



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

Auswertung Vernehmlassungsantworten und Mitberichte

28. Februar 2024



Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Zulassungsbeschränkung mittels Höchstzahlen	5
3	Vereinbarkeit mit übergeordnetem Recht	7
4	Selektion der zu beschränkenden Fachgebiete	8
5	Einzelne Bestimmungen der VHZA	10
6	Mitberichte	17
	Anhang 1: Verzeichnis der Vernehmlassungsteilnehmenden	18

1 Ausgangslage

Mit Inkrafttreten des revidierten Art. 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10; in der Fassung vom 19. Juni 2020, in Kraft seit dem 1. Juli 2021) wurde die Zulassungsbeschränkung in der Schweiz neu geregelt. Die Kantone sind neu verpflichtet, in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Leistungen erbringen, mittels Höchstzahlen zu beschränken. Die Grundsätze zur Bestimmung der Höchstzahlen präziserte der Bundesrat in der Verordnung vom 23. Juni 2021 über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (Höchstzahlenverordnung; SR 832.107, in Kraft seit dem 1. Juli 2021).

Zur Umsetzung von Art. 55a KVG hat die Gesundheitsdirektion die Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (VHZA) erarbeitet. Die VHZA sieht vor, gestützt auf die Übergangsbestimmung in Art. 9 Höchstzahlenverordnung jene Fachgebiete zu beschränken, in denen das ermittelte Angebot an Ärztinnen und Ärzten einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung entspricht. Während der öffentlichen Vernehmlassung vom 28. März 2023 bis zum 27. Juni 2023 konnten alle Interessierten ihre Stellungnahme zur VHZA einreichen. Die Gesundheitsdirektion nutzte dazu die Webapplikation eVernehmlassung des Kantons Zürich. Zur Vernehmlassung eingeladen wurden:

- Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich
- Verband Züricher Krankenhäuser
- Vereinigung der Privatkliniken des Kantons Zürich
- curafutura
- santésuisse
- Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzt*innen Zürich
- Patientenstelle Zürich
- Schweizerische Stiftung Patientenorganisation

Mit Ausnahme der Patientenstelle Zürich sowie der Schweizerische Stiftung Patientenorganisation haben alle eingeladenen Organisationen eine Stellungnahme verfasst und fristgerecht übermittelt. Darüber hinaus sind zusätzliche Stellungnahmen von Leistungserbringern oder ihren Verbänden, politischen Parteien sowie Privatpersonen eingegangen. Insgesamt haben 38 Interessierte an der Vernehmlassung teilgenommen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Vernehmlassungsteilnehmende nach Kategorie



Die überwiegende Mehrheit der eingetroffenen Stellungnahmen enthält sowohl allgemeine Einschätzungen zur Zulassungsbeschränkung, zur Vereinbarkeit der Verordnung mit übergeordnetem Recht sowie zur Methodik zur Selektion der zu beschränkenden Fachgebiete als auch Anregungen zu einzelnen Paragraphen der VHZA. In diesem Bericht sind die generellen Rückmeldungen thematisch zusammengefasst und die konkreten Anregungen tabellarisch dargestellt.

In der Zusammenfassung nicht berücksichtigt wurden konkrete Forderungen, deren Umsetzung gegen bundesrechtliche Bestimmungen verstossen würde. Nicht aufgeführt sind konkrete statistische oder qualitative Informationen, die als Argumente gegen eine Beschränkung der gemäss Vorentwurf der VHZA zu beschränkenden Fachgebiete Kardiologie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Radiologie und Urologie vorgebracht wurden. Diese Hinweise können zur Beurteilung der einzelnen Fachgebiete berücksichtigt werden, lassen sich jedoch nicht in allgemeinen Aussagen zusammenfassen.

Dieser Bericht zur Auswertung der Vernehmlassungsantworten sowie der Mitberichte umfasst eine Zusammenfassung der allgemeinen Einschätzungen zur Zulassungsbeschränkung mittels Höchstzahlen (Kapitel 2), zur Vereinbarkeit der Verordnung mit übergeordnetem Recht (Kapitel 3) und zur Methodik zur Selektion der zu beschränkenden Fachgebiete (Kapitel 4) sowie eine tabellarische Zusammenstellung der Anregungen zu einzelnen Paragraphen der VZHA (Kapitel 5). Abschliessend werden in Kapitel 6 die Mitberichte der anderen Direktionen kurz zusammengefasst.

2 Zulassungsbeschränkung mittels Höchstzahlen

Die mit Art. 55a KVG eingeführte Beschränkung der Zulassungen zur Tätigkeit zulasten der OKP wird von einer grossen Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden kritisch beurteilt. Die allermeisten Leistungserbringer und ihre Verbände, der VSAO, die GLP sowie eine Privatperson äussern grundlegende Kritik an der Zulassungsbeschränkung generell und/oder am vorgesehenen Instrument der Höchstzahlen und lehnen auch den Verordnungsentwurf zur Umsetzung von Artikel 55a KVG im Kanton Zürich ab. Als Hauptargumente werden die drohende Gefahr einer Unterversorgung in den beschränkten Fachgebieten, die fehlende Wirksamkeit zur Kostendämpfung sowie das mangelhafte Instrument der Höchstzahlen genannt:

