

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Abkürzung der Firma / Organisation : BEKAG

Adresse : Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Sekretariat BEKAG

Telefon : 031 330 90 00

E-Mail : info@berner-aerzte.ch

Datum : 10.02.2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am [...] an folgende E-Mail Adressen:
Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen _____	6
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht _____	9
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen _____	12
Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht _____	15
Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen _____	19
Weitere Vorschläge _____	23
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision der KVV, der KLV und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf Krankenversicherungsverordnung / erläuternden Bericht</p> <p>Art. 37 nKVG verlangt von Ärztinnen und Ärzte als besondere Zulassungsvoraussetzungen nebst einer mindestens dreijährigen Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte, den Nachweis der in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung. Die Nachweispflicht entfällt gemäss Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Ausnahmebestimmung, dass z.B. der Zürcher Arzt mit einer schweizerischen gymnasialen Maturität und Französisch im Grundlagenfach in Genf praktizieren können sollte oder dass der Tessiner Arzt mit einer Tessiner Matur und Prüfungsfach Deutsch in der Deutschschweiz keine Sprachprüfung ablegen muss.¹</p> <p>In Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV werden nun aber Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. In Art. 38 E-KVV wird aber die Ausnahme von der Nachweispflicht gemäss Art. 37 nKVG nicht erwähnt. Und im erläuternden Bericht zur KVV wird auf Seite 5/11 explizit ausgeführt, dass Absatz 3 des Art. 38 E-KVV dem Referenzniveau C1 entspreche. Weiter wird im erläuternden Bericht auf Seite 5/11 zwar auch erwähnt, dass keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügt, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war. Wie zuvor erwähnt, wurde diese Ausnahme jedoch nicht im Art. 38 E-KVV aufgenommen, was verwirrend ist. Der Klarheit halber ist folglich die im Gesetz (Art. 37 nKVG) enthaltene Regel über die Ausnahme von der Nachweispflicht der Sprachkompetenz in der KVV zu wiederholen. Der Wille des Gesetzgebers muss klar aus der Verordnung hervorgehen, nämlich dass für Ärztinnen und Ärzte, welche über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, der Nachweis einer Sprachprüfung entfällt.</p> <p>Wir fordern die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a nKVG vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p>

¹ Voten Bischof, AB 2019 S 1047 und AB 2020 S 93, Votum Humbel, AB 2020 N 60, Votum Bundesrat Berset, AB 2020 N 59

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:

„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“

Art. 36a Abs. 1 Satz 2 nKVG sieht vor, dass die Zulassungsvoraussetzungen gewährleisten können müssen, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. Bereits die heutige Gesetzgebung verpflichtet die Tarifpartner gemäss Art. 58 und 59 KVG zur Umsetzung dieser Vorgabe. Desgleichen sehen die nun im Art. 58a nKVG vorgesehenen Qualitätsverträge zwischen den Tarifpartnern sogar noch weiter gehende diesbezügliche Verpflichtungen vor. Bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Anforderungen fest. Wieso Ärztinnen und Ärzte, welche sowohl bereits den erwähnten Qualitätsverträgen unterliegen als auch die besonderen Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 37 Abs. 1 und 3 nKVG i.V.m. Art. 38 Abs. 1 lit. a und b E-KVV erfüllen müssen (mindestens drei Jahre Tätigkeit im beantragten Fachgebiet an einer eidgenössischen Weiterbildungsstätte, Weiterbildungstitel nach Art. 20 MedBG sowie kantonale Berufsausübungsbewilligung), darüber hinaus noch weitere Qualitätsvorgaben erfüllen müssten, wird nicht begründet.

