

**Stellungnahme des Verbandes der
Zürcher Radiologen (VZR) zur
kantonalen Verordnung über die
Festlegung der Höchstzahlen für
Ärztinnen und Ärzte im ambulanten
Bereich (VHZA)**

Allgemeine Anmerkungen zur Ausgangslage und den Grundzügen der Verordnung

Die Gesundheitsdirektion, und damit vor allem Frau Regierungsrätin Rickli, ist verantwortlich für eine genügende Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich. Sie ist somit politisch und moralisch verantwortlich für eine allfällige Unterversorgung, erhöhte Morbidität und Mortalität.

Der natürliche Zuwachs an medizinisch gerechtfertigten und zielführenden radiologischen Untersuchungen kann mittels Höchstzahlen nicht bewältigt werden und führt unweigerlich zu **längeren Wartezeiten** für die Bevölkerung in der Abklärung von Erkrankungen und Unfällen. Zu erwarten sind eine Zunahme an Krankheitsausfällen, höhere Morbidität durch verzögerte Diagnosestellung, schlechtere Heilungsaussichten und eine höhere finanzielle Belastung der Versicherungen und Arbeitgeber. Bereits heute werden in der Schweiz zu wenig Radiologen ausgebildet. Inhaber einer Schweizer Maturität sind an den Facharztexamina in der absoluten Minorität.

Gesetzliche Grundlage

Es ist davon auszugehen, dass der vorliegende Verordnungsentwurf den gesetzlichen Anforderungen nicht genügt. Basierend auf dem Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft vom 18. Januar 2023 wird eine selbstständige kantonale Gesetzgebung für die Festlegung von Höchstzahlen sowie die Übergangsphase nötig, um solch schwerwiegende Eingriffe in die Berufsausübung der Ärzte zu ermöglichen.

Radiologie als Querschnittsfach - Bedeutung für ein funktionierendes Gesundheitssystem

Die Radiologie ist ein medizinisches Querschnittsfach, welches für alle anderen medizinischen Disziplinen, insbesondere auch für Grundversorger, radiologische Bildgebung betreibt. Weitere Querschnittsfächer sind u.a. die Labormedizin, Pathologie und Anästhesie.

Querschnittsfächer zeichnen sich dadurch aus, dass sie keine Selbstzuweisung und somit auch **keine selbstgetriebene Mengenausweitung** betreiben, sondern die Infrastruktur für die medizinische Versorgung der Bevölkerung bereitstellen. Die Leistungen der Radiologie sind für die weitere Betreuung und Therapie der Patienten unerlässlich, richtungsgebend für das Procedere und wurden vorgängig von zuweisenden Ärzten für notwendig (indiziert) befunden. Die Resultate müssen schnell vorliegen. Ansonsten entstehen Wartezeiten mit potentiell verheerenden Folgen für die Gesundheit der Patienten und auch finanziell für die Gesellschaft. Patienten haben in aller Regel keinen direkten Zugang zu Leistungen aus Querschnittsfächern.

Querschnittsfächer wirken als Katalysatoren der medizinischen Versorgung und stellen grosse Teile der Prävention, Diagnostik und Behandlung der Bevölkerung sicher. Diese Fächer anhand der medizinischen Kosten zu qualifizieren und deren Gesamtnutzen im System zu verkennen ist nicht zielführend, sondern brandgefährlich.

Innovation und hohe Qualität in den Querschnittsfächern wirken sich direkt positiv auf die gesamte Gesundheitsversorgung aus. Qualität ist behördlich nicht glaubhaft und mit vertretbarem Aufwand kontrollierbar. Im Wissen um die rückgelagerte Tätigkeit der Querschnittsfächer ohne selbstgetriebene Mengenausweitung und ohne die Möglichkeit der Selbstzuweisung für Patienten ist deshalb ein gesunder Wettbewerb zwischen den Anbieter die beste Gewähr für gute Qualität. Zuweisende Ärzte

können die Qualität der Anbieter am besten beurteilen und ihre Patienten entsprechend an die besten Stellen verweisen. Wer schlechte Qualität erbringt, hat automatisch weniger Arbeit und muss sich qualitativ verbessern, um bestehen zu können. Im Falle eines Zulassungsstopps ist dieser Mechanismus ausgeschaltet. Man schafft ein Oligopol.