- *Drohende Gefahr einer Unterversorgung:* Eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden geht davon aus, dass sich eine Zulassungsbeschränkung negativ auf die Gesundheitsversorgung auswirken wird. In den betroffenen Fachgebieten würden weniger Ärztinnen und Ärzte eine Weiterbildung zum Facharzt/-ärztin beginnen. Ärztinnen und Ärzte, die über einen entsprechenden Facharzt/-ärztinstitel verfügen oder einen solchen erwerben, jedoch nicht zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen sind, würden vermehrt in andere Kantone abwandern. Weniger Ärztinnen und Ärzte würden nach einer temporären Auszeit ihre Tätigkeit wiederaufnehmen, da der Wiedereinstieg erschwert wird, und zugleich dürfte die Anzahl Berufsaussteiger zunehmen, da neue Arbeitsmodelle verunmöglicht werden. Die Folge sei eine Verschärfung des bereits bestehenden Fachkräftemangels sowie eine Unterversorgung in den beschränkten Fachgebieten, da der stetig aufgrund des Bevölkerungswachstums, des demografischen Wandels sowie der medizinischen Innovation steigende Bedarf durch das bestehende Angebot nicht mehr gedeckt werden könne. Mehrfach wird ergänzt, dass eine Zulassungsbeschränkung negative Auswirkungen auf die Qualität mit sich bringe. Ärztinnen und Ärzte würden eine Priorisierung der Behandlung von Patientinnen und Patienten vornehmen müssen und dabei lukrative den medizinisch wichtigen Fällen vorziehen. Gewisse Behandlungen der beschränkten Disziplinen müssten von Ärztinnen und Ärzten aus anderen Fachgebieten vorgenommen werden, auch wenn dies aus fachlich-medizinischer Sicht nicht sinnvoll ist.
- *Fehlende Wirksamkeit zur Kostendämpfung:* Nach Ansicht eines Grossteils der Vernehmlassungsteilnehmenden verhindert eine Zulassungsbeschränkung eine Verlagerung der Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich oder verursacht gar ein Anstieg stationärer Leistungen. Behandlungen würden zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, wenn die Krankheiten bereits weiter fortgeschritten sind. Zudem führe eine Beschränkung zu einem Handel mit Zulassungen und folglich zu einem Anstieg der Lohnkosten von Ärztinnen und Ärzten und bringe hohe Umsetzungskosten mit sich. Eine Zulassungsbeschränkung sei daher nicht kostendämpfend, sondern kostentreibend. Mehrere Vernehmlassungsteilnehmende ergänzen, dass keine wissenschaftliche Evidenz für eine kostendämpfende Wirkung der Zulassungsbeschränkung bestehe und dass es geeignetere Massnahmen für Kosteneinsparungen wie beispielsweise die einheitliche Finanzierung (EFAS) gebe. Auch sei der Zeitpunkt für eine Zulassungsbeschränkung ungeeignet, da zunächst die Wirkung der Ende 2019 im Kanton Zürich und per 2022 mit Artikel 37 KVG schweizweit eingeführten Vorgabe, dass Ärztinnen und Ärzte für eine Zulassung drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte tätig gewesen sein müssen, abgewartet werden müsse. Ohnehin sei im finanzstarken Zürich keine Notwendigkeit für Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen gegeben.

- *Mangelhaftes Instruments der Höchstzahlen:* Eine grosse Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden ist der Ansicht, dass Vollzeitäquivalente keine zweckmässige Grundlage für Höchstzahlen darstellen. Eine exakte Bestimmung der Vollzeitäquivalente sei nicht möglich, da das Pensum einzelner Ärztinnen und Ärzte nicht bekannt sei und sich regelmässig ändern könne, da die Vollzeitäquivalente bei Mehrfachtitelträgerinnen und -trägern nicht eindeutig auf die verschiedenen Fachgebiete aufgeteilt werden können und da in Spitälern keine klare Trennung zwischen der ambulanten und stationären Tätigkeit der Ärzteschaft möglich sei. Weitere genannte Gründe sind, dass die Vollzeitäquivalente auf Grundlage von Halbtagen bestimmt werden und deshalb eine über die Normalarbeitszeit hinausgehende Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten nicht berücksichtigen, dass weder Leistungen ausserhalb des KVG noch notwendige Vorhalteleistungen in die Bestimmung der Vollzeitäquivalente miteinbezogen werden sowie dass keine Möglichkeit zur Überprüfung zugelassener Vollzeitäquivalente besteht. Zusätzlich zur Problematik der Vollzeitäquivalente wird mehrfach vorgebracht, dass eine Beschränkung mittels Höchstzahlen zu starr sei und sich verändernde Umstände wie beispielsweise Patientenbedürfnisse sowie den medizinischen Fortschritt nicht einbeziehe. Ebenso seien Patientenströme, der Einfluss der hochspezialisierten Medizin sowie Spezialisierungen innerhalb der einzelnen Fachgebiete nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt.

Nicht explizit zur Zulassungsbeschränkung oder zum Instrument der Höchstzahlen äussern sich vereinzelt Leistungserbringer und ihre Verbände, die beiden Verbände der Krankenkassenversicherer, von den politischen Parteien die GP sowie eine Privatperson. Diese Vernehmlassungsteilnehmenden nehmen eine neutrale oder positive Haltung zur Umsetzung von Artikel 55a KVG mit dem vorgeschlagenen Verordnungsentwurf ein. Einzelne dieser Vernehmlassungsteilnehmenden führen aus, dass mit dem Vorentwurf der Verordnung die bundesrechtlichen Bestimmungen erfüllt seien und dass ein Abbau von Überkapazitäten sinnvoll sei.



