

## **Vorentwurf zur kantonalen Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (VHZA)**

### **Änderungsanträge**

#### **Änderungsantrag Regulierungsfaktor (§6) und Gewichtungsfaktor (§7)**

Die Definition der Parameter und deren numerische Herleitung sind genauer darzulegen, damit die Rechtssicherheit gewahrt bleibt.

#### **Begründung**

Die verschiedenen Parameter und deren numerische Berechnungen sind ungenügend erläutert und nicht nachvollziehbar, so dass sie der Gesundheitsdirektion erheblichen Spielraum lassen und folglich zu Rechtsunsicherheit führen.

In den Erläuterungen zum Vorentwurf der vorliegenden Verordnung weist die Gesundheitsdirektion selber darauf hin, dass die Datengrundlagen zum Teil fehlen (z.B. fehlende BSS-Befragung).

Ebenfalls in den Erläuterungen wird erwähnt, dass die vom EDI veröffentlichten Versorgungsgrade Unsicherheiten aufweisen.

Besonders wichtig scheint uns hier die Tatsache, dass der Kanton Zürich immer mehr Zentrumsaufgaben für andere Kantone übernimmt, so dass die Patientenströme in den Kanton Zürich hinein unterschätzt werden.

Ganz generell ist für uns eine detailliertere Differenzierung zwischen den Fachgebieten vorzunehmen. Gerade in den zur Beschränkung vorgeschlagenen Fachgebieten der Radiologie und Urologie ist der Anteil an Notfallbehandlungen erheblich. Dies muss berücksichtigt werden.

Zudem scheint der vorgeschlagene Anpassungsfaktor von 1.03 willkürlich gewählt. Auch hier ist unter den Fachgebieten zu differenzieren. Im weiteren erachten wir die jährliche Steigerung um 3% als zu konservativ. Das Bevölkerungswachstum, die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt, und v.a. die angestrebte Ambulantisierung werden zu wenig berücksichtigt.

#### **Änderungsantrag Festlegung der Höchstzahlen (§8)**

Die Evaluierung des aktuellen Angebots an Ärztinnen und Ärzten (in VZÄ) ist nicht nachvollziehbar. Die Herleitung ist genauer darzulegen, damit die Rechtssicherheit gewahrt bleibt.

#### **Begründung**

In den Erläuterungen wird erwähnt, dass die Erhebung der aktuellen VZÄ auf einem Referenzmonat (November) basiert. Für eine Beschränkung der Wirtschaftsfreiheit mit so

grossen Ausmass wie diejenige des vorliegenden Verordnungsentwurfs und des Risikos der Unterversorgung scheint uns die Datenbasis als ungenügend.

### **Änderungsantrag Geltungsbereich der Beschränkung**

§10, Absatz 1 ändern zu: «Der Beschränkung nach § 8 unterstehen Ärztinnen und Ärzte mit einem *Facharzt* in einem beschränkten Fachgebiet.»

### **Begründung**

Sowohl Facharzt als auch Schwerpunkttitel können als Weiterbildungstitel bezeichnet werden. Es ist darum eine Präzisierung zu «Facharzt» vorzunehmen.

### **Änderungsantrag Geltungsbereich der Beschränkung**

§10, neuer Absatz 3: «Von der Beschränkung ausgenommen sind Ärztinnen und Ärzte, die neben einem Facharzt in einem beschränkten Fachgebiet zusätzlich über einen Facharzt in einem nicht-beschränkten Fachgebiet verfügen.»

### **Begründung**

Insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die über einen Facharzt der Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin, Praktische Ärztin oder Praktischer Arzt, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie) verfügen, müssen von der Beschränkung ausgenommen werden, weil sonst die anerkannte Situation der Unterversorgung in diesen Fachgebieten weiter verschärft wird.

### **Änderungsantrag Bestandesschutz**

§11, neuer Absatz 3: «Für Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. h und n KVG wird in beschränkten medizinischen Fachgebieten eine institutionsbezogene Sollzahl an ambulanten VZÄ festgelegt. Diese orientiert sich am Bestand der bei Inkrafttreten der Verordnung bestehenden ambulanten VZÄ sowie am jeweiligen Leistungs- und Versorgungsauftrag. Bei Personalwechseln, Austritten oder temporären Vakanzen bleibt diese Sollzahl der Institution erhalten. Nachbesetzungen im Umfang der bestehenden Sollzahl sind ohne erneutes Auswahlverfahren zulässig. Zusätzliche VZÄ können im Rahmen einer Anpassung des Gesamtschlüssels bewilligt werden.»

In diesem Zusammenhang ist auch im Titel das «personenbezogene» zu streichen.