Die im Art. 58 E-KVV gemachten Vorgaben betreffen – nicht ganz unerwartet – das angeblich erforderliche Personal (lit. a), das Vorhandensein eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems (lit. b), den verlangten Nachweis eines internen Berichts- und Lernsystems (lit. c) sowie die notwendige Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen (lit. d). Dies zeigt auf, dass es um etwas anderes als um die Qualitätssicherung *an sich* geht. Der Bericht des BAG erklärt auf S. 9, dass mit den Vorgaben, *wie genau* Qualitätssicherung in jeder Arztpraxis zu erfolgen hat, sichergestellt werden soll, dass die Leistungserbringer die Qualitätsvorgaben dann auch effektiv erfüllen können. Auch wenn diese Anforderungen durch den Sinn und Zweck des Art. 36a Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 nKVG – wenn überhaupt – gerade noch abgedeckt sein dürften, läuft dies auf eine unnötige Bevormundung der Leistungserbringer „ex ante“ heraus. Zu solchen Massnahmen dürfte erst dann geschritten werden, wenn sich diese als wirklich notwendig erweisen würden, weil die Leistungserbringer ansonsten nachweislich nicht in der Lage wären, die Qualitätsvorgaben zu erfüllen. Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, zumal z.B. Art. 58a nKVG noch nicht umgesetzt ist. **Der Gesetzgeber greift hier also ohne Not in die Betriebsorganisation der künftigen Arztpraxen ein. Er fördert mit solchen Auflagen indirekt – und wohl auch bewusst – alle grossen Praxisgemeinschaften und schafft die kleinen und mittleren Arztpraxen ab.** Es ist nicht notwendig, diese Strukturbereinigung, welche sowieso schon stattfindet, und vor allem die Grundversorgung auf dem Land und in den Bergregionen gefährdet, mit unnötigen Massnahmen noch weiter zu befeuern.

Wie wir in unseren Stellungnahmen zu ähnlichen Vorlagen bereits wiederholt ausgeführt haben, geht es nicht an, privat finanzierte und betriebene Arztpraxen, welche primär zu Lasten der sozialen Krankenversicherung OKP Leistungen erbringen, auf der einen Seite einem uneingeschränkten Unternehmerrisiko bei stets sinkenden Tarifen auszusetzen, und auf der anderen Seite dann auch noch vorschreiben zu wollen, *wie genau* und mit welchen Investitionen in das Personal und die Infrastruktur die Arztpraxen betrieben werden müssen. Diese Vorgehensweise wird über kurz oder lang dazu führen, dass die Grundversorgung, vor allem auf dem Land und in den Bergregionen, nur noch mit durch die öffentliche Hand subventionierten Arztpraxen aufrechterhalten werden kann. Ist dies wirklich das Ziel des Verordnungsgesetzgebers und entspricht dies wirklich