Wer an den Eckpfeilern unserer Gesundheitsversorgung wie den Querschnittsfächern Engpässe in Kauf nimmt, streut Sand ins Getriebe der gesamten Gesundheitsversorgung und nimmt höhere medizinische und soziale Gesamtkosten, höhere Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung in Kauf. Prävention und Diagnostik werden im gesamten Gesundheitssystem gebremst und stehen in gewissen Bereichen still.

Berücksichtigt man zusätzlich die teilweise deutlich defizitär veranschlagten Tarife der Radiologie im TARDOC ergibt sich eine toxische Mischung mit folgenden absehbaren Konsequenzen:

- Anbieter radiologischer Leistungen müssen ihre Untersuchungskapazität erhöhen, um überleben zu können. Die Zeit, die für eine Beurteilung einer Untersuchung zur Verfügung steht, sinkt. Die Qualität sinkt zwangsläufig.
- Es ist nicht zu erwarten, dass eine Unterversorgung rechtzeitig erkannt wird. Untersuchungen können mit qualitativen Abstrichen gekürzt werden, was mehr Untersuchungskapazität ergibt. Durch vermehrte Belastung der Leistungserbringer durch zu viel Arbeit sinkt jedoch die Qualität rapide. Die Fehlerquote steigt mit wiederum potentiell verheerenden Folgen für das gesamte Gesundheitssystem.
- Die sinkende Qualität muss von den zuweisenden Ärzten hingenommen werden, da der Wettbewerb zwischen den radiologischen Leistungserbringern aufgrund von Höchstzahlen weitgehend ausgeschaltet ist.
- Anbieter radiologischer Leistungen erbringen bei voller Auslastung nicht mehr alle radiologischen Leistungen im gleichen Umfang an. Defizitär vergütete Leistungen, wie z.B. die wichtigen Vorsorgeuntersuchungen für Brustkrebs (Mammographie), würden als erste nicht mehr angeboten. Dies trotz grosser Anstrengungen vieler Kantone mit Präventionskampagnen. Andere Leistungen der Radiologie wie z.B. konsiliarische Teilnahme an interdisziplinärer Besprechungen komplexer Krankheiten würden ebenfalls bald vernachlässigt mit erheblichen Einbussen in der Behandlungsqualität.

Folgen von Einschränkungen der radiologischen Verfügbarkeit

Für Grundversorger (Hausärzte, Pädiater, Psychiater)

- Verspätete Diagnosen, zum Teil lebensbedrohlicher Erkrankungen
- Fehlende zeitnahe Kontrolluntersuchung zur Kontrolle des Therapieerfolges (z.B. bei Krebstherapie)
- Vermehrte Konsultationen durch Komplikationen während Wartezeiten auf eine radiologische Untersuchung und damit weniger Zeit für andere Patienten
- Vermehrte probatorische Therapieversuche ohne Diagnose mit entsprechenden Mehrkosten

Für Patienten

- Weniger Vorsorgeuntersuchungen zur Prävention der wichtigsten Todesursachen unserer Bevölkerung wie zum Beispiel:
 - Brustkrebs-Screening (trotz vieler kantonaler Screening-Programme)
 - Lungenkrebs (Bronchuskarzinom)
 - Prostata-Krebs
 - Herz-Kreislauf-Probleme
- Verzögerte Diagnosen mit vitaler Gefährdung und existentieller Unsicherheit und Angst bis zur Untersuchung
- Verspätete zielgerichtete Therapien mit schlechterer Heilungsprognose und höheren Therapiekosten wegen unnötig verstrichener Zeit

Für Patientenströme

- vermehrte sonographische Untersuchungen mit geringerer Aussagekraft durch Nicht-Radiologen mit entsprechenden Mehrkosten
- vermehrte Zuweisungen auf die bereits überlasteten Notfälle der Spitäler zur radiologischen Abklärung

Für Sozialwerke/Arbeitgeber/Kosten

- längere Abwesenheiten am Arbeitsplatz, da Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden kann (z.B. nach OSG-Distorsion)
- höhere Morbidität und höhere Heilungskosten
- vermehrte "veraltete" diagnostische Abklärungen ohne radiologische Innovation mit höheren Kosten, geringerer Patientenschonung und längerem Zeitbedarf (z.B. Kniearthroskopie anstelle einer MRT des Kniegelenkes)
- Verzicht auf Kosteneffizienz der Radiologie zu Gunsten der gesamten Gesundheitsversorgung (durch mehrere unabhängige Studien belegt, z.B. in der Abklärung des Herzens).

