

Überprüfung der Versorgungsgrade: Umfrage zur Änderung der Verordnung
Réexamen des taux de couverture en soins : Sondage sur la modification d'ordonnance

Antwort von :
Réponse de :

Kanton / Verein / Organisation
Canton / Fédération / Organisation : Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Abkürzung
Sigle / abréviation : BEKAG

Adresse : Amthausgasse 28, 3011 Bern

Kontaktperson
Personne de contact : Chiara Pizzera

Telefon Nr.
N° téléphone : 031 330 90 00

E-Mail : chiara.pizzera@berner-aerzte.ch

Datum
Date : 04.07.2024

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular an:
Merci de transmettre le formulaire rempli à : tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Überprüfung der Versorgungsgrade: Umfrage zur Änderung der Verordnung
Réexamen des taux de couverture en soins : Sondage sur la modification d'ordonnance

Inhaltsverzeichnis / Sommaire

I.	Allgemeine Bemerkungen zur Überprüfung / Remarques générales sur le réexamen	2
II.	Hergeleitete Versorgungsgrade / Taux de couverture en soins calculés.....	6
III.	Entwurf zur Änderung der EDI-Verordnung / Projet de modification de l'ordonnance du DFI	7

I. Allgemeine Bemerkungen zur Überprüfung / Remarques générales sur le réexamen

Allgemeine Bemerkungen
Remarques générales

Die BEKAG dankt für den Einbezug zur Anpassung der Methode zur Herleitung der Versorgungsgrade sowie zum Entwurf der Anpassung der EDI-Verordnung.

Mit der Anpassung der Methodik 2024 (Einbezug von Schnittstellen zwischen Fachgebieten, Einbezug von neuen Variablen im Regressionsmodell etc.) wurden zum Teil die Anregungen von medizinischen Fachgesellschaften und weiteren Stakeholdern berücksichtigt. Dies löst aber die grundsätzliche Schwachstelle des Konzepts der Berechnung der Versorgungsgrade nicht, welches in verschiedenen Regionen und Fachgebieten zu einem faktischen Berufsverbot im praxisambulanten Bereich mit gravierenden Konsequenzen für die Patientenversorgung und die Versorgungssicherheit in der Schweiz führen kann. Bereits bestehende regionale Unterversorgungen in bestimmten Fachrichtungen können so sogar noch akzentuiert werden.

Versorgungsregionen

Im Schlussbericht von Obsan/BSS über die Überprüfung der Versorgungsgrade und auch in der Verordnung über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade wird mehrfach festgehalten, dass der objektive Versorgungsbedarf an medizinischen Leistungen mit der Methodik zur Berechnung der Versorgungsgrade auf Ebene der Gesamtschweiz nicht gemessen und damit nicht festgestellt werden kann. Die zentrale Grundlage/Rechtfertigung für die allfällige Begrenzung von medizinischen Leistungen fehlt demnach. Zudem weisen die grossen innerkantonalen Variationen in gewissen Fachgebieten darauf hin, dass es Einflussfaktoren gibt, die im Modell nicht ausreichend berücksichtigt werden (z.B. überkantonale Versorgungsregionen). Die grossen kantonalen Unterschiede werden im Schlussbericht des Obsan/BSS nicht weiter (qualitativ) untersucht oder erklärt. Am Beispiel der Kinderchirurgie wird deutlich, dass die Regionalisierung nach Kanton nicht sinnvoll ist, da die Zahlen eher darauf hindeuten, dass die Leistungen in der Kinderchirurgie in den städtischen Zentren bzw. spitalambulant erbracht werden. Eine allfällige

Überprüfung der Versorgungsgrade: Umfrage zur Änderung der Verordnung *Réexamen des taux de couverture en soins : Sondage sur la modification d'ordonnance*