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	noch den übergeordneten Zielen des Parlaments als demokratisch gewählter Gesetzgeber oder wird hier nicht vielmehr auf Verordnungsstufe eine selbständige Politik betrieben, für welche eigentlich das Parlament zuständig wäre?
--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Entwurfs der Änderung der KVV, der KLV und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVV				
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	38	3	a – c	<p>Wie unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, werden in Art. 38 Abs. 3 lit. a – c E-KVV Anforderungen verlangt, welche dem Niveau C1 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen entsprechen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in Art. 37 Abs. 1 lit. a nKVG Ärztinnen und Ärzte, welche eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, vom Nachweis einer Sprachprüfung befreit. Die schweizerische gymnasiale Maturität gewährleistet im Fremdsprachenunterricht (andere Landessprachen) das Niveau B2. Um Missverständnisse zu vermeiden und Klarheit zu schaffen, ist daher auch die gesetzliche Ausnahme in die Verordnung aufzunehmen (siehe Änderungsvorschlag).</p>	<p>Art. 38 E-KVV sei wie folgt mit einem neuen Abs. 3^{bis} lit. a – c zu ergänzen:</p> <p>^{3bis} Ärztinnen und Ärzte verfügen über die in ihrer Tätigkeitsregion notwendigen Sprachkenntnisse, wenn sie über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war; b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen; c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes und nach Artikel 15 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 anerkanntes ausländisches Diplom.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>58g</p>		<p>a - d</p>	<p>Aus unserer Sicht ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität formuliert werden, ohne dass jeglicher Bezug auf den revidierten Art. 58a KVG (KVG Revision Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) genommen wird. Die Qualitätsanforderungen sind in Art. 58a nKVG festgelegt und müssen in Qualitätsverträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer vereinbart werden. Absatz 7 von Art. 58a nKVG hält zudem fest, dass die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bildet.</p>	<p>Wir sind wie gesagt für die gänzliche Streichung von Art. 58g E-KVV, weil Art. 58a nKVG die Qualitätsanforderungen bereits auf Gesetzesstufe festhält.</p> <p>Art. 38 Abs. 1 lit. c E-KVV ist dementsprechend wie folgt neu zu formulieren:</p> <p>„Für die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer ist Art. 58a KVG massgebend.“</p>
	<p>134</p>	<p>4</p>		<p>In der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 19. Juni 2020 steht in Absatz 2 der Übergangsbestimmungen:</p> <p>² Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, gelten als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben.</p> <p>Damit in der Anwendung dieser Übergangsbestimmung durch die Kantone keine</p>	<p>Änderung:</p> <p>Art. 134 KVV sei mit einem neuen Abs. 4 zu ergänzen</p> <p>⁴ Als im Sinne von Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 19. Juni 2020 nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen, gelten auch Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 19. Juni 2020 über eine Zulassung verfügen, der eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Missverständnisse entstehen, ist in der Krankenversicherungsverordnung klarzustellen, dass auch Leistungserbringer unter diese Übergangsbestimmung fallen, welche nach bisherigem Recht über eine Zulassung verfügen, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt und diese befristete Berufsausübungsbewilligung auch beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p> <p>In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung nämlich befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass z.B. ein in Zürich zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, nach Ablauf von 10 Jahren eine Zulassung nach neuem Recht brauchen würde.</p>	<p>Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch gilt.</p>
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Registerverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Allgemeine Bemerkungen zur Registerverordnung Variante 1 und 2:</p> <p>Die vom Parlament im 2020 verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern sieht in Art. 40a nKVG vor, dass das Departement, d.h. das Eidgenössische Departement des Innern, ein Register über die nach Artikel 36 zugelassenen Leistungserbringer führt, wobei der Bundesrat die Führung des Registers an einen Dritten übertragen kann. Basierend auf dieser Grundlage legt der Bundesrat nun zwei verschiedene Varianten vor: Die Registerführung durch einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung (Variante 1) und die Registerführung departementsintern durch das BAG (Variante 2).</p> <p>Hauptantrag: Das EDI soll den Aufbau und den Betrieb des Registers <u>dem BFS übertragen</u> und nicht dem BAG (<u>neuer Vorschlag Variante 3</u>). Klar abzulehnen ist stattdessen die Variante 2 - Registerführung durch das BAG. Die departementsinterne Vergabe der Registerführung an das BAG ist aus den nachstehenden Gründen nicht die richtige Lösung, denn sie steht unseres Erachtens nicht im Einklang</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit den diversen auf parlamentarischer Stufe erfolgten Vorstössen, insbesondere mit dem Auftrag an den Bundesrat, eine kohärente Datenstrategie auszuarbeiten (18.4102 Postulat SGK-SR «Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen»). Eine kohärente Datenstrategie soll Doppelspurigkeiten bei der Datenerhebung vermeiden und damit die administrative Belastung der Leistungserbringer und der Versicherer reduzieren. • mit dem Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) des Bundesrates. Der Bundesrat hat beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte zur Umsetzung des «Once-Only» Prinzips lanciert. Die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand soll durch die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter gemacht werden. Personen und Unternehmen sollen den Behörden bestimmte Angaben nur noch einmal melden müssen. • mit den Empfehlungen von Prof. Ch. Lovis in seinem Bericht «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé» vom Dezember 2019, welcher er im Auftrag des EDI verfasste. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie die Effizienz der Informationsbeschaffung verbessert und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Der Bericht von Prof. Ch. Lovis hält auf S. 4 u.a. fest: « Une analyse de la situation actuelle montre une absence de stratégie globale concernant les chaînes de traitement de données dans le système de santé en vue de sa gouvernance. Cette situation est essentiellement due à un environnement réglementaire disparate construit historiquement et juridiquement sur le principe qu'une collecte de données est notamment justifiée par des principes de finalité et de proportionnalité. Ceci a pour conséquence une multiplication des processus de collecte et de traitement. » In seinem Datenflussmodell der « usable data » und der « used data » übernimmt das Bundesamt für Statistik (BFS) « le rôle d'entité de confiance comme agrégateur de données, ou des fonctions associées telles que définition des flux, des processus de validation, etc. ». Seinen Vorschlag pro BFS als vertrauenswürdige Instanz begründet Prof. Ch. Lovis wie folgt (S. 18 f.): « La proposition concrète de l'OFS comme

