



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

An den Vorsteher des  
Eidgenössischen Departements des Inneren  
Herr Pascal Couchepin  
Inselgasse 1  
3003 Bern

Ort, Datum  
Ansprechpartner

Bern, 7. September 2009  
Martin Bienlein

Direktwahl  
E-Mail

031 335 11 13  
martin.bienlein@hplus.ch

**Anhörungsantwort Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung VEZL (Zulassungsstopp)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir bedauern es, dass wir nur auf unsere Intervention hin zur Anhörung zur Revision des Zulassungsstopps eingeladen worden sind. Als Spitzenverband aller Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen erwartet H+ Die Spitäler der Schweiz, dass wir in Zukunft in die regulären Vernehmlassungen mit den entsprechenden Fristen eingeladen werden und dass so die Rechtsgleichheit gewahrt bleibt.

Unsere Befragung der Mitglieder hat zu sehr vielen Reaktionen geführt, da die Spitäler und Kliniken von der Verordnungsrevision sehr stark betroffen sind. Unsere Antwort beruht auf dieser Befragung.

**Der Zulassungsstopp schafft schwerwiegende Probleme und Widersprüche im Alltag der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen und er behindert eine effiziente medizinische Versorgung. Wir gehen deshalb noch einmal ausführlich auf die Ablehnungsgründe eingehen, damit Sie unsere Änderungsvorschläge nachvollziehen können.**

## **Planung bedeutet Rationierung**

Die kantonale Planung via Bedürfnisfestlegung bedeutet nichts anderes als eine Kapazitätsbeschränkung in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen und damit Rationierung.

Es ist eine Tatsache, dass niedergelassene Grundversorger weniger für Notfallbehandlungen zur Verfügung stehen, was zu Warteschlangen in den Spitalnotfällen führt. Verschiedene Fachbereiche sind davon besonders betroffen, namentlich die Pädiatrie und Psychiatrie. Sie kennen bereits heute Warteschlangen und Personalmangel.

Wenn die H+ Mitglieder nicht mehr das notwendige Personal anstellen dürfen, geht dies zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Dies lehnt H+ entschieden ab.

## **Grundsätzliche Ablehnung des Zulassungsstopps - keinesfalls Verlängerung nach 2011**

H+ hat sich bereits während der parlamentarischen Beratung gegen die Unterstellung der Spitalangestellten unter den Zulassungsstopp gewehrt. Unsere Mitglieder haben lehnen eine Planung der ambulanten Leistungen strikte ab. **Eine Verlängerung nach 2011 werden wir mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln bekämpfen.**

Der ständige Regimewechsel verunsichert die Spitäler. Sollen sich die Spitäler nun auf das medizinisch und volkswirtschaftlich sinnvolle Prinzip ambulant vor stationär ausrichten oder wieder vermehrt stationär behandeln? Die planerischen Eingriffe in den komplexen Spitalbetrieb, hier in die Personalpolitik, verunmöglichen jegliche unternehmerische Planung.

## **Zulassungsstopp zielt an den wirklichen Problemen vorbei**

Die Kantone können die Probleme der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen, nämlich die Engpässe bei den Ärztinnen und Ärzten, nicht mit der Planung des ärztlichen Personals der Spitalambulatorien lösen. Wir haben einen Personalmangel – nicht einen Überschuss! Spitäler und Hausärzte haben vielerorts gute Kooperationen gefunden, um Lücken zu schliessen, z.B. im Kantonsspital Baden. Diese sind praxisorientiert und werden von allen Beteiligten getragen. Die Kantone müssen hierzu nicht involviert werden.

## **Zulassungsstopp ist widersprüchlich**

Der Zulassungsstopp schafft sechs unnötige Widersprüche zur aktuellen Situation:

### **1. Mehr oder weniger Ausbildung?**

Das Bundesamt für Gesundheit unterstützt einerseits die Ausbildung von mehr Medizinalpersonal, um den zukünftigen Behandlungsbedarf zu decken. Andererseits sollen Stellen via Zulassungsstopp beschränkt werden.