3 Vereinbarkeit mit übergeordnetem Recht

Eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden ist der Ansicht, dass zur Umsetzung von Art. 55a KVG eine kantonale gesetzliche Grundlage benötigt wird und verweist hierbei auf das Urteil des Kantonsgerichts Basel-Land vom 18. Januar 2023. Vereinzelte Vernehmlassungsteilnehmende äussern folgende weitere Einwände zur Vereinbarkeit der Zulassungsbeschränkung und der VHZA mit übergeordnetem Recht: Die Zulässigkeit der neuen Regelungen zur Zulassungserteilung gemäss dem Diskriminierungsverbot des Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen; SR 142.112.681) sei nicht geklärt. Die Berechnung des aktuellen Angebots widerspreche Art. 2 der Höchstzahlenverordnung, gemäss welchem eine Tätigkeit während zehn Halbtagen als Vollzeittätigkeit gelte. Die Festlegung der Höchstzahlen seien entgegen der Vorgabe von Art. 55a Abs. 3 KVG ohne eine Koordination mit anderen Kantonen erfolgt.

4 Selektion der zu beschränkenden Fachgebiete

Die Mehrheit der Leistungserbringer und ihrer Verbände sowie der VSAO beurteilen die Methodik zur Auswahl der zu beschränkenden Fachgebiete als ungenügend. Hauptargument ist das Fehlen einer fundierten Prognose des Bedarfs als Grundlage für eine objektive Ermittlung der notwendigen Anzahl Ärztinnen und Ärzte. Mehrere dieser Vernehmlassungsteilnehmenden verweisen als Beispiel für eine mögliche Bedarfsprognose auf die Spitalplanung. Andere Vernehmlassungsteilnehmende kommen zum Schluss, dass die bestehenden Daten im ambulanten Bereich nicht für einen evidenzbasierten Entscheid zur Auswahl zu beschränkender Fachgebiete ausreichen. Mehrfach aufgeführt wird zudem, dass die Methodik nicht ausreichend transparent dargestellt und deshalb nicht nachvollziehbar ist.

Zu den vier Kriterien, die gemäss VHZA für eine Beschränkung eines Fachgebiets kumulativ erfüllt sein müssen, äussern sich die Vernehmlassungsteilnehmenden wie folgt:

- *Das Fachgebiet gehört nicht zur medizinischen Grundversorgung:* Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden erachten eine klare Trennung zwischen medizinischer Grundversorgung und spezialisierter Versorgung als nicht möglich. So wird mehrfach darauf hingewiesen, dass die zur Beschränkung vorgeschlagenen Fachgebiete Kardiologie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Radiologie und Urologie eine grössere Bedeutung in der Notfallversorgung haben oder eine wichtige Funktion in der Querschnittsversorgung wahrnehmen, weshalb die vier Fachgebiete auch der Grundversorgung zugerechnet werden könnten.
- *Das Fachgebiet weist eine relevante Grösse und gemäss dem Versorgungsgrad des EDI keine klare Unterversorgung auf:* Der Grenzwert für eine relevante Grösse von jährlich ambulanten Kosten in der OKP über 30 Mio. CHF wird von mehreren Vernehmlassungsteilnehmenden willkürlich beurteilt. Den Versorgungsgrad des EDI erachtet eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden insbesondere aufgrund der mangelhaften Datengrundlage als nicht aussagekräftig und deshalb ungeeignet als Kriterium für die Zulassungsbeschränkung. Vereinzelte Vernehmlassungsteilnehmende verweisen darauf, dass andere Fachgebiete einen höheren Versorgungsgrad als die zur Beschränkung vorgesehenen Fachgebiete aufweisen und deshalb eher zu beschränken seien.
- *Das Fachgebiet ist gemäss den Daten zu Leistungen und Angebot in den letzten Jahren stärker als die Bevölkerung gewachsen und ein weiteres Wachstum ist zu erwarten ist:* Nach Ansicht einer Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden sind neben dem Bevölkerungswachstum weitere Kriterien zu berücksichtigen, die den Bedarf nach medizinischen Leistungen beeinflussen. Besonders häufig wird der demografische Wandel genannt. Aber auch medizinische Innovation, sich verändernde Patientenbedürfnisse sowie wandelnde Arbeitsmodelle werden als zu berücksichtigende Einflussfaktoren aufgeführt. Ein weiterer Kritikpunkt mehrerer Vernehmlassungsteilnehmenden betrifft die Verwendung des absoluten Wachstums. Veränderungen von Angebot und Leistungen pro Patientin oder pro Patient seien aussagekräftiger. Vereinzelte Vernehmlassungsteilnehmende erachten das Wachstum hingegen als gänzlich ungeeignetes Kriterium, da dieses keinen Rückschluss auf eine mögliche Über- oder Unterversorgung zulasse. So könne ein Wachstum durchaus erwünscht sein, wenn in diesem Fachgebiet eine Unterversorgung bestehe. Ein Vernehmlassungsteilnehmer hingegen regt an, eine Zulassungsbeschränkung weiterer, stark wachsender Fachgebiete zu prüfen.



- *Die Erfahrungen der Grundversorger bei Zuweisungen sowie die Gespräche mit den Fachgesellschaften keine klaren Indizien für eine aktuelle oder absehbare Unterversorgung lieferten:* Eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden ist der Ansicht, dass die Einschätzungen von einzelnen Leistungserbringern sowie der Fachgesellschaften nicht objektiv und deshalb als Kriterium für die Auswahl der zu beschränkender Fachgebiete ungeeignet sind.

Aufgrund der ungenügenden Methodik zur Auswahl der zu beschränkenden Fachgebiete sowie der grundsätzlichen Vorbehalte zur Zulassungsbeschränkung fordert eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden ein Verzicht auf die Inkraftsetzung der VHZA. Weitere vereinzelte Vernehmlassungsteilnehmende unterstützen eine minimalste Umsetzung von Art. 55a KVG, indem ein einziges Fachgebiet beschränkt wird.