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

	<p>entité de confiance repose d'une part sur le fait que l'OFS, de par la législation le gouvernant, est soumis à des règles strictes en termes de protection des données, est un organe fédéral politiquement neutre, a des pouvoirs étendus en matière de collecte de données dans le respect de la proportionnalité et est déjà depuis de nombreuses années un acteur important de gestion de flux de données complexes du domaine de la santé ; d'autre part l'OFS, de par sa mission de récolte et de diffusion de données sensibles, jouit de la confiance des acteurs du système de santé, des fournisseurs comme des utilisateurs de données.</p> <p>Il convient en sus de mentionner le mandat, attribué à l'OFS par le Conseil fédéral en septembre 2019, consistant en la mise en oeuvre des principes de collecte unique (« once-only ») et d'utilisation multiple des données par l'administration fédérale, a fortiori par les autorités cantonales ou autres organes prévus par la législation fédérale, pour réduire la charge des livreurs de données et permettre leur utilisation par les institutions légitimement habilitées. Sur cette base, le programme de « gestion nationale des données » de l'OFS a été mis sur pieds. L'un des projets de ce programme concerne le domaine stationnaire de la santé et ses objectifs vont dans le sens des recommandations du présent rapport, tout en gérant les besoins de données au-delà de la stricte application de la LAMal. »</p> <p>Wir teilen die Auffassung des Parlaments (kohärente Datenstrategie), des Bundesrates («Once-Only» Prinzip) und von Prof. Ch. Lovis (BFS als vertrauenswürdige Instanz) und schlagen deshalb eine neue Variante 3 vor: Registerführung departementsintern durch das Bundesamt für Statistik (BFS), dem Datenkompetenzzentrum des Bundes.</p> <p>Eventualantrag: Variante 1 – Registerführung durch einen Dritten: Wie bereits ausgeführt, schlagen wir die Registerführung durch das BFS vor. Sollte das BAG die Registerführung an einen Dritten ausserhalb der Bundesverwaltung vergeben, ist unseres Erachtens klar, dass z.B. eine Vergabe an eine Krankenversicherung/einen Krankenversicherungsverband nicht möglich wäre, da sie nicht Dritte im Sinne des Gesetzes sein können. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung nehmen sie öffentliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d.h. als Behörden. Wir sprechen uns auch deswegen gegen die Variante 1 aus bzw. stellen diesbezüglich nur einen Eventualantrag für den Fall, dass sich die vorgeschlagene Variante 3 nicht durchsetzen sollte, weil wir bei einer Aufgabenübertragung durch das BAG an behördennahe Dritte wie z.B. an das Büro BASS oder an ähnliche Vertraute des BAG nicht mehr an die ausreichende Unabhängigkeit der Aufgabenerfüllung glauben. Wir ziehen mit anderen Worten die Fachkompetenz und die Unabhängigkeit des BFS einer formaljuristisch zwar scheinbar bestehenden, aber faktisch doch nicht vorhandenen Unabhängigkeit einer vom BAG ausgewählten Unternehmung vor.</p>
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Erlassentwurfs der Registerverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Allgemeine Bemerkung: Die die Verordnungstexte zu Variante 1 und 2 praktisch identisch sind, nehmen wir vorliegend zu den einzelnen Artikeln nur in Bezug auf die Variante 2 Stellung (ausser zu Art. 22 Abs. 1 von Variante 1)					
	21 i.V.m. 14 Abs. 1 lit. a und b; und vor allem 22 (Var.1)	1		Gemäss Art. 59a KVG sind die Leistungserbringer bereits verpflichtet, dem BFS ihre Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der kantonale Zulassungsentscheid wird bei den Leistungserbringern Kosten generieren. Das Ziel der neuen Registerverordnung ist u.a. der interkantonale Daten-/Informationsaustausch – entsprechend ist die Finanzierung auch bei den Nutzniessern des Registers abschliessend zu regeln und nicht bei den Leistungserbringern. Folglich ist es unzulässig, von jedem Leistungserbringer hier nochmals eine einmalige Gebühr in der Höhe von CHF 230 zu erheben. Wir fragen uns zudem, ob hierfür überhaupt eine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehen würde. Im Weiteren geht u.E. weder aus den übrigen Bestimmungen noch aus den Erläuterungen des BAG ausreichend klar hervor, dass den Arztpraxen als private Unternehmen aus der Umsetzung einer neuen öffentlichen Aufgabe keine Kosten erwachsen dürfen.	Antrag: ersatzlose Streichung von Art. 22 Abs. 1
	2	1		Siehe unsere allgemeinen Bemerkungen zu den Registerverordnungen. Wir begrüssen grundsätzlich die Variante 2 unter der Prämisse, dass die Registerführung durch das Bundesamt für Statistik (BFS) (neuer Vorschlag Variante 3) erfolgt.	Das <u>Bundesamt für Statistik (BFS)</u> [...] Von daher ist in allen Artikel der Variante 2 das BAG durch BFS zu ersetzen.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	8	2		<p>Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum im Leistungserbringerregister E-Mail-Adressen erfasst werden sollen, die zudem häufiger wechseln als Briefadressen oder Telefonnummern der Praxen bzw. der Ärzte. Es sollte den Ärzten überlassen werden, wie sie von Patienten auch via E-Mail kontaktiert werden können.</p>	<p>Änderungsvorschlag von Abs. 2: Sie können zudem die Telefonnummer und die E-Mail-Adresse der Praxis oder des Betriebs sowie das Datum der Befristung einer Zulassung ins Leistungserbringerregister eintragen. Es ist auch hier sicher nicht notwendig und eine unverhältnismässige Bevormundung, den privatrechtlich organisierten Arztpraxen vorzuschreiben, wie genau, ob mit oder ohne Patientenkontakt via E-Mail, sie ihren Betrieb führen wollen.</p>
	13	2		<p>Der Anhang, auf den Art. 13 Abs. 2 betreffend die Daten, die auf Anfrage öffentlich zugänglich sind, verweist, bezeichnet die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse als auf Anfrage öffentlich zugänglich. Auch wenn ein Registerzweck gemäss Art. 40b lit. c KVG die Information der Versicherten ist, ist nicht ersichtlich, warum ein berechtigtes Informationsinteresse an Geburtsdatum und E-Mail-Adresse von Ärzten bestehen sollte, respektive könnte die Weitergabe der Daten aus Sicht der Ärzte eine Persönlichkeitsverletzung darstellen.</p>	<p>Änderungsvorschlag im Anhang der gemäss Art. 13 Abs. 2 auf Anfrage öffentlich zugänglichen Daten: Die Datenfelder Geburtsdatum und E-Mail-Adresse bleiben leer bzw. ist bei diesen Datenfeldern das Kennzeichen «O» für «öffentlich auf Anfrage» zu streichen. Im Übrigen kann auf die Ausführungen oben zu Art. 8 verwiesen werden.</p>
	15	1	a +b		<p>Änderungsvorschlag von Abs. 1 sowie lit. a und b: 1 Das BAG BFS stellt den folgenden Stellen die öffentlich zugänglichen Daten aus dem Leistungserbringerregister zur Verfügung: a. dem BFS: für statistische Zwecke <u>zur Verfügung</u>; b. öffentlichen und privaten Stellen: in anonymisierter Form für Forschungszwecke <u>zur Verfügung</u>, soweit ein öffentliches Interesse am Forschungsvorhaben nachgewiesen ist und die</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Daten für das Forschungsvorhaben erforderlich ist. 2 Es stellt dem BFS die Daten jährlich zur Verfügung, den Stellen nach Absatz 1 Buchstabe b die Daten hingegen nur auf schriftlichen Antrag.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	15	2			Streichen