Allgemeine Bemerkungen *Remarques générales*

Begrenzung von kinderchirurgischen Leistungen über die Höchstzahlen, birgt die Gefahr, dass der gesamtschweizerische Bedarf an Leistungen nicht mehr erbracht werden kann (es ist nicht davon auszugehen, dass Kantone mit tiefen Versorgungsgraden (z.B. NE 51%, TG 56%) aktiv anstreben mehr Leistungen im Bereich der Kinderchirurgie anzubieten). Ein Vergleich mit den Zahlen der FMH-Ärzttestatistik (Ärzte werden pro Sektor und Hauptfachgebiet nur einmal gezählt) im Praxissektor zeigen, dass es gesamtschweizerisch nur wenige Ärztinnen und Ärzte (2023, n=12, in 6 Kantonen) im Praxissektor mit Hauptfachgebiet Kinderchirurgie hat. Die medizinischen Leistungen im Bereich Kinderchirurgie werden demnach von Ärztinnen und Ärzten erbracht, welche hauptberuflich im Spital tätig sind.

Obschon das Modell zur Berechnung der Versorgungsgrade den Versorgungsbedarf nicht aufzeigen kann, werden aber mit dem Erlass von Höchstzahlen folgenreiche Eingriffe auf das Versorgungsangebot vorgenommen, welche auch aus verfassungsmässiger Sicht bedenklich sind. Denn diese Eingriffe können sich wiederum auf das Modell bzw. auf die zukünftigen Berechnungen der Versorgungsgrade auswirken (z.B. sinkt der gesamtschweizerische Durchschnitt/Referenzwert der Versorgungsgrade). Es bräuchte einerseits eine, vom Modell unabhängige Messgrösse, welche den tatsächlichen Versorgungsbedarf eruiert (z.B. über eine Begleitforschung, Versorgungsforschung oder über ein nationales Programm) und andererseits Untersuchungen zur Qualität der Versorgung und zu zukünftigen Entwicklungen der Inanspruchnahme/Erbringung von medizinischen Leistungen (z.B. Zunahme an mehrfach chronisch erkrankten Patientinnen/Patienten, Abnahme der Workforce durch vermehrte Teilzeitarbeit der Ärztinnen und Ärzten).

Ermittlung des Angebots: Geleistete Arbeitszeit in Wochenarbeitsstunden

Bei der Ermittlung des Angebots sollten die tatsächlich geleisteten Wochenarbeitsstunden berücksichtigt werden. Die Wochenarbeitsstunden für ein Vollzeitäquivalent einer Ärztin/eines Arztes sind bedeutend höher ([MAS 2018-2021](#) VZÄ rund 50 Stunden/Woche) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ([BFS](#) VZÄ rund 40 Stunden/Woche). Beim Festlegen der Höchstzahlen müsste die Anzahl Ärztinnen und Ärzte unter Berücksichtigung des Beschäftigungsgrads festgelegt werden (z.B. 1 VZÄ = 1.3 Ärztin oder Arzt) und auch, ob die Leistungen/VZÄ im praxisambulanten oder spitalambulanten Sektor benötigt werden.

Ermittlung des Angebots: Doppelerfassungen und Höchstzahlen

Bei der Ermittlung des Angebots, fehlt es an einer geeigneten Datenquelle einerseits aufgrund von Doppelerfassungen (z.B. kann ein Arzt gleichzeitig in MAS und PSA erfasst sein oder in KS und PSA), andererseits fehlt es an gesamtschweizerisch verfügbaren Daten zur Workforce (vgl. obenstehender Punkt: Wochenarbeitsstunden im praxisambulanten und spitalambulanten Bereich).