Der Zulassungsstopp setzt den jungen Menschen, die in den kommenden Jahren vor ihrer Berufswahl stehen, ein falsches Zeichen. Er verschärft damit den vorhandenen Nachwuchsmangels in der Pflege und der Medizin. Die medizinischen Berufe müs-

sen attraktiv bleiben, wenn wir in Zukunft die medizinische Versorgung aufrecht erhalten wollen.

Die Assistenzärztinnen und -ärzte müssen gemäss der Weiterbildungsordnung explizit im ambulanten Bereich arbeiten. Die Rationierung qualifizierter Leistungserbringer in den Spitalambulatorien führt direkt zum Abbau von Aus- und Weiterbildungsleistungen und gefährdet den Bildungsauftrag. Die verfügbaren Fachärztinnen und -ärzte müssen ihre Tätigkeit auf die Dienstleistungserbringung konzentrieren anstatt auch auszubilden.

Hinzu kommt, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte in der Regel das Spital für ihre Ausbildung wechseln müssen. In den Weiterbildungsordnungen gibt es klare Vorgaben betreffend die Ausbildung in Spitalambulatorien, z.B. besonders wichtig für die Erlangung des Facharztstitels für Psychiatrie und Psychotherapie.

Nicht nur Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung sind betroffen. Die Spitäler müssen auch arbeitsrechtliche Auflagen erfüllen, die zu mehr Personal führen: Reduktion der Maximalarbeitszeit, Ruhezeiten nach Pikettdienst, Nachtarbeit und 5- oder 7-Tage-Woche.

Fazit: Der Zulassungstopp in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen gefährdet den genügenden Personaleinsatz und folglich die Versorgungssicherheit.

## **2. Mehr oder weniger Qualität?**

Das Bundesamt für Gesundheit setzt sich für eine Qualitätssicherung in den Spitälern ein. Gleichzeitig stellt es Regeln zum Personalabbau und damit zum Qualitätsabbau auf. Der Zulassungstopp verhindert die Bildung von Kompetenzzentren und behindert den medizinischen Fortschritt, wenn keine Weiterentwicklung des medizinischen Angebots stattfinden darf.

Fazit: Zur Sicherung der Qualität ist der Zulassungstopp abzulehnen.

## **3. Ambulant oder stationär?**

Die Kantone wollen versorgungspolitisch von stationär auf ambulant umstellen und sollen nun die ambulanten Leistungen via Zulassungstopp beschränken.

Die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen ist ein Erfolg des medizinischen Fortschritts und ist politisch gewünscht. Einige Kantone verlangen explizit eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen, z.B. Bern.

Für die Psychiatrie sind ambulante Behandlungen zur Integration von zentraler Bedeutung. Die Entwicklung der Psychiatrie richtet sich nach dem Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“ (offizieller Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK, Juli 2008). Es kann nicht angehen, eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu fordern und dann umgehend das – für die immer noch gleiche Anzahl Behandlungen – notwendige ärztliche Personal per Zulassungstopp zu kürzen.

Fazit: Der Zulassungstopp behindert die medizinisch sinnvolle Verlagerung von stationär zu ambulant und ist deshalb abzulehnen.

#### **4. Aufnahmepflicht oder Behandlungsabbau?**

Die Kantone verpflichten die Spitäler zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten. Die Spitäler sollen aber nun die hierzu notwendigen Ressourcen kürzen. Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen können wegen der Aufnahmepflicht nur einen Teil der Patientenströme selber beeinflussen. Der Zulassungsstopp führt dazu, dass die Betriebe ihrer Aufnahmepflicht nicht mehr nachkommen und somit ihre Leistungsaufträge nicht mehr erfüllen können.