Aus obigen Ausführungen ist es deshalb nicht nachvollziehbar die Radiologen Höchstzahlen zu unterwerfen. Analog gilt dies für Labormediziner, Pathologen und Anästhesisten ausser man wollte gezielt und willentlich kranke Patienten warten lassen, bis eine Diagnose gesichert wird.

Es stellen sich aus Sicht des VZR deshalb folgende Fragen:

- Haben die Autoren der Vorlage die spezifischen Eigenschaften der Radiologie als Querschnittsfach erkannt und berücksichtigt?
- Haben die Autoren der Vorlage insbesondere die Implikationen auf die gesamte Gesundheitsversorgung und die Patientenströme bedacht?
- Haben die Autoren der Vorlage erkannt, dass sich so keine Kosten vermindern lassen, sondern Mehrkosten entstehen? Zur Erinnerung: Kostentreiber waren die letzten Jahre sonographische Untersuchungen durch Nicht-Radiologen, welche ebenfalls über das Tarmed Kapitel 39 verrechnen.
- Sind sich die Autoren des hohen Risikos bewusst in der Radiologie Einschränkungen zu erlassen und bereit diese moralische Verantwortung zu übernehmen?

Stellungnahme zu den Begründungen der Gesundheitsdirektion für Höchstzahlen in der Radiologie

Die abschliessende Aussage von Frau Regierungsrätin Rickli, dass "mit Augenmass umgesetzt werden soll" ist nicht nachvollziehbar. Im Gegenteil, es wird ein erhebliches politisches Risiko in Kauf genommen. Wieso erlässt der Regierungsrat nicht Höchstzahlen in einem einzelnen Fach, um Erfahrungen zu sammeln?

Aktuell bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung

Die Tatsache, dass ein Fachgebiet aktuell bedarfsgerecht und wirtschaftlich arbeitet, erscheint gänzlich ungeeignet als Argument dieses Fachgebiet einzuschränken. Es fehlt eine Rationale für diese Begründung und diese erhebliche Einschränkung der wirtschaftlichen Freiheit der betroffenen Ärzte. Im Umkehrschluss müsste man alle Fachgebiete einschränken, die bedarfsgerecht und wirtschaftlich ihre Leistungen erbringen?

Die OBSAN Zahlen attestieren dem Kanton Zürich eine genügende Versorgung am Übergang zur Unterversorgung – und keine Überversorgung! Trotz immenser Kosten für diese Auswertungen, wird nun nicht darauf abgestützt.

Aufgrund der Zunahme der Bevölkerung und der Demographie ist in den kommenden Jahren mit einem erheblichen Mehrbedarf an Radiologen auszugehen.

Abfederung durch Begleitforschung

Es bestehen erhebliche Zweifel, dass die Gesundheitsdirektion für solch komplexe und aufwändige Forschungsprojekte die nötigen Ressourcen zur Verfügung stellen kann.

Eine wissenschaftliche Begleitforschung soll gemäss Vorabversion der Verordnung über 3 Jahre die Einführung des Zulassungsstopps untersuchen, obwohl es voraussichtlich deutlich länger dauern würde, um das Ausmass der Veränderungen erkennen zu können.

Zudem stellen sich dem VZR weitere Kernfragen:

- Wie soll die Qualität gemessen werden? Wie die Morbidität und Mortalität?
- Welche anderen Parameter werden erfasst?
- Wie wird eine Kosteneindämmung evaluiert? Insbesondere vor dem Hintergrund, dass unzählige verschiedene Fachärzte über dieselben Tarmed-Positionen abrechnen und insbesondere in der

Sonographie, dem in den letzten 4 Jahren am meisten gewachsenen Kostentreiber, die Radiologie eine absolute Minorität der Leistungen erbringt?