Weiterbildung

Wichtig ist zu beachten, dass die Festlegung von Versorgungsgraden und dann auch Höchstzahlen dazu führen kann, dass sich die Weiterbildung verlängert, weil erfahrene Ärztinnen und Ärzte länger am Spital tätig bleiben und die Assistenzärztinnen und -ärzte weniger schnell auf ihre für die Erlangung des Facharztstitels notwendigen Fallzahlen kommen. Eine Festlegung von Versorgungsgraden resp. Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte – aufgrund einer Methodik mit vielen Limitationen und einer ungenügenden Datengrundlage hat somit nicht nur Folgen für die aktuelle Versorgung,

Überprüfung der Versorgungsgrade: Umfrage zur Änderung der Verordnung
Réexamen des taux de couverture en soins : Sondage sur la modification d'ordonnance

Allgemeine Bemerkungen
Remarques générales

sondern wirkt sich indirekt auf die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und die Qualität der medizinischen Versorgung in den Spitälern, und somit auf die zukünftige Versorgung aus. Für die Assistenzärztinnen und -ärzte ist es wichtig, dass sie die Möglichkeit haben, sich in einem Kanton ihrer Wahl in freier Praxis niederlassen zu können. Auch um den ärztlichen Nachwuchs zu sichern, ist diese Möglichkeit unentbehrlich. Nur wenn Ärztinnen und Ärzte nach Erlangung ihres Facharzttitels vom Spital in die freie Praxis wechseln können, können junge Assistenzärztinnen und -ärzte an ihre Stelle treten und ihre eigene Laufbahn verfolgen. Die Möglichkeit, in der praxisambulanten Versorgung tätig zu werden, gibt den Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten eine zusätzliche, wichtige berufliche Perspektive ausserhalb der Spitäler. Diese Perspektive ist auch für die Aufrechterhaltung eines guten Arbeitsklimas in den Spitälern von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Abgesehen davon, dass die Methode an und für sich sehr ungenaue Angaben hinsichtlich der Frage liefert, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, weil weiterhin auf die bekannten gesamtschweizerische Annahmen abgestellt wird, die für den Kanton Bern sicher nicht zutreffen, ist uns bezüglich der Regionen 2 effektiv aufgefallen, dass gerade sehr unterversorgte Fachrichtungen zu Unrecht **als überversorgt detektiert** werden. Es handelt sich um die Folgenden:

		Allgemeine Innere Medizin	Gynäkologie und Geburtshilfe	Kinder- und Jugend- psychiatrie	Psychiatrie und Psychotherapie
Bern-Mittelland	BE	103.2%	85.6%	101.3%	109.6%
Emmental-	BE	101.4%	92.4%	85.3%	103.0%
Oberaargau					
Jura bernois	BE	96.4%	111.1%	87.3%	112.4%
Oberland	BE	97.0%	88.3%	80.7%	110.1%
Seeland	BE	97.3%	104.4%	92.3%	104.0%

Es ist denn auch nicht erstaunlich, dass die angebliche Versorgung gemäss Kategorie 1 **für die gelb hinterlegten Fachrichtungen** auch gesamtkantonal über 100% liegen soll: Allgemeine Innere Medizin 100.4%, Kinder- und Jugendpsychiatrie 102.3% und Psychiatrie und Psychotherapie 107.8%. Dies steht in krassem Widerspruch zur Realität und wird mit der Top-Down-Berechnungsmethode, auch wenn man in der Zukunft noch weitere Verbesserungen vornimmt, nie richtig erfasst werden können. Dafür sind die kantonalen Gegebenheiten und die kulturellen Unterschiede einfach zu gross.