Fazit: Zur Sicherung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, namentlich der Aufnahmepflicht, ist der Zulassungsstopp abzulehnen.

#### **5. Kostensteigerung oder Kostensenkung?**

Der Zulassungsstopp beabsichtigt Kostensenkung, führt aber zur Kostensteigerung. Denn die Verordnung beraubt die Betriebe jeder Flexibilität und unternehmerischer Freiheit zur Effizienzsteigerung.

Die Leistungssteigerung im ambulanten Bereich entspricht der eidgenössischen und den kantonalen Gesundheitsplanungen der letzten 10 Jahre. Diese hatten das Ziel, stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern. Die Spitäler und Kliniken haben das Wachstum der stationären Leistungen und deren Kosten durch die Verlagerungen in den deutlich günstigeren ambulanten Bereich wesentlich gebremst. Die kantonale Planung soll nun einen Deckel auf ambulante Spitalbehandlungen setzen und verhindert so eine Kosteneinsparung.

Die Fallpauschalen SwissDRG werden die medizinischen Prozesse weiter optimieren. Mit dem vorgeschlagenen Zulassungsstopp wird aber den Spitälern der notwendige Handlungsspielraum zwischen stationären und ambulanten Prozessen entzogen. Die volkswirtschaftlich sinnvolle Verkürzung von Behandlungs- bzw. Aufenthaltsdauern wird unterbunden. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass in Deutschland mit der Einführung der DRG das Spitalambulatoriumsverbot gerade aufgehoben wurde.

Ambulante Tätigkeit ist häufig ein integraler Einkommensbestandteil der Spitalärzte. Ein Wegfall führt neben Rekrutierungsschwierigkeiten zu Forderungen nach Lohnerhöhungen.

Zu beachten ist schliesslich, dass die vorgesehenen Regelungen die administrative Zusatzarbeit in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen erhöhen, indem sie neue Auflagen erfüllen und Abklärungen machen müssen. Auch bei den Kantonen fällt neue Arbeit an. Damit erhöhen sich die Kosten für das Gesundheitswesen, ohne dass Patientinnen und Patienten einen direkten Nutzen haben werden.

Fazit: Zur Sicherung einer modernen, effizienten, günstigen medizinischen Versorgung ist der Zulassungsstopp abzulehnen.

#### **6. Freie Spitalwahl oder nicht?**

Der Zulassungsstopp ist ordnungspolitisch systemfremd. Das eidgenössische Parlament hat Ende 2007 die freie Spitalwahl eingeführt (Art. 41 Abs. 1bis KVG); der Zulassungsstopp schränkt diese über beschränkte Kapazitäten wieder ein. Es gibt kei-

ne Gründe, die freie Spitalwahl jetzt wieder aufzuheben. Zusammen mit der Leistungsplanung der stationären Behandlungen gemäss KVG-Revision Spitalfinanzierung hat der Patient oder die Patientin keine Wahlfreiheit mehr, respektive nur noch bis zur Erschöpfung des Kontingents eines Spitals. Der zuerst angestrebte Wettbewerb unter den Spitälern wird im Keim erstickt. Wie soll ein Spital in einem Fachgebiet in Konkurrenz zu einem anderen Spital treten, wenn es keine entsprechenden Fachärzte anstellen darf? Die Zentrumsbildung, zum Beispiel Aargau, Basel-Land und Basel-Stadt, wird verhindert. Die in der KVG-Revision Spitalfinanzierung angestrebten überkantonalen Regionen werden zu Gunsten des Kantönligestes wieder zurückgebunden.

Die Patientinnen und Patienten werden die Limitierung umgehen und in andere Kantone ausweichen. Krankheiten sind durch kantonale Bedürfnisfestsetzungen nicht zu bestimmen.

Fazit: Die Eigenverantwortung der PatientInnen wird mit dem Zulassungsstopp massiv untergraben und mündet in einer Bevormundung. Aus ordnungspolitischer Sicht ist der Zulassungsstopp abzulehnen.