- Hat die GD die nötigen personellen Mittel und nötige Expertise und Datengrundlage, um eine richtungsweisende Begleitstudie zu betreiben? Wann und in welcher Form werden Resultate veröffentlicht und wie werden diese weiterer Entscheidungen beeinflussen?

Radiologie gehört aus Sicht der GD nicht zur Grundversorgung

Diese Einschätzung der GD ist falsch. Sämtliche Querschnittsfächer, und somit auch die Radiologie, sind integraler Bestandteil der Grundversorgung der Bevölkerung. Ohne die Querschnittsfächer können Grundversorger ihrer Aufgabe nicht gerecht werden. Ohne Radiologie, Labormedizin und Pathologie steht die diagnostische Abklärung der allermeisten Patienten still. Es können weder Diagnosen gestellt oder ausgeschlossen werden, noch kann eine Kontrolle eines Therapieerfolges stattfinden.

Die Grundversorger sind auf eine sehr hohe Verfügbarkeit der Radiologie angewiesen, um vor einer weiteren Überlastung geschützt zu werden.

Siehe dazu: Positionspapier der Schweiz. Gesellschaft für Radiologie SGR-SSR zum Thema Grundversorgung:

<https://sgr-ssr.ch/positionspapier-grundversorgung/>

OKP-Kosten von über 30 Mio. SFr. im Kanton Zürich

Die arbiträre Festlegung einer Zahl von 30 Mio. SFr. erscheint nicht sinnvoll, sondern zeugt von einer einseitigen Betrachtung der Kosten unter Missachtung des Nutzens. Eine verantwortungsvolle Planung erfordert jedoch eine Betrachtung der Kosten und des Nutzens einer medizinischen Leistung (siehe dazu auch "Radiologie als Querschnittsfach" weiter oben).

Bezüglich der Kosten stellt sich die Frage, wie diese OKP-Kosten der Radiologie evaluiert wurden. Denn **"Radiologie" ist nicht Synonym für "medizinische Bildgebung"**.

Radiologische Leistungen werden über das Kapitel 39 des Tarmed verrechnet. Betrachtet man die Kostenentwicklung radiologischer Leistungen über die vergangenen 4 Jahre fallen folgende Dinge auf:

- Die Kosten für Schnittbilduntersuchungen MRT und CT sind schweizweit moderat um 4.2% bzw. 7.2% gestiegen. Diese Untersuchungen werden fast ausschliesslich durch radiologische Einrichtungen erbracht. Das Kostenwachstum ist Ausdruck der zunehmenden Innovation und patienten-schonenden Diagnostik. Eine Selbstzuweisung ist nicht möglich. Vor dem Hintergrund eines Bevölkerungswachstums im Kanton Zürich von 4% über 4 Jahre (2017-2021 -<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung.assetdetail.23484614.html>) sind diese Untersuchungskosten erstaunlich wenig gewachsen.
- Die Kosten für sonographische Untersuchungen (Ultraschall) sind schweizweit überproportional gewachsen um 19.3%. Diese Untersuchungen werden nur marginal (6.7%) durch radiologische Leistungserbringer durchgeführt, jedoch durch eine Vielzahl anderer Fachärzte (93.3% der Untersuchungen), die jedoch diese Leistungen ebenfalls über das Kapitel 39 im Tarmed verrechnen. Selbstzuweisung ist hier die Regel und somit problematisch, da keine systematische Kontrolle der Indikation und Zweckmässigkeit stattfindet.

Im Falle von Höchstzahlen für Radiologen würden die steigenden Kosten für sonographische Untersuchungen, die im Jahr 2021 für 28.4% der Kosten im Bereich der Bildgebung verantwortlich waren (im Vergleich dazu CT mit 14.8% und MR mit 24.4%) nicht gesenkt, obwohl hier bei einem schweizweiten Gesamtvolumen an Ultraschalluntersuchungen in Höhe von CHF 539 Mio. am ehesten

Handlungsbedarf besteht. Es ist sogar davon auszugehen, dass aufgrund mangelnder Termine für eigentlich indizierte und nötige Schnittbildgebung (CT und MRI) vermehrt sonographische Untersuchungen stattfinden und somit diese Kosten noch weiter steigen.

