Statistik anvertraut werden** und den Auflagen des Datenschutzes und der Verhältnismässigkeit entsprechen.

Wir danken Ihnen, Herr Bundesrat Alain Berset, werte Damen und Herren für die adäquate Würdigung unserer Stellungnahme und stehen Ihnen für allfällige Rückfragen gerne zur Verfügung.

Sollte die Verordnung über die Zulassung der Ärzte im ambulanten Sektor nicht zurückgenommen und fundamental überarbeitet werden und an die Anforderungen der 'data literacy' und Datenschutzaufgaben in Hinblick auf Adäquanz und Verhältnismässigkeit angepasst werden, behalten wir uns weitere Schritte vor.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Monique Lehky Hagen  
Executive MBA focus healthcare  
Co-Präsidentin KKA

RA Marc Tomaschett  
Geschäftsführer KKA