**Aus all diesen Gründen ist es für H+ zentral, dass der vom Parlament beschlossene Zulassungsstopp unter Einbezug der Spitäler nicht länger als der 31. Dezember 2011 besteht. Der Bundesrat darf auf keinen Fall eine Verlängerung beantragen.**

## **Unnötige Praxisprobleme**

Der Zulassungsstopp schafft unnötige Praxisprobleme:

### **1. Abbau der unternehmerischen Flexibilität**

Bei der absehbaren weiteren Verschiebung der Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte laufend in Bewegung. Oben wurden bereits diverse Probleme der Unternehmen erwähnt, die durch den Zulassungsstopp entstehen: Der Zulassungsstopp behindert die Verlagerung von stationär zu ambulant. Er behindert Ausbildungen, provoziert einen Nachwuchsmangel und gefährdet die zukünftige Versorgung. Er gefährdet die Umsetzung des Arbeitsgesetzes. In den kommenden Jahren müssen die Spitäler mehr Personen anstellen, zum Beispiel Frauen im Teilzeitpensum. Die Beschränkung auf eine gewisse Anzahl Personen steht dem entgegen.

Fazit: Die Unterstellung der Spitäler unter den Zulassungsstopp raubt diesen die unternehmerische Flexibilität.

### **2. Häufige Arztwechsel**

Wie können die Betriebe notwendiges Personal anstellen, wenn die Kantone die Bedürfnisse festgelegt haben? Wechselt ein Arzt vom Spital weg, muss das Spital die-

sen in jedem Fall ersetzen können. Im Gegensatz zu Ärzten in Praxen wechseln Spitalärztinnen und -ärzte die Stelle oft.

Fazit: Das Kriterium der Anzahl Personen ist ungenügend. Besser ist es, in Vollzeitstellen zu rechnen.

### **3. Ambulant ist nicht gleich ambulant**

Was ist „der ambulante Bereich in Spitälern“?

Die Spitäler und Kliniken haben in den letzten Jahren die stationären Aufenthalte verkürzen können, dass sie Teile der Behandlungen ambulant erbringen, z.B. vorgelegte Diagnosen und vor- oder nachgelagerte Therapien. Es gibt viele Behandlungen, die an eine Spitalinfrastruktur gebunden sind, zum Beispiel in der Ophthalmologie, Onkologie, Urologie und für gewisse gastroenterologische und gynäkologische Untersuchungen.

Dies gilt umso mehr seit der KVG-Revision Spitalfinanzierung, die die früher teilstationären Behandlungen dem ambulanten Bereich zugeordnet hat.

### **4. Unlösbare Unterscheidung der Anstellung**

Wie werden Personen der ambulanten Leistungserbringung von Personen der stationären Leistungserbringung unterschieden? Das ärztliche Spitalpersonal ist nicht entweder den ambulanten oder den stationären Patientinnen und Patienten zugeordnet. Die Teams sind identisch. Sollen in Zukunft zwei separate Teams angestellt werden? Eine solche Unterteilung würde den Betrieb völlig unflexibel machen und verteuern.

Unklar ist in diesem Zusammenhang auch, wie Belegärztinnen und -ärzte behandelt werden.

**Der Bundesrat ist eingeladen, die vorübergehende Unterstellung der ambulanten Spitalleistungen unter den Zulassungsstopp auf ein sinnvolles und verträgliches Mass beschränken. Behandlungen, Diagnosen und Therapien in Zusammenhang mit einer stationären Behandlung und solche, die eine Spitalinfrastruktur benötigen, sind vom Zulassungsstopp auszunehmen.**

### **5. Rechtssicherheit – klare Fristen und Prozesse**

Es entsteht mit der Verordnung eine neue Rechtsunsicherheit bei den kantonalen Zuteilungskriterien, bei den Fristen und bei der Dauer. Welche Regeln gelten für die kantonale Bedürfnisfestlegung? Wie lange gilt die Bedürfnisfestlegung der Kantone? Können die Betriebe überhaupt noch eine Mittelfristplanung vornehmen? Wie ist der praktische Ablauf? Wie können Bedürfnisse nachgemeldet werden?