Die Rationale, dass weniger Radiologen auch weniger Kosten verursachen ist deshalb falsch. Die Anzahl indizierter Untersuchungen wird nicht abnehmen (im Gegenteil) jedoch verspätet durchgeführt werden.

Aus obigen Ausführungen ergeben sich für den VZR folgende Fragen:

- Haben die Autoren der Vorlage Kosten und Nutzen medizinischer Leistungen betrachtet? Oder einseitig nur die Kostenseite radiologischer Leistungen angesehen?
- Wie wurden die Kosten der Radiologie zu Lasten OKP berechnet?
- Unterschieden die Autoren in ihren Erwägungen zwischen Radiologie und medizinischer Bildgebung?
- Sind sich die Autoren der Vorlage bewusst, dass die Hauptkostentreiber die sonographischen Untersuchungen sind, welche nicht durch Radiologen durchgeführt werden?
- Sind sich die Autoren der Vorlage bewusst, dass anzunehmen ist, dass sonographische Untersuchungen bei einem Zulassungsstopp in der Radiologie noch weiter steigen werden, ohne einen relevanten Mehrwert für die Patienten?

[Anzahl Zulassungen für Radiologen hat zugenommen](#)

Diese Tatsache ist nicht erstaunlich, da ein kommender Zulassungsstopp schon lange ein Thema ist. Die Anzahl Radiologen hat sich damit aber nicht vermehrt. Dieses Phänomen war auch anlässlich mehrerer - wirkungsloser - Praxisstopps während vergangener Jahre zu beobachten.

[Überkantonale und internationale Vernetzung / Teleradiologie](#)

In der radiologischen Bildgebung ist der Ort, an dem Bilder akquiriert werden nicht identisch mit dem Ort der Interpretation der Bilder. Bilder werden interkantonal und sogar international versandt und interpretiert. Es gibt weite teleradiologische Vernetzungen zwischen Spitälern und privaten Instituten sowie rein teleradiologisch tätige Unternehmen, welche Spitäler und Institute unterstützen.

Aus obigen Ausführungen ergeben sich für den VZR folgende Fragen:

- Sind sich die Verfasser der Verordnung, dieses Umstandes bewusst?
- Wie wird diesem Umstand in der Bedarfsplanung Rechnung getragen?
- Wie wird garantiert, dass hier kein Missbrauch geschieht? Konkret könnte z.B. ein Spital ambulante Untersuchungen einer Aussenstelle durch Radiologen im Haupthaus beurteilen lassen. Dies wäre zwar angesichts der Subspezialisierung oft sinnvoll, würde jedoch den Zulassungsstopp umgehen.
- Ist dieser Umstand mit einer Verordnung überhaupt sinnvoll zu regeln und können diese Regeln kontrolliert werden ohne einen immensen Aufwand?

Ausbildung - Nachwuchs - Implikationen auf Lehrspitäler und künftige Versorgung - Zeitbedarf, um Ausbildung wieder hochzufahren - Einfluss auf Attraktivität des Medizinstudiums in Zeiten des Mangels

Das Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie des Universitätsspital Zürich beschäftigt insgesamt ca. 35 Assistenzärzt*innen in Weiterbildung. Die Weiterbildung der Ärztinnen erfolgt primär im Universitätsspital und in Zusammenarbeit mit diversen umliegenden Spitälern. Pro Jahr schliessen ca. 7 ÄrztInnen die Weiterbildung ab. Bei Einführung des Moratoriums würden diese Assistenzärzte keine Anschlussstelle finden und im Betrieb verbleiben. Da aufgrund des beschränkten Personabudgets die Zahl der Kaderärzte jedoch begrenzt ist, müssten diese ÄrztInnen als AssistenzärztInnen im Betrieb verbleiben, was wiederum die Anstellung neuer AssistenzärztInnen ab Studium verhindert, und die Attraktivität des Berufes mindert.