### **Begründung**

Der Bestandesschutz muss auch für die Institutionen gelten, da sonst die Versorgungssicherheit gefährdet ist. Wenn Spitäler keine Zulassungs-VZÄ haben, dann sind sie der Marktmacht der Ärzte ausgeliefert. Das wirkt honorar- und kostentreibend. Dazu kommt, dass damit faktisch ein Markt entstünde, in dem nicht nur Personen, sondern auch Zulassungen über Lohn- und Gehaltsangebote abgeworben werden können. Das wäre aus Sicht der Versorgungssicherheit problematisch.

Dazu kommt, dass der Bestandesschutz für die stationäre Versorgung elementar ist. Wenn ein Arzt im Spital X zu 50% stationär und 50% ambulant arbeitet und dann das Spital verlässt, dann müsste das Spital einen Nachfolger suchen, der „nur« 50% stationär arbeitet. Damit wäre das Spital einem grossen Wettbewerbsnachteil ausgesetzt, hätte grosse Mühe, Nachfolger zu finden und somit wäre die stationäre Versorgung und damit der Leistungsauftrag gefährdet.

### **Änderungsantrag Übertragung**

Neuer Paragraph: «Zugelassene Ärztinnen und Ärzte können ihre Zulassung für ein beschränktes medizinisches Fachgebiet auf einen anderen Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. h und n KVG übertragen, sofern sie zum begünstigten Leistungserbringer ein Anstellungsverhältnis begründen. Bei Auflösung des Anstellungsverhältnisses verbleibt die Zulassung beim begünstigten Leistungserbringer.»

### **Begründung**

Spitälern müssen die notwendigen VZÄ zugeteilt werden, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Wenn Spitäler keine Zulassungs-VZÄ haben, dann sind sie der Marktmacht der Ärzte ausgeliefert. Das wirkt honorar- und kostentreibend.

Dazu kommt, dass die Zuteilung der VZÄ für die stationäre Versorgung elementar ist. Wenn ein Arzt im Spital X zu 50% stationär und 50% ambulant arbeitet und dann das Spital verlässt, dann müsste das Spital einen Nachfolger suchen, der „nur« 50% stationär arbeitet. Damit wäre das Spital einem grossen Wettbewerbsnachteil ausgesetzt, hätte grosse Mühe, Nachfolger zu finden und somit wäre die stationäre Versorgung und damit der Leistungsauftrag gefährdet.

### **Änderungsantrag Ausbildungsstätten**

Neuer Paragraph: «Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. h und n KVG mit Ausbildungsauftrag können zur Sicherstellung der Ausbildung künftiger Fachkräfte auch in beschränkten medizinischen Fachgebieten Nachbesetzungen vornehmen.»

### **Begründung**

Für die Sicherstellung der Weiterbildung ist ein Mindestbestand an erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten zwingend erforderlich. Dieser Besetzungsstand ist keine betriebliche Dispositionsgrösse, sondern Voraussetzung für die Weiterbildungsanerkennung und Ausbildungsqualität.

### **Änderungsantrag Auswahlverfahren bei Gesuchsüberhang**

§14, Absatz 2, Litera a ändern zu: «Vorlage eines schriftlichen Nachweises über eine geplante Praxisübernahme oder Wiederbesetzung einer Stelle in einem Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. h und n KVG, wobei die bisherige fachliche Ausrichtung der Praxis oder der Stelle des Leistungserbringers gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. h und n KVG mit dem *Facharzt*titel des Gesuchstellers oder der Gesuchstellerin übereinstimmt.»

### **Begründung**

Die vorgesehene doppelte Gewichtung einer Praxisübernahme bei Gesuchsüberhang benachteiligt faktisch die Spitäler. Spitäler bilden aber die zukünftigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus – die Praxen selbst tun das nicht. Die Versorgungssicherheit muss darum in der Systematik reflektiert werden.

### **Änderungsantrag Entscheid**

In zusätzlichen Absätzen ist das Rechtsmittelverfahren präziser zu formulieren. Wenn bspw. ein abgewiesenes Spital gegen die Zulassung eines Mitbewerbers oder eines niedergelassenen Arztes rekurriert, bleibt dann die Zulassung während des Verfahrens hängig und muss dadurch eine Unterversorgung in Kauf genommen werden? Zudem ist eine Frist für den Entscheid zu definieren.