5 Einzelne Bestimmungen der VHZA

Die eingetroffenen Stellungnahmen umfassten neben allgemeiner, in den vorgehenden Kapiteln 2 bis 4 zusammengefassten Einschätzungen konkrete Hinweise zu einzelnen Paragraphen der VZHA. Diese Anregungen zur Verordnung sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Vorentwurf vom 15. März 2023	Anregungen der Vernehmlassungsteilnehmenden
§ 1 Gegenstand und Zweck ¹ Diese Verordnung regelt für den ambulanten Bereich in bestimmten medizinischen Fachgebieten Höchstzahlen für ärztliche Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. a, h und n KVG. ² Die Höchstzahlen werden pro medizinischem Fachgebiet in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) festgelegt. ³ Die Festlegung von Höchstzahlen bezweckt eine bedarfsgerechte Beschränkung des Angebots an Ärztinnen und Ärzten, die ambulante Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbringen.	- Die Zulassungsbeschränkung ist nur bei ärztlichen Leistungserbringern anzuwenden, die zu 100% ambulant tätig sind. Spitäler sind als Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. h auszunehmen. (VZK, GZO) - Die Festlegung der Höchstzahlen in VZÄ gemäss Art. 55a Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 2 Höchstzahlenverordnung wird grundsätzlich in Frage gestellt (vgl. Kapitel 2). - Der Begriff «bedarfsgerecht» ist zu definieren. Zu berücksichtigen sind saisonale, regionale Schwankungen sowie Vorhalteleistungen. (VZK, FMP, FMCH, ZGK) - Änderungsvorschlag (USZ): 3 Die Festlegung von Höchstzahlen bezweckt eine bedarfsgerechte Beschränkung des Angebots an Ärztinnen und Ärzten, die ambulante Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbringen, unter Wahrung der Ansprüche der Patientinnen und Patienten auf medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen.
§ 2 Geltungsbereich fachbezogen Der Beschränkung unterstehen die medizinischen Fachgebiete gemäss Anhang 1.	- Die Festlegung der zu beschränkenden Fachgebiete gemäss Anhang 1 wird grundsätzlich in Frage gestellt (vgl. Kapitel 4). - Änderungsvorschlag (USZ): 1 In den im Anhang genannten medizinischen Fachgebieten entspricht der Versorgungsbedarf dem Angebot der Leistungserbringer bei Inkrafttreten der Verordnung. Der Anhang gibt dieses Angebot wieder. 2 Die Gesundheitsdirektion passt das maximal zulässige Angebot jährlich dem ausgewiesenen Bedarf in den Fachgebieten an. Es konsultiert vorgängig insbesondere die Leistungserbringer und ihre Verbände und die medizinischen Fachgesellschaften.
§ 3 Geltungsbereich personenbezogen ¹ Der Beschränkung unterstehen Ärztinnen und Ärzte mit einem Weiterbildungstitel in einem medizinischen Fachgebiet gemäss Anhang 1 und Personen ohne Weiterbildungstitel, die unter Aufsicht von Ärztinnen und Ärzten mit einem Weiterbildungstitel in einem medizinischen Fachgebiet gemäss Anhang 1 tätig sind.	- Die Bestimmung ist unklar formuliert und deshalb zu präzisieren. (VZK, IGMG, FMCH, VSAO) - Durch den Miteinbezug von Ärztinnen und Ärzten ohne Weiterbildungstitel, die unter Aufsicht von Ärztinnen und Ärzten arbeiten, wird der Pool von VZÄ ohne ersichtlichen Grund stark eingeschränkt. (FMP) - Als Übergangsbestimmungen sind Ausnahmen für Ärztinnen und Ärzte zu definieren, die aktuell ohne Zulassungen in Weiterbildung oder in einem Spital tätig sind. (Privatperson)



² Von der Beschränkung ausgenommen sind Ärztinnen und Ärzte ohne Weiterbildungstitel, die sich in Weiterbildung in einem Fachgebiet gemäss Anhang 1 befinden.	- Die Ausnahme von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung wird begrüsst. (IGMG, SBV, FMCH) - In der Umsetzung bestehen praktische Probleme, insbesondere, dass Ärztinnen und Ärzte den Abschluss ihrer Weiterbildung hinauszögern, um möglichst lange ohne Zulassung tätig sein zu können. (SBV, Uroviva, FMCH) - Dass Ärztinnen und Ärzten nach Erlangen des Facharzttitels automatisch eine Zulassung erhalten, ist nicht mit einer plafonierten Höchstzahl vereinbar. (AGZ, FMP, ZGK) - Da das BAG Ärztinnen und Ärzte ohne dreijährige Tätigkeit an einer anerkannten Schweizer Weiterbildungsstätte mit Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung gleichsetzt, führt dies zu einer Ungleichbehandlung mit Ärztinnen und Ärzten, die ihre Weiterbildung in der Schweiz absolviert haben. (Uroviva) Ärztinnen und Ärzte ohne dreijährige Tätigkeit an einer anerkannten Weiterbildungsstätte sind von der Beschränkung auszunehmen (ZUP). - In Universitätsspitalern tätige Ärztinnen und Ärzte sind von der Beschränkung auszunehmen. (USZ)
§ 4 Zulassung Grundsatz ¹ In einem medizinischen Fachgebiet gemäss Anhang 1 wird ein Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. a und n KVG nur zugelassen, wenn die Höchstzahl nicht erreicht ist. ² Erteilte Zulassungen, die im Jahr vor Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung nicht genutzt wurden, werden bei der Ermittlung der verfügbaren VZÄ nicht berücksichtigt. ³ Die Zulassungserteilung erfolgt nach der Rangfolge des Eingangsdatums der Gesuche.	- Die Kriterien, wann für ein Fachgebiet Höchstzahlen festgelegt werden, sind im Gesetz zu definieren. (VZK, FMCH) - Im Sinne der Gleichbehandlung sind Spitäler als Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. h zu ergänzen. (AGZ, VSAO) - Die Regelung ist starr und es fehlt ein Konzept zur dynamischen Anpassung an einen steigenden medizinischen Bedarf (USZ, Privatperson). - Nicht geregelt ist, was z.B. im Rahmen eines Entzugs eines Leistungsauftrags oder einer Spitalschliessung passiert, d.h. wie die Gefahr einer Unterversorgung abgewendet werden kann. (VSAO) - Aufgrund dieser Bestimmung können mit Zulassungen auf Vorrat die Höchstzahlen umgangen werden, was unfair für junge Ärztinnen und Ärzte ist. (FMP) - Die Bestimmung verstösst gegen Art. 55a Abs. 5 KVG und ist deshalb ersatzlos zu streichen. (ZUP) - Es ist unklar, was mit diesen nicht berücksichtigten Zulassungen passiert, insbesondere, wenn diese doch wieder genutzt werden. (FMCH) - Die Bestimmung ist nicht umsetzbar, da Leistungen auch nach mehr als einem Jahr in Rechnung gestellt werden können. (ZKG) - Ein Vorbehalt bzgl. der Übertragung zur Praxisübergabe gemäss § 8 ist zu ergänzen. (VSAO) (siehe § 6 Abs. 3)