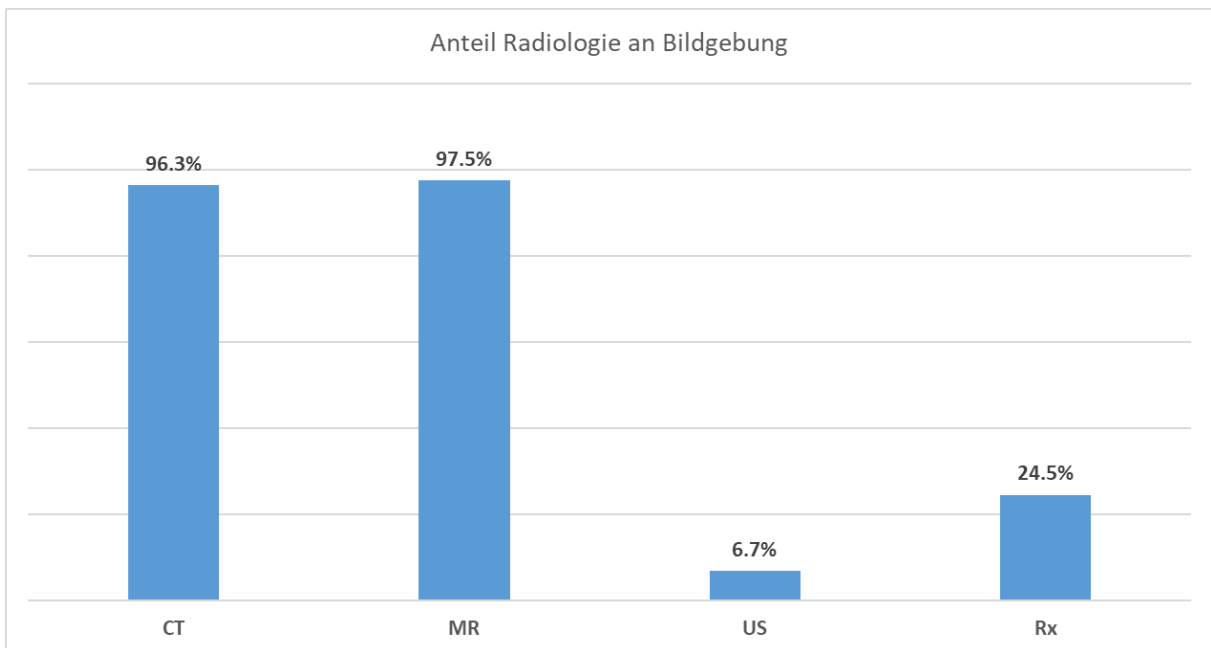
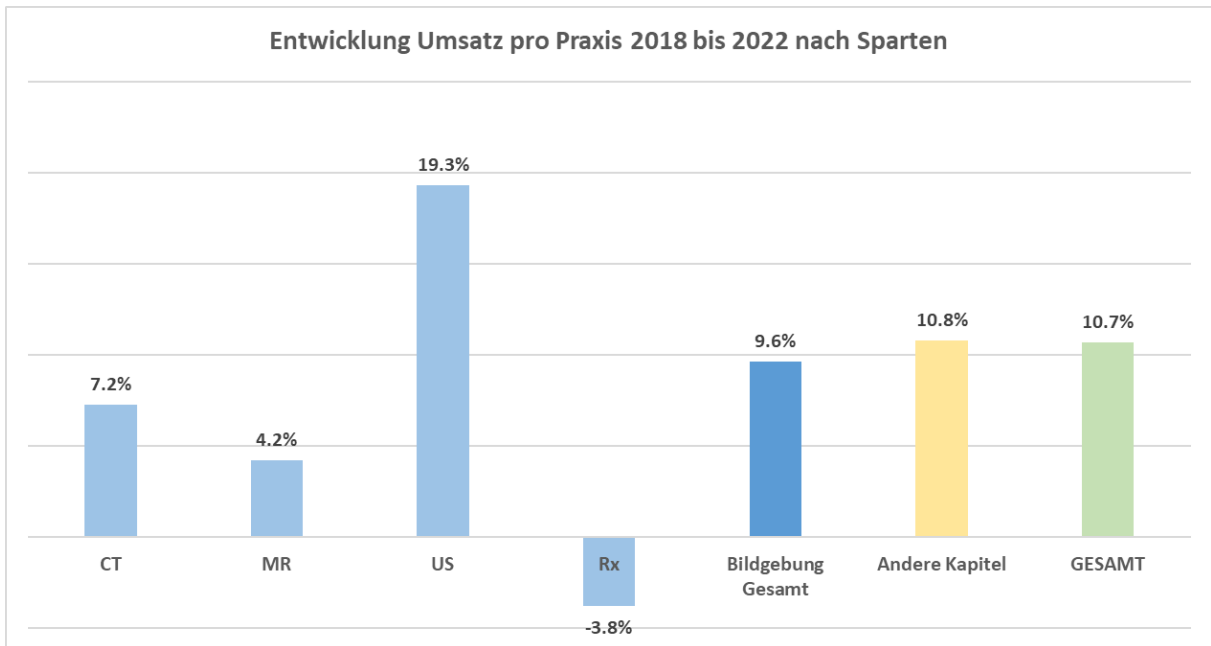
Sollte dann im Rahmen einer reduzierten Versorgung des Moratoriums der Zulassungsstopp gelockert werden, kommt es zu einer raschen Verteilung der blockierten Fachärzte in die Institutionen. Dies führt dann zu einem Mangel an Assistenzärzten in Weiterbildung, was zu einem weiteren Engpass führen und die Lage weiter verschärfen würde. Zudem können keine Fachärzte aus dem Ausland rekrutiert werden, da denen die notwendigen 3 Jahre in einem Spital in der Schweiz fehlen. Zusammenfassend mögen diese Massnahmen kurzfristig sinnvoll erscheinen, führen aber längerfristig zu einer Verschärfung des Facharztmangels insb. auch im Hinblick auf die Alterspyramide.