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Der vorliegende Erlassentwurf der Höchstzahlenverordnung basiert primär auf dem Bericht B.S.S. Der Bericht zeigt mögliche methodische Vorgehensweisen auf, eine entsprechende Pilotierung/ Umsetzung der Methodik ist uns nicht bekannt. Entsprechend erachten wir es als nicht zielführend basierend auf einem methodischen Bericht eine Verordnung zu konzipieren.</p> <p><u>Hauptantrag:</u> Der aktuelle Erlassentwurf enthält für ein Ausführungsrecht zu viele technische und methodische Aspekte bzw. auch zu viele offene Fragen und ist demzufolge vollumfänglich abzulehnen bzw. zur erheblichen Überarbeitung und Verbesserung zurückzuweisen (vgl. nachfolgende Beispiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für den Versorgungsbedarf wird zunächst die Grundannahme getroffen, dass auf gesamtschweizerischer Ebene der Versorgungsbedarf dem Versorgungsniveau entspricht (Versorgungsgrad ganze Schweiz = 100%). Diese Grundannahme ist nicht falsch, impliziert aber, dass es auf gesamtschweizerischer Ebene weder Über- noch Unterversorgung gibt. Gesamtschweizerisch wird somit der Versorgungsgrad auf dem heutigen Stand eingefroren. Das ist problematisch, da sich in Wirklichkeit bei einzelnen Fachgebieten, insbesondere der Grundversorgung (bspw. Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie) bereits eine Unterversorgung abzeichnet, was es zu berücksichtigen gilt. - Regional kann der Versorgungsbedarf anhand verschiedener Einflussfaktoren/Merkmale (z.B. Anzahl ältere Einwohner) vom gesamtschweizerischen Versorgungsbedarf abweichen, weshalb kaum auf gesamtschweizerische Durchschnitte abgestellt werden kann und darf. Es ist bestens bekannt, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf der Nord-West-Südachse auch aus soziokulturellen Gründen erheblich differiert. So werden beispielsweise in der Innerschweiz ärztliche Leistungen der Grundversorgung deutlich weniger in Anspruch genommen als beispielsweise in der Westschweiz und nur das Mittelland dürfte ungefähr in der Mitte liegen. Wie häufig bzw. wie stark diese Merkmale in der jeweiligen Region ausgeprägt sind, muss deshalb grundsätzlich (vorbehältlich einer nachweisbaren Über- oder Unterversorgung) auch darüber bestimmen, wie hoch dort der Versorgungsbedarf ist. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist, dass das vollständige Set an Einflussfaktoren berücksichtigt wird (also auch Mobilität/Pendlerströme, kulturelle Unterschiede, touristische Angebote etc.) - Es darf nicht vergessen werden, dass auch bei einem möglichst vollständigen Einbezug der Einflussfaktoren die Versorgungsbedarfe und -grade, von denen die Höchstzahlen abgeleitet werden sollen, bloss anhand einer statistischen Methode ermittelt werden. Die tatsächlichen Versorgungsbedarfe und -grade können in der Realität von abweichen. Eine (Einzel-)Fallanalyse bzw. Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade auf regionaler Ebene sollte daher vor der Festlegung der Höchstzahlen integraler Bestandteil des Vorgehens sein.