Unsere Versorgungsumfrage 2023, welche im docbe 03/2024 publiziert wird, zeigt dementsprechend auf, dass die Fachgebiete Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie und Psychotherapie von den Mitgliedern als die am meisten unterversorgten Fachgebiete eingestuft werden. Es konnte «unterversorgt», «kann ich nicht beantworten», «ausreichend versorgt» und «überversorgt» angekreuzt werden. Bei allen 3 erwähnten Fachgebieten haben mindestens 75% der Mitglieder «unterversorgt» wie folgt angekreuzt: Kinder- und

Überprüfung der Versorgungsgrade: Umfrage zur Änderung der Verordnung
Réexamen des taux de couverture en soins : Sondage sur la modification d'ordonnance

Allgemeine Bemerkungen

Remarques générales

Jugendpsychiatrie 86%, Psychiatrie und Psychotherapie 82% und Hausarztmedizin 75%. Wir fragen uns zusätzlich, ob die Bildung einer Region Bern-Mittelland nicht zu unzulässigen Verzerrungen führt, weil diese Region einerseits die Stadt und Agglomeration Bern, andererseits aber auch sehr periphere Regionen umfasst. Hier hätten eigentlich zwei Regionen gebildet werden müssen.

Fazit:

Die BEKAG ist mit den berechneten Versorgungsgrade und den Entwurf «Verordnung des EDI über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich» inkl. Anhängen trotz der Weiterentwicklungen (welche wir verdanken) nicht einverstanden und verlangt die Fortführung der Weiterentwicklung der Datengrundlage und der Methodik. Die BEKAG und die Ärzteschaft steht gerne für die Weiterentwicklung und Validierung der Berechnungen weiterhin zur Verfügung.

Überprüfung der Versorgungsgrade: Umfrage zur Änderung der Verordnung
Réexamen des taux de couverture en soins : Sondage sur la modification d'ordonnance

II. Hergeleitete Versorgungsgrade / Taux de couverture en soins calculés

Name des Fachgebiets <i>Nom du domaine de spécialisation</i>	Bemerkungen zur Herleitung der Versorgungsgraden Bitte füllen Sie die folgende Tabelle aus, wobei Sie in der ersten Spalte jeweils die Bezeichnung des betreffenden medizinischen Fachgebiets (gemäss Bezeichnung im Schlussbericht von Obsan/BSS) angeben. Eine Zeile entspricht einem medizinischen Fachgebiet. Sie können so viele Zeilen wie nötig hinzufügen. Remarques concernant les taux de couverture calculés <i>Veillez compléter le tableau suivant, en indiquant à chaque fois dans la première colonne, le nom de la spécialité médicale concernée (selon les noms dans le rapport final d'Obsan/BSS). Une ligne correspond à un domaine de spécialité médical. Vous pouvez ajouter autant de lignes que nécessaire.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Nuklearmedizin • Kinderchirurgie • Infektiologie 	<p>Verzicht auf Versorgungsgrade in mehreren Fachgebieten</p> <p>Aufgeführt sind 12 Fachgebiete (T 3.3), die für den Verzicht für die Berechnung der Versorgungsgrade vorgesehen sind. Es wäre zu prüfen, ob folgende Fachgebiete auch in die Auswahl aufgenommen werden sollten: Nuklearmedizin, Kinderchirurgie, Infektiologie aufgrund kleiner Leistungsvolumen. Zudem sollten Kriterien für den Verzicht der Berechnung der Versorgungsgrad festgelegt werden.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Kardiologie • Gastroenterologie • Gynäkologie und Geburtshilfe • Ophthalmologie • Dermatologie und Venerologie • weitere 	<p>Indikator «stationär zu ambulant»</p> <p>Die vorgesehenen Fachgebiete (Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Anästhesiologie, Chirurgie und Orthopädie) erweitern mit Kardiologie, Gastroenterologie, Gynäkologie und Geburtshilfe und Ophthalmologie. Oder für die 10 Fachgebiete mit den grössten Leistungsvolumen (Schlussbericht Obsan/BSS G 4.6, S. 40). Zudem sollten Kriterien für den Verzicht der Berechnung der Versorgungsgrad festgelegt werden.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fachgebiete mit einem Interquartilsabstand (IQR) von ≥ 0.3 	<p>Unerklärt hohe regionale Variation</p> <p>18 Fachgebiete weisen bei den Versorgungsgraden eine Variation von einem Interquartilsabstand (IQR) von ≥ 0.3 auf (Obsan/BSS Schlussbericht S. 47). Es ist anzunehmen, dass es Einflussfaktoren gibt, die diese Variation rechtfertigen (Häufung von Leistungen in spezialisierte Zentren, weniger Leistungen in ländlich geprägten Regionen oder Bergkantonen etc.). Für den Entscheid, ob auf die Berechnung der Versorgungsgrad für bestimmte Fachgebiete verzichtet werden soll, müssen die Gründe für die hohe Variation bekannt sein.</p>