### **Weitere Bemerkungen**

- In der Radiologie sind die Anzahl Bildgebungen unabhängig von der Anzahl der im Kanton Zürich zugelassenen Radiologinnen und Radiologen. Die Zuweisungen zur Radiologie erfolgen durch Grundversorger oder andere Fachdisziplinen, unabhängig der Anzahl Radiologinnen und Radiologen. Die Befundung kann auch in einem anderen Kanton oder gar Ausland stattfinden. D.h. die Anzahl Bildgebungen ist unabhängig von der Anzahl zugelassener Radiologinnen und Radiologen. Für die Anzahl Bildgebungen ist vielmehr die Anzahl Geräte ausschlaggebend. Die Beschränkung der Radiologinnen und Radiologen macht aus diesen Gründen keinen

Sinn. Im Gegenteil, der Gesundheits- und Wirtschaftsstandort Kanton Zürich wird geschwächt.

- Dieses Beispiel zeigt exemplarisch auf, dass die vorgeschlagenen Grundlagen, Parameter und Berechnungen zu überarbeiten sind, um die fachspezifischen Gegebenheiten zu berücksichtigen.

## Allgemeine Rückmeldung

### **Die Vorlage widerspricht einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung, wirkt lohn- und kostentreibend, schwächt den inländischen Nachwuchs und hemmt die Verlagerung von stationär zu ambulant**

Wie schon mehrfach betont, beobachten wir die neue Regulierung zu ambulanten Zulassungsbeschränkungen mit grosser Sorge. Unter dem nicht nachgewiesenen und ohne jegliche Evidenz erhobenen Generalverdacht, dass zur Zeit in gewissen Fachgebieten eine Überversorgung bestehen solle oder der ebenfalls nicht nachgewiesenen Korrelation, dass eine hohe Ärztedichte zu Überbehandlung führe, soll ein planwirtschaftliches Instrument eingeführt werden. Mit einer äusserst komplexen Methode, die auf Vergangenheitsdaten beruht, will man, einen "objektiven" zukünftigen Bedarf für jede Facharztgruppe und jede Region ableiten können, ohne dabei das Bevölkerungswachstum, den demografischen Wandel, den technologischen Fortschritt, die zunehmende Spezialisierung der Medizin und die Verlagerung von stationär zu ambulant zu berücksichtigen. Die erhoffte positive Wirkung dieser komplexen Methode ist weder wissenschaftlich nachgewiesen noch kann sie aufgrund von Erfahrungen bestätigt werden.

Eine Regulierung der Zulassung ohne Einbezug zukünftiger Entwicklungen läuft dem obersten Ziel einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen Versorgung entgegen. In der Folge entsteht eine komplette Planwirtschaft mit ungewissem Ausgang, die es in einem wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen zu vermeiden gilt.

Der bereits heute bestehende Fachkräftemangel wird durch die Zulassungsbeschränkung verschärft, der angestrebte und auch politisch gewollte Ausbau des ambulanten Bereichs stark erschwert sowie die attraktive Ausgestaltung des Ausbildungsbereiches für Ärztinnen und Ärzte behindert. Die Zulassungsbeschränkung stellt eine starre Regulierung dar, mit der auf kurzfristige Änderungen sowie dynamische Entwicklungen nicht reagiert werden kann. So kann auf das Bevölkerungswachstum, den demografischen Wandel, die Mobilität der Bevölkerung, die sich verändernden Patientenströme und Patientenbedürfnisse und die zunehmende Spezialisierung der Medizin nicht adäquat reagiert werden, so dass Unterversorgung, Qualitätsabbau, Abwanderung von Patientinnen, Patienten, Ärztinnen und Ärzten drohen. Gerade die Abwanderung in andere Kantone schwächt die Gesundheitsversorgung der Zürcher Bevölkerung und den Wirtschaftsstandort Zürich.

Es ist insbesondere davon auszugehen, dass eine Substitution der ärztlichen Tätigkeiten vom neu stärker regulierten ambulanten Bereich in nicht von der neuen Regelung betroffene Bereiche stattfinden wird (stationär statt ambulant, mehr "facharztfremde" Behandlungen z.B. bei Vor- und Nachsorge, Abwanderung in nicht eingeschränkte Regionen und Kantone oder ins Ausland, veränderte Weiterbildungsschwerpunkte). Im spitalambulanten Bereich sehen wir bedeutende mögliche Nebenwirkungen der Zulassungsbeschränkung, wie:

- Fehlanreize, wenn Kantone unterschiedlich regulieren, wie es sich momentan abzeichnet. Ärztinnen und Ärzte werden in andere Kantone umziehen, womit die Versorgungssicherheit der Zürcher Bevölkerung geschwächt wird,
- Erschwerte Reaktion auf geänderte Bedürfnisse und Nachfrageschwankungen (Vorhalteleistungen),
- Erschwerte Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte,
- Attraktivitätsverlust für Auszubildende und Ausbildungsstätten, da die Beschäftigung nach der Ausbildung nicht gesichert ist. Dadurch wird der Fachkräftemangel verschärft,
- Der Wiedereinstieg ins Berufsleben (hauptsächlich Frauen, Mütter) wird erschwert, was den Fachkräftemangel intensiviert und Gleichberechtigungsanliegen beeinträchtigt,
- Teilzeitarbeitsmodelle werden erschwert und damit die Vereinbarkeit von Beruf und Familie,
- Patientinnen und Patienten haben einen erschwerten Zugang, eine eingeschränkte Wahlfreiheit, Unterversorgung und Qualitätsabbau drohen,
- Behinderung der Ambulantisierung und damit auch Anheizen der Kostenentwicklung,
- Verminderte Anpassungsfähigkeit auf die medizinische Entwicklung und neue therapeutische Möglichkeiten,
- Umsetzungskosten durch das Monitoring sowohl bei Kanton als auch in den Spitälern,
- Höhere Lohnkosten für Ärztinnen und Ärzte, da Knappheit Preise treibt,
- Kollateralschäden in nicht beschränkte Fachbereiche. Viele Fachbereiche, wie die vier zu beschränkenden, haben einen interdisziplinären Inhalt (z.B. auch in der Notfallversorgung) und sie dienen als Unterstützung für andere Fachbereiche. Die geplante Beschränkung erschwert die weitere Stärkung der koordinierten und abgestimmten Versorgung und schwächt die Grund- und Notfallversorgung.

Wie sich in der hausärztlichen Grundversorgung zeigt, ist eine bestehende Unterversorgung kaum mehr zu korrigieren. Die vorgeschlagene Zulassungsbeschränkung birgt das grosse Risiko, auch in der spezialisierten Medizin eine Unterversorgung zu erleiden. Bereits heute können in vielen Fachbereichen nur noch Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland rekrutiert werden, da es in der Schweiz zu wenig Auszubildende und Ausbildungsplätze gibt. Dies wird mit der Zulassungsbeschränkung zusätzlich verschlimmert, da sich Schweizer

Ärztinnen und Ärzte nicht mehr in den beschränkten Fachbereichen weiterbilden lassen werden und Ausgebildete die Ausbildungsstätte nicht verlassen können.

Weiter wird die Qualität der Gesundheitsversorgung gefährdet, weil das gegen oben starre Angebot auf Nachfrageschwankungen mit Wartezeiten reagieren muss. Sollte es im Spital auf einmal darauf ankommen, ob eine Ärztin oder ein Arzt überhaupt berechtigt ist, ambulant abzurechnen oder nicht, könnte dies auch bei der Vor- und Nachsorge von Operationen negative Effekte auf die Behandlungsqualität haben. Zudem wird die eigentlich gewünschte Ambulantisierung erschwert. Gerade wenn Spitäler ihren ambulanten Bereich in den nächsten Jahren stark umbauen sollen, behindern die ambulanten Zulassungsbeschränkungen und die aktuell damit verbundene Unsicherheit zu deren Ausgestaltung die Strategien dazu beträchtlich. Die Planungssicherheit nimmt ab.

Insgesamt trägt die neue Regulierung zu einer Zementierung der heutigen Versorgungsstrukturen bei. Geänderte Bedürfnisse, Patientenströme, Umgang mit Nachfrageschwankungen und mehreren Facharzttiteln und offenen Stellen fließen, wenn überhaupt, erst stark verzögert ins planwirtschaftliche Modell ein und die Flexibilität der Gesundheitsversorgung wird stark eingeschränkt.

Damit die möglichen negativen Folgen ausbleiben, beantragen wir einen kompletten Verzicht auf die Umsetzung der Zulassungsbeschränkung.

### **Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte darf nicht weiter behindert, sondern muss intensiviert werden**

Ganz im Gegenteil zur Zulassungsbeschränkung erhoffen wir uns von der Gesundheitsdirektion, dass sie zusätzliche Anstrengungen unternimmt, um mehr Ärztinnen und Ärzte in allen Fachbereichen auszubilden. Dazu gehört auch, dass die Ausbildungsplätze in den Gesundheitsinstitutionen kostendeckend vergütet werden. Sollte dies nicht gelingen, so wird die Abhängigkeit von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland weiter zunehmen.

Nur so kann die bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Versorgung angesichts des Bevölkerungswachstums, des demografischen Wandels und der zunehmenden Spezialisierung der Medizin aufrechterhalten werden. Es gilt, einen Personalmangel zu vermeiden, wie er sich aktuell schon bei der Notfall- oder Grundversorgung zeigt.