Trennung stationär / ambulant

Eine Trennung radiologischer Leistungen in stationär und ambulant ist nicht möglich. Das Missbrauchspotential ist erheblich und der Aufwand für eine annäherungsweise Trennung der zwei Sektoren unverhältnismässig gross. Insgesamt dürften über 90% der radiologischen Leistungen in Spitälern sowie in Instituten im ambulanten Sektor anfallen. Es wäre deshalb einfacher die gesamte Radiologie als ambulantes Fach zu definieren.

Die Verflechtung ist in der Radiologie ausgesprochen komplex:

- Alle grossen Spitäler im Kanton führen Radiologie-Institute ausserhalb des Spitals. Es ist möglich mehr ambulante Untersuchungen durchzuführen und die Bilder am Spital mit nicht-ambulant zugelassenen Radiologen interpretieren zu lassen.
- Private Kliniken haben eigene Radiologien, angestellte Radiologen oder Verträge mit Gesellschaften, welche die Radiologische Leistung erbringen.
- Private Institute sind zum Teil in Spitälern eingemietet.
- Teleradiologische Anbieter versenden Untersuchungen interkantonal und international. Der Ort einer radiologischen Untersuchung ist nicht der Ort, an dem die Untersuchung interpretiert wird.



Quelle: niuvidence; Ausgewertet am 12.10.2022 mit Stand für 2022 von 06/2021 bis 05/2022

Anmerkungen zu den einzelnen Bestimmungen der Verordnung

§ 2 Geltungsbereich fachbezogen

Wir möchten hier betonen, dass das Fachgebiet der Radiologie als Querschnittsfach zur Grundversorgung zu zählen ist. Nur schon geringe Verzögerungen in der Abklärung von Patienten behindern die gesamte medizinische Versorgung von der Grundversorgung bis zu den Spezialisten - insbesondere auch in der Notfallbehandlung.

Medizinische Bildgebung ist nicht mit Radiologie gleichzusetzen. Ein überwiegende Mehrheit der sonographischen Untersuchungen, welche in den letzten Jahren fast alleinig zu einem Kostenwachstum führten, werden nicht durch Facharzttitelträger FMH Radiologie durchgeführt, sondern durch eine Vielzahl anderer Weiterbildungstitelträger, welche in ihren Praxen in Selbstzuweisung sonographische Untersuchungen durchführen. Die Einführung von Höchstzahlen für Titelträger FMH Radiologie gemäss Art. 5 der Höchstzahlenverordnung ist somit nicht zielführend, um Kostenzunahmen zu verhindern, da es sich nicht um eine abgrenzbare Gruppe von Leistungserbringern handelt.