§ 5 Zulassung Bestandesschutz Ein zugelassener Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. a, h und n KVG kann Neubesetzungen von Arbeitsstellen in einem medizinischen Fachgebiet nach Anhang 1 vornehmen, sofern das Total seiner ambulanten VZÄ in diesem Fachgebiet im Vergleich zum Stand bei Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung konstant bleibt.	- Der Bestandesschutz wird begrüsst. (IGMG, USZ, ZUP) - Die Bestimmung ist zu streichen, da der Bestandesschutz aufgrund bundesrechtlicher Vorgaben vorgeschrieben wird. (FMP, SBV, ZUP) - Die Bestimmung ist nur umsetzbar, wenn VZÄ effektiv gemessen werden können. (AGZ, ZGK) - Es fehlt Flexibilität im Umgang mit Krankheit, schwangerschaftsbedingten Ausfällen, unbezahlten Urlauben. (AGZ, Uroviva, VSAO) - Es ist zu berücksichtigen, dass der Verlust von erfahrenem Personal mit zusätzlichen Stellenprozenten kompensiert werden muss. (VZK, Uroviva, SBV, ZUP) - Änderungsvorschlag (USZ): Ein zugelassener Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. a, h und n KVG kann Neubesetzungen von Arbeitsstellen in einem medizinischen Fachgebiet nach Anhang 1 vornehmen, sofern das Total seiner ambulanten VZÄ in diesem Fachgebiet im Vergleich zum Stand bei Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung dadurch nicht erhöht wird. § 8 Abs. 3 und § 11 Abs. 2 sind entsprechend anzupassen. - Da die Trennung von stationär und ambulanter Ärzteschaft in Spitälern über VZÄ nicht ausweisbar ist, sind Spitäler von der Regelung auszunehmen. (GZO)
§ 6 Warteliste ¹ Für jedes medizinische Fachgebiet gemäss Anhang 1 führt das Amt für Gesundheit eine Warteliste für Zulassungen für Ärztinnen und Ärzte. ² Wenn die Höchstzahl in einem medizinischen Fachgebiet gemäss Anhang 1 ausgeschöpft ist, werden Gesuche nach der Rangfolge des Eingangsdatums in der Warteliste erfasst.	- Es ist zu definieren, ob die Warteliste öffentlich ist (ZGK) oder Ärztinnen und Ärzten auf der Warteliste zugänglich ist (AGZ) und wer die Vergabe kontrolliert, sodass keine unrechtmässigen Begünstigungen erfolgen (FMCH). - Die Warteliste muss öffentlich einsehbar sein, um den Ärztinnen und Ärzten die Karriereplanung zu ermöglichen, für Unternehmen die Schaffung von Stellen planbarer zu machen und damit sich das Amt für Gesundheit den Vorwurf der Geheimniskrämerei nicht gefallen lassen muss. (AGZ, VZK, FMP, ZUP, VSAO) - Es ist nicht klar, ob es sich um Stellen oder Personen auf der Warteliste handelt. (VZK) - Änderungsvorschlag (USZ): ¹ Für jedes medizinische Fachgebiet gemäss Anhang 1 führt das Amt für Gesundheit eine Interessentenliste für Zulassungen für Ärztinnen und Ärzte. - Eine Warteliste ist nur zweckmässig, wenn eine baldige Vergabe einer Zulassung möglich ist, da ansonsten eine Abwanderung der Ärztinnen und Ärzte erfolgt. (FMP, Uroviva) - Für Spitäler ist diese Bestimmung nicht praxistauglich, da sich eine Anstellung nicht realisieren lässt, wenn die Person zunächst auf der Warteliste eingetragen werden muss, und da auch nicht die zeitlichen Spielräume dafür bestehen. (VZK, ZUP) - Neuansetzung von Spitalen sind höher zu gewichten als im rein ambulanten Bereich. (VZK, USZ, ZUP) - Änderungsvorschlag (USZ): ² Wenn die Höchstzahl in einem medizinischen Fachgebiet gemäss Anhang 1 ausgeschöpft ist, werden Gesuche in der Interessentenliste erfasst.