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

- Die Berechnung der Höchstzahlen basiert gemäss dem vorliegenden Vorschlag mit dem SASIS Datenpool auf einer Datengrundlage, die a) zu Verzerrungen führt und b) für die Leistungserbringer nicht zugänglich ist. Der letzte Punkt ist insbesondere deswegen problematisch, weil dadurch die Leistungserbringer in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Bestimmung der Höchstzahlen ggü. den Versicherungen benachteiligt sind.
- Hinzu kommt, dass die von BSS vorgeschlagene Methode auf einem von santésuisse entwickelten Modell basiert. Somit sind die Versicherer mit der Zurverfügungstellung ihrer Daten (SASIS Datenpool) und ihres Modells für die Berechnung (santésuisse-Modell) klar im Vorteil. Sie haben nicht nur vollen Einblick in die Methode, sondern können Einfluss darauf nehmen bzw. haben bereits Einfluss genommen. Beides ist den Leistungserbringern nicht möglich, was ein nicht hinnehmbares Ungleichgewicht darstellt.
- Gemäss dem vorliegenden Vorschlag sollen die Regressionskoeffizienten auf Bundesebene berechnet und anschliessend an die Kantone gegeben werden, damit diese anhand der Regressionskoeffizienten und den regionalen Gegebenheiten (Ausprägung der Einflussfaktoren) die regionalen Versorgungsbedarfe und -grade berechnen. Dieses Vorgehen (die Anwendung einer statistischen Methode in mehreren unterschiedlichen Verwaltungseinheiten und -ebenen) ist sehr fehleranfällig. Hier besteht das Risiko, dass die Methode durch unterschiedlich verfügbare Daten auf Kantonsebene, mangelhafte Absprache und Koordination zwischen Bund und Kantonen, ein ungleiches Verständnis der Methode, keine übergeordnete Kontrolle der Anwendung in den Kantonen nicht konsistent zur nationalen Ebene und somit falsch angewendet wird.
- Weiter ist es zentral, dass die Festlegung der Regionen in den Kantonen auch nach Fachrichtung erfolgt. Ein Hausarzt hat ein anderes Einzugsgebiet als beispielsweise ein Neurologe.
- **Es ist vorgesehen, dass die Kantone Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete festlegen können.** Dadurch besteht das Risiko, dass Kantone sich vornehmlich auf Fachgebiete beschränken, die einigermaßen einfach zu bestimmen sind, bei denen der Ressourceneinsatz klein ist. Dies sind in der Regel die grossen Fachgebiete, bei denen die Datenlage verhältnismässig gut ist. Dies würde schlussendlich dazu führen, dass den grossen Fachgebieten, den Grundversorgern (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, etc.) Höchstzahlen auferlegt werden, für kleine Fachgebiete aber keine Zulassungsregulierung besteht.
- Kantone sind von je her in einem Interessenskonflikt als Eigner von Spitälern einerseits und Entscheid-Instanz über die Spitalplanung andererseits. **Die Zulassungsregulierung soll korrekterweise alle ambulanten Leistungserbringer umfassen, also auch die in den Spitalambulatorien vermeintlich noch selbständig tätigen sowie insbesondere die teilweise auch im ambulanten Leistungsbereich der Spitäler tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte.** Die Datenlage über die Anzahl und das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Bereichen der Spitäler ist besonders schlecht. Überlässt man den Kantonen uneingeschränkt die Wahl und Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten, riskiert man, dass das gewählte Vorgehen der Kantone aufgrund ihrer Interessenkonflikte zu Ungunsten der in ambulanten Praxen oder Einrichtungen, also ausserhalb von Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