Um die Umsetzung der Verordnung landesweit im Sinne der Gleichbehandlung sicherzustellen, müsste eine nationale Definition zur Abgrenzung der Tätigkeiten stationär / ambulant für einzelne Ärzte bestehen. Eine solche Definition ist allerdings

kaum realisierbar, denn viele Assistenz- und Oberärzte sind in den Spitälern gleichzeitig im ambulanten und stationären Bereich tätig. In der Praxis ist es nicht möglich, einen klaren, anstellungsbezogenen Trennstrich zu ziehen.

**Die Verordnung muss mehr Rechtssicherheit für die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen schaffen und nicht noch weniger!**

### **Flexibilität der Meldung: keine namentliche Meldung von Ärztinnen und Ärzten**

Es sprechen 4 Gründe gegen eine namentliche Meldung der im Spital angestellten Ärztinnen und Ärzte:

1. Das Spital nach Art. 39 KVG ist als Einheit zugelassen. Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen regeln ihre Personalwahl selbst. Es kann nicht angehen, dass die Kantone über den Zulassungsstopp in die Personalpolitik der Betriebe eingreifen.
2. Bei Abgängen könnten die Spitäler nur eine im gleichen Kanton angestellte Person wieder anstellen. Sonst müsste die Stelle vakant bleiben, so dass die Versorgung nicht mehr gesichert wäre.
3. Unklar ist der Status der Assistenzärztinnen und -ärzte, die delegiert spezialisierte Leistungen erbringen. Würden diese unter den Zulassungsstopp fallen, so werden die ärztliche Weiterbildung und die Ausbildung zum Facharzt massiv eingeschränkt und die sich abzeichnende Personalknappheit in einigen Disziplinen zusätzlich verschärft. Genau das brauchen die Spitäler und Kliniken im Hinblick auf den erwarteten Ärztemangel in keiner Art und Weise.
4. Auch das datenschutzrechtliche Verhältnismässigkeitsprinzip spricht gegen eine namentliche Nennung der Ärzteschaft.

**Die Meldepflicht nach Artikel 5 Abs. 4 VEZL muss den spezifischen Bedürfnissen der Betriebe, ihrer Organisation und Personalpolitik entgegen kommen. Deswegen ist es für H+ zentral, dass die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen keine namentliche Nennung der Spitalärztinnen und -ärzte vornehmen müssen, sondern dass die Nennung der Anzahl der Vollzeitstellen dem Gesetz genügt.**

Die H+ Stellungnahme zu den einzelnen Artikeln entnehmen Sie bitte der beigelegten Tabelle.

Wir bitten Sie höflich, unsere Anliegen zu berücksichtigen und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Wegmüller', written in a cursive style.

Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor

Beilage



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

**Stellungnahme H+ zur Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung VEZL (Zulassungsstopp)**

Artikel VEZL	Kurzbeschreibung	H+ Position	Begründung
Art. 1a neu formuliert	Einbezug der Spitäler Bedürfnis als Element der kantonalen Planung  i.V.m. Art. 1 Verweis auf die Maximalzahlen gemäss Anhang 1	Die Verordnung muss Kriterien nennen, nicht Zulassungszahlen.	Wir lehnen eine Bedürfnisklausel ab. Wenn eine solche dennoch eingeführt wird, ist es sehr wichtig, dass die Kantone frei sind, ob sie handeln sollen oder nicht ("Kann-Vorschrift").  H+ ist der Meinung, dass die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte kein sinnvolles Zulassungskriterium für die Spitäler ist. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzten kann alleine schon deshalb kein gutes Zulassungskriterium sein, weil die Teilzeittätigkeit laufend zunimmt und sich manchmal mehrere Fachpersonen eine Stelle teilen. Die Anzahl kann also je nach dem ein völlig falsches Bild abgeben.  Der Einbezug der Ärztinnen und Ärzte, die ambulant Spitalleistungen erbringen, sowie die Bedürfnisabhängigkeit entsprechen dem Gesetz.