³Wird die Höchstzahl unterschritten, erfolgt die Zulassungserteilung nach der Rangfolge auf der Warteliste.	- Das Eingangsdatum als Kriterium für die Zulassungserteilung erscheint aus Gründen der Gleichbehandlung nachvollziehbar und ist wahrscheinlich besser umzusetzen als eine Zuteilung in eine unterversorgte Region. (FMCH, SBV) - Die Berücksichtigung für eine Zulassung einzig aufgrund der Rangfolge des Eingangsdatums widerspricht dem Grundsatz der bedarfsgerechten Versorgung und ist nicht qualitätsfördernd. Insbesondere regional unterschiedliche Versorgungssituationen sind zu berücksichtigen. (VZK, FMP, USZ, ZUP, Privatperson) - Die Bestimmung wird keine Wirkung entfachen, da Zulassungen nicht zurückgegeben, sondern verkauft werden und daher keine Vergabe von Zulassungen über die Warteliste erfolgen wird. (Uroviva, VZR, FMCH, ZGK) - Die Bestimmung fördert eine Gesuchstellung auf Vorrat (SBV, FMCH), was bei Nicht-Nutzung zu einer Unterversorgung führen kann (Privatperson), unfair für junge Ärztinnen und Ärzte ist (FMP) und Anreize setzt, ein zu hohes Pensum bei der Gesuchstellung anzugeben (IGMG). - Änderungsvorschlag (USZ): 3 Wird die Höchstzahl unterschritten, erfolgt die Zulassungserteilung im Sinne der Optimierung der Gesundheitsversorgung im ganzen Kanton. Spitäler mit einem Leistungsauftrag werden bevorzugt behandelt.
§ 7 Übertragung zum Zweck der persönlichen Anstellung Zugelassene Ärztinnen und Ärzte können ihre Zulassung für ein Fachgebiet gemäss Anhang 1 auf einen anderen Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. a, h und n KVG übertragen, sofern sie zum begünstigten Leistungserbringer ein Anstellungsverhältnis begründen. Bei Auflösung des Anstellungsverhältnisses verbleibt die Zulassung beim begünstigten Leistungserbringer.	- Die Bestimmung ist problematisch, da sich die Angestellten in ein Abhängigkeitsverhältnis begeben und Leistungserbringer allenfalls Anstellungen gleich wieder kündigen und nur vornehmen, um sich für die Zukunft eine Zulassung zu sichern. (FMP, FMCH, Uroviva, ZUP, ZGK) - Die Zulassung soll bei Auflösung des Anstellungsverhältnisses beim Arbeitnehmer verbleiben. (ZUP) - Es ist den Vertragsparteien zu überlassen, den Verbleib der Zulassung bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses zu regeln. (FMCH) - Die Bestimmung wird keine Wirkung entfachen, da kein Arbeitnehmer zwecks Anstellung seine Zulassung auf den Arbeitgeber übertragen wird. (FMP, Uroviva, ZGK) - Die Bestimmung wird den nicht erwünschten Handel mit Zulassungen fördern. (VZK, FMCH, Uroviva, ZDG) - Es ist sicherzustellen, dass ein niederschwelliger Wechsel der Ärzteschaft vom Spitalsetting zur Praxis und umgekehrt möglich ist. (GP) - Dass eine Ärztin oder ein Arzt die Zulassung von einem Spital in ein anderes Spital mitnehmen kann, ist nicht praxistauglich. (VZK, FMCH) - Eine Übertragung sollte, wenn überhaupt, nur von selbständig tätigen Ärztinnen und Ärzten und ambulant ärztlichen Institutionen (Art. 35 Abs. 2 Bst. a und n KVG) in Spitäler (Art. 35 Abs. 2 Bst. h KVG) möglich sein. (GZO)



§ 8 Übertragung zur Praxisübergabe ¹ Gibt ein Leistungserbringer seine bestehende Praxis zugunsten einer vertraglich bestimmten Nachfolgerin oder eines vertraglich bestimmten Nachfolgers auf, prüft das Amt für Gesundheit das Gesuch um Übertragung der Zulassung auf einen Nachfolger oder eine Nachfolgerin unabhängig von der Warteliste gemäss § 6. ² Bei einer Praxisübernahme erteilt das Amt für Gesundheit der Nachfolgerin oder dem Nachfolger die Zulassung, wenn - die bisherige Inhaberin oder der bisherige Inhaber auf die Zulassung zugunsten der Nachfolgerin oder des Nachfolgers ausdrücklich verzichtet; - die Nachfolgerin oder der Nachfolger sich verpflichtet, die Praxis in ihrer bisherigen fachlichen Ausrichtung zu führen und über einen dazu geeigneten Weiterbildungstitel verfügt. ³ Die gemeinsame Weiterführung einer Praxis durch zwei Nachfolgerinnen oder Nachfolger oder die bisherige Inhaberin oder den bisherigen Inhaber und eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger ist zulässig, sofern das Total der VZÄ nach der Übernahme konstant bleibt.	- Im Grundsatz ist die Bestimmung zu begrüssen. (FMP, FMCH, SBV, ZUP) - Die Bestimmung wird zu einem preistreibenden Handel mit bestehenden Zulassungen und zu einer Verteuerung der Praxen mit Zulassung führen. In der Folge werden nur finanzstarke Akteure Praxen kaufen können. Zudem wird ein Anreiz zur Mengenausweitung gesetzt, da der höhere Preis amortisiert werden muss. (VZK, FMCH, USZ, Uroviva, ZDG, ZUP, VSAO) - Es ist zu präzisieren, ob die Bestimmung nur selbständig tätige Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a KVG oder auch ambulante ärztliche Institutionen nach Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG umfasst. (USZ) - Es ist zu regeln, ob bei einem Entzug der Zulassung als aufsichtsrechtliche Massnahme die Warteliste oder die Übertragung an eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger zur Anwendung gelangt. (AGZ) - Da eine Praxisübergabe eine Einarbeitungszeit benötigt und die Praxis aufgebende Person der Tätigkeit oft in reduziertem Umfang weiter nachgehen will, ist eine parallele Tätigkeit des ursprünglichen und des neuen Inhabers bzw. der ursprünglichen und der neuen Inhaberin zu ermöglichen. (ZUP, VSAO) - Änderungsvorschlag (USZ): c. die Nachfolgerin oder der Nachfolger vor der Übernahme mindestens zwei Jahre im Anstellungsverhältnis in der Praxis tätig war. - Eine Weiterführung der Praxis für eine zu bestimmende Dauer sollte verpflichtend sein. (FMCH, uroviva) - Die Problematik von Ärztinnen und Ärzten mit mehreren Facharzttiteln ist zu klären. (AGZ, VSAO) - Wenn keine Nachfolge innerhalb des Fachgebiets gefunden wird, muss die Praxis aufgegeben werden, was potentiell zu einer Verschwendung von Infrastruktur führt. (FMP) - Es bedarf einer schnellen administrativen Umsetzung, damit Ärztinnen und Ärzte nicht zu lange in Rechtsunsicherheit verharren müssen. (IGMG) - Die Regelung wonach die Praxis nur von zwei Nachfolgerinnen und Nachfolgern übernommen werden kann, ist zu eng und muss offen gestaltet werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass der Verlust von erfahrenem Personal mit zusätzlichen Stellenprozenten kompensiert werden muss. (AGZ, FMCH, VSAO) - Die Bestimmung ist nur umsetzbar, wenn die VZÄ effektiv gemessen werden können. (SBV, ZGK, VSAO)
--	--