Überprüfung der Versorgungsgrade: Umfrage zur Änderung der Verordnung
Réexamen des taux de couverture en soins : Sondage sur la modification d'ordonnance

III. Entwurf zur Änderung der EDI-Verordnung / Projet de modification de l'ordonnance du DFI

Themen <i>Thèmes</i>	Bemerkungen <i>Remarques</i>
<p>Datum des Inkrafttretens Vorschläge: 1. Januar 2025 oder 1. Juli 2025?</p> <p>Date d'entrée en vigueur : <i>Propositions : le 1^{er} janvier 2025 ou le 1^{er} juillet 2025</i></p>	<p>Das Datum des Inkrafttretens auf das Ende der Übergangsfrist vom 30.06.2025 bzw. 01.07.2025 festlegen.</p>
<p>Entwurf des Änderungserlasses</p> <p>Neuer Art. 4 (bisheriger Art. 4 wird zu Art. 5)</p> <p>Projet d'acte modificateur de l'ordonnance</p>	<p>Neu Art. 4 Anhörung der Verbände</p> <p>Der Kanton ist verpflichtet, die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten im Hinblick auf die Festlegung der Höchstzahlen unter Gewährung einer ausreichenden Frist zur Stellungnahme so anzuhören, dass eine echte Mitarbeit bei der Herleitung eines allfälligen Gewichtungsfaktors gemäss Art. 5 Abs. 2 der Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich ermöglicht wird.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die bisherigen Erfahrungen in den Kantonen sind überwiegend negativ. Die Verbände wurden nicht rechtzeitig in die Erarbeitung miteinbezogen und/oder sogar nur anlässlich eines Hearings orientiert, mit anschliessender sehr kurzer Vernehmlassungsfrist. Dies steht im Widerspruch zur Bedeutung und Tragweite der beabsichtigen partiellen faktischen Berufsverbote für einzelne Fachrichtungen und ein solches Vorgehen verstösst insbesondere gegen Art. 55a Abs. 3 KVG, welcher eine echte Anhörung vorschreibt.</p>
<p>Entwürfe der Anhängen 1, 2 und 3</p> <p>Projets d'annexes 1, 2 et 3</p>	<p>Die Variationen der Versorgungsgrade nach Kategorie 2 verhalten sich ähnlich wie bei der Berechnung nach Kategorie 1. Fachgebiete mit tiefer Variation der Versorgungsgrade, wie die Gynäkologie und Geburtshilfe und die Allgemeine Innere Medizin, weisen auch in den Berechnungen der Versorgungsgrade nach Kategorie 1 (Kantone) wenig Variation auf. Psychiatrie und Psychotherapie hat eine vergleichsweise hohe Variation, was in der</p>

Überprüfung der Versorgungsgrade: Umfrage zur Änderung der Verordnung
Réexamen des taux de couverture en soins : Sondage sur la modification d'ordonnance