Artikel VEZL	Kurzbeschreibung	H+ Position	Begründung
Abs. 3 (neu)	Ausnahmen	<b>Ausgenommen sind Ärztinnen und Ärzte, die eine ambulante Behandlungen in Zusammenhang mit einer stationären Behandlungen vornehmen oder eine ambulante Behandlung vornehmen, die eine Spitalinfrastruktur voraussetzt.</b>	Ambulant ist nicht gleich ambulant. Viele ambulante Behandlungen sind nicht mit jenen der Arztpraxen vergleichbar und gehören deswegen nicht dem Zulassungsstopp unterstellt.
Art. 2 Abs. 3 neu	Möglichkeit der Kantone, die Höchstzahlen des Anhang 1 zu senken	Streichen oder zumindest als Richtzahlen bezeichnen.	H+ warnt vor einer Senkung der Höchstzahlen. Dies kommt einer Rationierung gleich, unter der schliesslich die Patientinnen und Patienten leiden. Falls der Bundesrat von seinem Recht Gebrauch machen will, die Zulassung von einem Bedürfnis abhängig zu machen, hat er entsprechenden Kriterien festzulegen. Es stellt sich für uns die Frage, ob die Festlegung von Höchstzahlen dieser gesetzlichen Forderung entspricht. Denn dabei handelt es sich unseres Erachtens nicht um ein Kriterium, welches ein Bedürfnis definiert, sondern es werden direkt Beschränkungen festgelegt. Der Bund ist aber viel zu weit weg von der Praxis, um festlegen zu können, wie viele Ärzte mit einem bestimmten Facharzttitel es in einem bestimmten Kanton braucht. Die Festlegung von Höchstzahlen ist deshalb unserer Auffassung nach gesetzwidrig oder zumindest in der Praxis un-

Artikel VEZL	Kurzbeschreibung	H+ Position	Begründung
			tauglich. Der Bundesrat gibt dies eigentlich selbst zu, indem er den Kantonen das Recht einräumt, von der Höchstzahl abzuweichen (Art. 2 Abs. 1 lit. a). Es handelt sich somit eher um Richtzahlen. Deshalb beantragen wir, dass sie auch als solche zu bezeichnen sind.
Art. 2 Abs. 4 neu	Möglichkeit der Kantone die Höchstzahlen des Anhang 1	Ändern: „Sie <b>müssen</b> die Höchstzahlen nach Anhang 1 ...“	
Art. 5 Abs. 3	Bestandeswahrung für alle ambulant tätigen Ärzte in den Spitälern		Diese Bestandeswahrung ist ein Minimum, löst aber das Problem der Rationierung nicht, wenn mehr Leistungen ambulant erbracht werden können (medizinisch) und sollen (Kostensenkung).
Art. 5 Abs. 4	Meldepflicht der Spitälern für alle ambulant tätigen Ärzte in den Spitälern	Ändern: „... der Änderung vom ... <b>die Anzahl der Vollzeitstellen</b> in ihrer Einrichtung ...“	Wegen steigendem Frauenanteil und unterjährigen Stellenwechseln benötigen die Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen die unternehmerische Freiheit, um ihre Leistungen erbringen zu können. Siehe Kommentar im Brief.
Art. 6 Abs. 4	Geltungsdauer bis 31. Dezember 2011	Lassen	Keine Fortführung nach 2011.
Anhang 1	Maximale Anzahl Leistungserbringer		Höchstmenge für die kantonalen Bedürfnisse spezifizieren.