§ 9 Ausnahme Spitalambulatorien Ein Ausbau der spitalambulanten Kapazitäten in einem medizinischen Fachgebiet gemäss Anhang 1 ist in dem Umfang zulässig, in welchem bisher stationär erbrachte Leistungen nach dem Prinzip ambulant vor stationär (AVOS) neu ambulant erbracht werden.	- Die Bestimmung ist unklar formuliert und deshalb im Sinne der Erläuterungen zum Vorentwurf zu präzisieren. (USZ) - Es ist unklar, was mit spitalambulanten Kapazitäten gemeint ist. Die Zulassungsbeschränkung regelt die Zulassung von auf Ärztinnen und Ärzte, auf jegliche weitere Regulierung ist zu verzichten. (VZK) - Die Bestimmung ist nicht umsetzbar, da ambulante und stationäre Leistungen und die entsprechenden VZÄ im Spital nicht klar zu trennen sind. (ZGK) - Eine Ausnahme von AVOS wird grundsätzlich begrüsst. (FMP, IGMG, curafutura) - Da die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor nicht nur im Spital stattfindet, müssen auch Praxen und ambulant ärztliche Institutionen die Möglichkeit haben, die ambulanten Kapazitäten auszubauen. (AGZ, FMP, HRZ, SBV, FMCH, ZDG, VSAO, GP) - Da die Verschiebung von stationärem zu ambulanten Leistungen nicht nur im Rahmen der AVOS-Vorgaben stattfindet, soll die Bestimmung jeden Ausbau des ambulanten Angebots umfassen, der eine Reduktion der stationären Behandlungen ermöglicht. (ZUP) - Änderungsvorschlag (VZK): Eine Erhöhung der Höchstzahl ist in einem Fachgebiet gemäss Anhang 1 in dem Umfang zulässig, in welchem bisher stationär erbrachte Leistungen nach dem Prinzip ambulant vor stationär (AVOS) neu ambulant erbracht werden oder ein Mehrbedarf besteht. - Mit der Bestimmung werden Spitäler belohnt, die bisher zurückhaltend mit der Ambulantisierung umgegangen sind. (VZK) - Die Bestimmung lässt einen Umgehungsspielraum zu, wenn ein Spital den ambulanten Bereich ausbauen will und dafür entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte zugeprochen erhält, jedoch in einem zweiten Schritt den stationären Abbau nicht oder nur teilweise vollzieht. Es bedarf deshalb klarer Regeln, einer restriktiven Handhabung sowie eines Monitorings. (curafutura)
§ 10 Meldepflicht Verzicht auf Zulassung Zugelassene Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. a und n KVG melden dem Amt für Gesundheit unverzüglich den Verzicht auf die Zulassung.	- Die Bestimmung wird keine Wirkung entfachen, da keine Ärztin und kein Arzt auf die Zulassung verzichten wird. (VZK, FMP, FMCH, ZGK, ZDG) - Eine Umsetzung ist nur mit gewaltigem administrativ-regulativem Mehraufwand überprüfbar. (Privatperson)