	<p>Kategorie 2 z.B. für den Kanton BL und Region Sissach (126%) noch deutlicher ersichtlich ist. Erklärbar, wäre dies durch einen hohen Anteil an spitalambulanten Leistungen, welche in der Psychiatrie Baselland - Ambulatorien und Tageskliniken, Liestal erbracht werden. Es stellt sich die Frage, ob es Sinn macht, eine Begrenzung durch Höchstzahlen vorzunehmen und so einen negativen Effekt bei den Leistungen des spitalambulanten Bereichs zu riskieren (z.B. Anstieg des Bedarfs an stationären Leistungen als Folge).</p> <p>Im Anhang 3 wurden die Versorgungsgrade nur für vier Fachgebiete (Allgemeine Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin und Psychiatrie und Psychotherapie) berechnet. Die Auswahl dieser Fachgebiete orientiert nach der Grösse des Leistungsvolumens. Bedeutet dies, dass - im Gegensatz zu Kategorie 1 - für die anderen Fachgebiete keine Berechnungen der Versorgungsgrade nach Kategorie 2 erstellt werden und mit welcher Begründung? Es entsteht eine Ungleichbehandlung, weil bei der Berechnung der Versorgungsgrade nach Kategorie 2 der regionale Versorgungsbedarf und Versorgungsgrad tendenziell genauer berücksichtigt wird als bei der Kategorie 1.</p> <p>Wir können aber auch bei der Kategorie 2 Ungenauigkeiten feststellen, so beispielsweise wenn für die Region Bern-Mittelland die angeblich höchste «Übersversorgung» in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin und Psychiatrie und Psychotherapie errechnet wird, wohl weil die Stadt und Agglomeration Bern mit der höchsten innerkantonalen Ärztedichte ebenfalls zur Region gehört. Dies obwohl im gesamten Kanton Bern, und damit auch in den meisten Regionen in den erwähnten Fachbereichen eine Unterversorgung gegeben sein dürfte (Fundstelle https://www.berner-aerzte.ch: doc.be 03/2024).</p>
<p>Entwurf des Kommentars zur Verordnungsänderung</p> <p><i>Projet de commentaire de la modification de l'ordonnance</i></p>	<p>S. 4 «Aktualisierung des Bezugszeitraums und Erweiterung der verwendeten Daten. Es steht: Die Herleitung der Versorgungsgrade bezieht sich auf den aktuellsten zum Zeitpunkt der Überprüfung verfügbaren Daten, d. h. auf Daten des Jahres 2022.» Hinsichtlich der Übergangsfrist der Höchstzahlverordnung bis am 30. Juni 2025 ist zu bedenken, dass vor allem die BFS-Daten (z.B. KS; PSA, STATPOP etc.) für die Berechnung des Angebots oder für die Variablen des Regressionsmodells für das Jahr 2024 in der Regel noch nicht verfügbar sind.</p> <p>S. 4 Bessere Abgrenzung der Schnittstellen zwischen den Fachgebieten. Es wäre zu prüfen, ob nicht noch weitere Fachgebiete/Leistungen basierend auf den neu verfügbaren Daten auszuschliessen wären wie z.B. Kinderchirurgie, Nuklearmedizin, Infektiologie.</p>

Überprüfung der Versorgungsgrade: Umfrage zur Änderung der Verordnung
Réexamen des taux de couverture en soins : Sondage sur la modification d'ordonnance

S. 5 Zusätzliche erklärende Variable. Es wäre zu prüfen, ob nicht noch weitere Fachgebiete/Leistungen basierend auf den neu verfügbaren Daten auszuschliessen wären wie z.B. Kardiologie, Gastroenterologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Dermatologie und Venerologie oder andere.

Grundsätzlich fehlt die Möglichkeit eine überkantonale Regionalisierung für Fachgebiete festzulegen, wo das nötig wäre (z.B. im Fachgebiet der Kinderchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie). Fachrichtungen haben unterschiedliche Einzugsgebiete, welche mit der Regionalisierung nach Kategorie 1 und 2 nicht gut abbildbar sind.

Einige Fachrichtungen bieten nicht die gleichen Leistungen, wenn sie in einer Praxis oder in einem Krankenhaus erbracht werden (z. B. Neurochirurgie), und daher ist der Versorgungsgrad für diese Art von Situationen schlecht geeignet.