Die Vorlage geht von der simplizistischen und falschen Annahme aus, dass Radiologen beliebig austauschbar sind und einer homogene Masse entsprechen. De facto ist die Radiologie eine sehr stark subspezialisierte Fachrichtung (Kinderradiologie, Neuroradiologie, Radiologie des Bewegungsapparates, Thoraxradiologie, Abdominale Radiologie mit ihren Subsubdisziplinen, kardiale Bildgebung, interventionelle Radiologie, und viele mehr). Jeder subspezialisierte Radiologe bedient das spezifische Bedürfnis einer zuweisenden Ärztegruppe. Der Allgemein-Radiologe ist ein aussterbendes Konzept. Der Blick in die USA zeigt, dass es kaum noch Radiologen gibt, die das volle Spektrum des Faches anbieten. In einzelnen Subdisziplinen der Radiologie ergibt es sich deshalb, dass lediglich ein Hand voll hochspezialisierter Radiologen im Kanton Zürich tätig sind.

Aus obigen Ausführungen ergeben sich für den VZR folgende Fragen:

- Wie wird garantiert, dass von jeder Subspezialisierung genügend qualifizierte Radiologen vorhanden sind, insbesondere auf bei einer Praxisübergabe? Wie wird garantiert, dass die Zürcher Bevölkerung in jeder Subspezialisierung genügend versorgt ist?

§ 4 Zulassung Grundsatz

Der Begriff und die Definition des Vollzeitäquivalentes (VZÄ) sind aus unserer Sicht hoch problematisch. Entsprechen 100% einem 70h-Pensum? Oder 50h? Der VSAO fordert für Assistenten eine 42h-Woche. Welche Arbeitsstunden werden gezählt? Sprechstundenzeiten mit oder ohne die Arbeitsstunden für Administration? Arbeiten rein zu Lasten der OKP?

Radiologen leisten unzählige Stunden als Berater in verschiedenen Boards in denen komplexe Fälle besprochen werden. Diese Arbeit wird in der Regel nicht vergütet. Auch Zweitlesungen und Leistungen zu Gunsten von Unfallversicherungen etc. machen einen grossen Teil der Arbeit aus. Tätigkeiten zu Lasten der OKP geraten so in ein Konkurrenzverhältnis mit anderen Tätigkeiten, die allenfalls besser vergütet sind, was zu einem zusätzlichen Mangel an Arbeitskraft für wichtige diagnostische Tätigkeiten zu Lasten OKP führen kann.

Es ist davon auszugehen, dass ein abtretender Facharzt, der sein 100% Pensum abgibt nicht von einem Nachfolger allein abgelöst werden kann. Gründe sind die zunehmende administrative bürokratische Arbeit und die generell weniger ausgeprägte Leistungsbereitschaft nachkommender Ärzte, insbesondere für Tätigkeiten, die nicht oder zu schlecht abgegolten werden.

Aus obigen Ausführungen ergeben sich für den VZR zudem folgende Fragen:

- Wie werden Personalengpässe durch chronisch erkrankte Mitarbeiter und Abwesenheit durch Schwangerschaft gehandhabt? Wie können diesbezügliche Versorgungslücken abgedeckt werden?
- Wie wird vor dem Hintergrund solcher Betrachtungen sichergestellt, dass weibliche Mitarbeiterinnen und chronisch kranke Arbeitnehmer nicht benachteiligt werden, da man sie unter den Voraussetzungen eines Zulassungsstopps ohne abfedernde Massnahmen nicht mehr anstellen möchte?
- Wie gedenkt die GD die Mammutaufgabe der Kontrolle der Pensen zu gewährleisten? Die genannten Kosten für die Führung einer Warteliste in den Erläuterungen zum Vorentwurf (Kapitel C.) dürften mit Abstand die geringsten Kosten sein, die anfallen!

§ 6 Warteliste

Wer eine Zulassung hat, wird diese kaum gratis abgeben, sondern versuchen diese zu verkaufen im Rahmen einer Praxisübernahme. Ebenso kann, wer auf der Warteliste steht, und eine Zulassung ergattert, diese kurz darauf wieder verkaufen/weitergeben an einen "Nachfolger".

Betrachtet man wie in Deutschland mit Kassensitzen gehandelt wird, hat man einen Vorgeschmack, was sich bei uns ergeben könnte.