	<p>ausfällt.</p> <p>Entsprechend sind auch die nachfolgenden Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu interpretieren.</p>
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Das Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium – wurde im Rahmen des Dialogs "Nationale Gesundheitspolitik" initiiert. Das Dialogprojekt entstand 1998 auf Anregung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Ziel ist es, die Gesundheitspolitiken des Bundes und der Kantone aufeinander abzustimmen. Bund und Kantone definieren den Leistungsauftrag und Steuerungskomitee sind sowohl GDK, BAG und BFS vertreten (https://www.obsan.admin.ch/de/das-obsan/organisation).</p> <p>Entsprechend ist es aus unserer Sicht zielgerichtet, wenn das BFS/Obsan für die Methodik, die Datengrundlage und die Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und der regionalen Versorgungsgrade sowie für die Bestimmung der Vollzeitäquivalente zuständig ist. So kann garantiert werden, dass eine einheitliche Methodik und Berechnung z.H. der Kantone erfolgt. Die einzelnen Kantone sind dann entsprechend für die weitere Umsetzung, das heisst die Plausibilisierung der ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und die entsprechende Festlegung der Höchstzahlen nach Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften zuständig.</p>
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Aus Sicht der Ärzteschaft ist es zentral, dass bei den jeweiligen Schritten die kantonalen Ärztesellschaften wie aber auch die medizinischen Fachgesellschaften rechtzeitig vorgängig angehört werden.</p> <p>Weiter ist es zentral, dass die Methodik und die Berechnung transparent dargestellt werden.</p>
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Eventualiter zur weiter oben beantragten Rückweisung: Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaft in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 20. Juni 2025. Wir würden es angesichts der Unwägbarkeiten der vorgeschlagenen Methode, sofern diese umgesetzt würde, und wegen der zu befürchtenden, damit verbundenen Willkür, wirklich begrüssen, wenn die GSI bzw. der Kanton Bern von dieser Möglichkeit Gebrauch machen würde.</p> <p>Wir halten damit an unseren grundsätzlichen Bedenken gegenüber Globalbudgets und Gesamtsteuerungen, worauf auch die nun in allen Varianten und Schattierungen vorgesehenen Höchstzahlen hinauslaufen würden oder werden, sowohl bezüglich des stationären, aber insbesondere auch was den ambulanten Bereich betrifft, ausdrücklich fest. Wir befürchten insbesondere, dass der Aufwand für Planung, Überwachung und Umsetzung solcher Massnahmen die angestrebten positiven Effekte (zum Vorteil gesunder Prämienzahler) deutlich übertreffen dürfte oder wird, was sich insgesamt vor allem zum Nachteil unserer kranken Patientinnen und Patienten auswirken dürfte.</p>
<p>Fehler!</p>	<p>Subeventualiter zur weiter oben beantragten Rückweisung und zum eventualiter beantragten vorläufigen Verzicht auf die Einführung</p>

Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung (Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren

Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	von Höchstzahlen bis zum 20. Juni 2025 nehmen wir nachfolgend zu den einzelnen Bestimmungen wie folgt Stellung:
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu den Artikeln des Erlassentwurfs der Höchstzahlenverordnung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	2	4		Aufgrund der Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren des BFS besteht eine erprobte und bewährte Methodik zur Hochrechnung der Arbeitszeiten / Vollzeitäquivalenten aufgrund des Arbeitspensums. Der Einbezug des Leistungsvolumens erscheint uns hier nicht zielgerichtet.	Änderung ...so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen proportional zu vergleichbareren Leistungserbringern verhält.
	4	3 neu			NEU Die Regionen können je nach Fachrichtung unterschiedlich festgelegt werden.
	5			Methode und Berechnung der Höchstzahlen und des regionalen Versorgungsgrades.	NEU Das BFS/Obsan legt die Methodik und die Datengrundlage zur Berechnung der regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade pro medizinisches Fachgebiet – nach Anhörung der Kantone, der kantonalen Ärztesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften – fest. Die Methodik berücksichtigt namentlich <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen - Die Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrades - Die Messung der in Anspruch genommen

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					Leistungen Das BFS/Obsan berechnet die regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade gemäss Absatz 1, bestimmt die Vollzeitäquivalente und teilt diese den Kantonen mit. Die Kantone plausibilisieren die ermittelten Versorgungsgrade vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsrealität und legen gemäss transparenter Richtlinien und nach Anhörung der kantonalen Ärztegesellschaften und medizinischen Fachgesellschaften die Höchstzahlen fest.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	6				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	7				Ganzer Artikel streichen, da in Art. 5 integriert.
	8			Allfällige kantonale und regionale Unterschiede der Versorgungsstrukturen und -bedürfnisse im Vergleich zu gesamtschweizerischen, statistischen Durchschnittswerten müssen unseres Erachtens zwingend ermittelt und gegebenenfalls berücksichtigt werden, weshalb eine Anpassung durch einen oder mehrere Gewichtungsfaktoren erfolgen können muss.	Änderung: Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen von Fachpersonen, <i>kantonalen Ärzteorganisationen und medizinischen</i>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

					<p><u>Fachgesellschaften sowie auf</u> Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p> <p>Eventualantrag:</p> <p>Der Kanton muss einen oder mehrere kantonale Gewichtungsfaktoren prüfen und gegebenenfalls vorsehen, mit dem oder denen Umstände berücksichtigt werden sollen, die bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren stützt sich der Kanton namentlich auf Befragungen <u>der kantonalen Ärzteorganisationen sowie</u> auf Indikatorensysteme oder Referenzwerte.</p>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	10	1			<p>¹ Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 KVG werden durch die Kantone gestützt auf den nach Artikel 5 6 Absatz 3 berechneten regionalen Versorgungsgrad pro medizinisches Fachgebiet sowie gegebenenfalls auf den nach Artikel 8 bestimmten Gewichtungsfaktor festgelegt.</p>
	10	2			<p>² Die <u>kantonalen oder regionalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsgrade zur Festlegung der Höchstzahlen sind - nach Anhörung der Kantone und der kantonal oder regional zuständigen Ärzteorganisationen -</u> aufgrund der demografischen und der morbiditätsbezogenen Entwicklungen periodisch zu überprüfen und anzupassen.</p>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht	10	3			<p>NEU</p> <p>³ Die Stellen von Ärztinnen und Ärzte im Bereich der</p>

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.					Aus- und Weiterbildung sind von der Festlegung der Höchstzahlen auszuschliessen.
	11	1		<p>Die Kantone können auch nur das Angebot pro Fachgesellschaft in Vollzeitäquivalenten erheben und dann feststellen, das Angebot entspreche einer bedarfsgerechten Versorgung, und zwar genau bis zum 30. Juni 2025.</p> <p>Gemäss Art. 55a Abs. 5 lit. a. und b. KVG können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden, weiterhin tätig sein. In manchen Kantonen wird die einer Zulassung zugrundeliegende kantonale Berufsausübungsbewilligung befristet erteilt und nach Ablauf der Befristung auf Antrag verlängert; in anderen Kantonen ist die Berufsausübungsbewilligung grundsätzlich unbefristet. Im Sinne der Rechtsgleichheit und der Existenzsicherung von Betrieben kann es nicht sein, dass bspw. ein im Kanton Zürich vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassener Arzt mit 40 Jahren Berufstätigkeit, der jeweils eine auf 10 Jahre befristete Berufsausübungsbewilligung erhalten hat bzw. erhält, diese Zulassung nach 10 Jahren allein mit der Begründung von Höchstzahlen wieder verliert. Es soll daher in der Verordnung klargestellt werden, dass Höchstzahlen kein Grund sein dürfen, eine Zulassung zu verlieren, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrundeliegt.</p>	<p>Wir befürworten diese Übergangsbestimmung, und gehen davon aus, dass es sich dabei um eine sog. „praesumptio iuris et de iure“ handelt.</p> <p>NEU</p> <p>² Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, können auch Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen über eine Zulassung verfügten, welcher eine befristete Berufsausübungsbewilligung zugrunde liegt und deren befristete Berufsausübungsbewilligung beim Inkrafttreten der Höchstzahlen noch gilt.</p>
		2			

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle			

**Änderung der KVV und KLV; Erlass der Register- und Höchstzahlenverordnung
(Ausführungsrecht zur Zulassungsvorlage): Vernehmlassungsverfahren**

konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			