§ 11 Meldepflicht Vollzeitäquivalente ¹ Zugelassene Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. a, h und n KVG melden dem Amt für Gesundheit eine anhaltende Reduktion beim Total der zugelassenen VZÄ infolge Reduktion von Pensen oder Stellenabbau jeweils per Monatsende. ² Bei Neubesetzungen von bestehenden Arbeitsstellen gemäss § 5 richtet sich die Bewilligungs- und Meldepflicht nach den gesundheitspolizeilichen Vorgaben von §§ 5 ff., 12 und 19 der kantonalen Verordnung über die universitären Medizinalberufe (MedBV). Zusätzlich haben die Leistungserbringer den Nachweis zu erbringen, dass das Total der VZÄ konstant bleibt. ³ Ein Spital hat dem Amt für Gesundheit sämtliche Neuanstellungen zu melden, die im Vergleich zum Stand bei Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung zu einer Ausweitung der VZÄ in einem Fachgebiet gemäss Anhang 1 führen. Eine Verlagerung von VZÄ vom stationären zum ambulanten Bereich zur Umsetzung von AVOS gemäss § 9 ist ausführlich zu begründen.	- Die monatliche Meldepflicht führt zu grossem administrativen Aufwand seitens der Leistungserbringer. (AGZ, VZK, FMP, IGMG, FMCH, SBV, VSAO) - Änderungsvorschlag (VZK): Zugelassene Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. a, h und n KVG melden dem Amt für Gesundheit eine anhaltende Reduktion beim Total der zugelassenen VZÄ infolge ständiger, definitiver Reduktion von Pensen oder Stellenabbau jeweils per Quartalsende (Verkleinerung oder Aufgabe des Fachbereichs). - Temporäre Reduktionen von Pensen z.B. aufgrund von Krankheit, Schwangerschaft oder Mutterschaft, Sabbatical, etc. sind von der Meldepflicht auszunehmen. (AGZ, VZK, FMP, Uroviva, ZGK) - Bei nicht planbaren Ereignissen wie Krankheiten, Schwangerschaften, Mutterschutz, Sabbatical muss die Möglichkeit bestehen, VZÄ temporär zu erhöhen. (SBV, VSAO) Zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bedarf es grösserer Spielräume. (FMCH) - Da es nicht Aufgabe der Gesundheitsdirektion ist, Spitäler über Stellenpläne zu steuern, und da die Trennung von stationär und ambulanter Ärzteschaft in Spitälern über VZÄ nicht ausweisbar ist, sind Spitäler von der Regelung auszunehmen. (GZO) - Die Nachweiserbringung führt zu grossem administrativen Aufwand seitens der Leistungserbringer. (FMP) - Die Bestimmung ist in Bezug zu § 9 VHZA nicht umsetzbar. (ZGK) - Bei einer Ersatzanstellung ist grundsätzlich auf eine Meldepflicht zu verzichten. (VZK) - Bei einer zusätzlichen Anstellung im stationären Bereich ist grundsätzlich auf eine Meldepflicht zu verzichten. (VZK) - Bei einer zusätzlichen Anstellung im ausschliesslich ambulanten Bereich eines Fachgebiets gemäss Anhang 1 ist ein Antrag mit Begründung zur Umsetzung von AVOS oder infolge Mehrbedarf zu stellen. (VZK) - Die Meldepflicht führt zu grossem administrativen Aufwand seitens der Leistungserbringer. (VZK, FMP, IGMG)								
Anhang 1: Medizinische Fachgebiete mit Höchstzahlen In folgenden medizinischen Fachgebieten entspricht das ausgewiesene Angebot in VZÄ einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung: <table><tr><td>Kardiologie</td><td>167 VZÄ</td></tr><tr><td>Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates</td><td>195 VZÄ</td></tr><tr><td>Radiologie</td><td>206 VZÄ</td></tr><tr><td>Urologie</td><td>81 VZÄ</td></tr></table>	Kardiologie	167 VZÄ	Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates	195 VZÄ	Radiologie	206 VZÄ	Urologie	81 VZÄ	- Die Festlegung der Höchstzahlen in VZÄ gemäss Art. 55a Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 2 Höchstzahlenverordnung wird grundsätzlich in Frage gestellt (vgl. Kapitel 4).
Kardiologie	167 VZÄ								
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates	195 VZÄ								
Radiologie	206 VZÄ								
Urologie	81 VZÄ								



6 Mitberichte

Im Mitberichtsverfahren verzichten fünf Direktionen sowie die Staatskanzlei mangels Betroffenheit auf eine Stellungnahme.

Die Bildungsdirektion führt aus, dass die Bedürfnisse der universitären Medizin am Standort Zürich bei der definitiven Festlegung der Höchstzahlen angemessen zu berücksichtigen sind, und die Rahmenbedingungen so zu setzen sind, dass die Karrierechancen des medizinisch-akademischen Nachwuchses nicht beeinträchtigt werden und die Attraktivität des (Hochschul-) Medizinstandorts Zürich insgesamt erhalten bleibt. Zudem solle die wissenschaftliche Begleitforschung zu den Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung zwingend mit dem Netzwerk Universitäre Medizin Zürich (UMZH) geplant und unter Einbezug der Direktorin UMZH erfolgen.

Die Finanzdirektion führt aus, dass in medizinischen Fachgebieten auch eine Überversorgung herrschen könnte und in diesen Fällen eine Reduktion der VZÄ vorzunehmen ist. Zudem sollte der Mehraufwand für das Führen einer Warteliste, die aufwendigere Prüfung der Zulassungsgesuche und die notwendigen Kontrollen der Leistungserbringer beziffert, personelle Auswirkungen genannt und die Finanzierbarkeit dargelegt werden.



Anhang 1: Verzeichnis der Vernehmlassungsteilnehmenden

Organisation/Institution/Person	Abkürzung
Leistungserbringer und ihre Verbände	
Ärztegesellschaft des Kantons Zürich	AGZ
Bezirksärztegesellschaft ²	GAZ
Chirurgengesellschaft des Kantons Zürich ¹	CGZH
Foederatio Medicarum Practicarum	FMP
Forel Klinik ³	Forel
Gynäkologische Vereinigung des Kantons Zürich ²	GVZH
GZO AG Spital Wetzikon ^{1 2}	GZO
Herz und Rhythmus Zentrum AG	HRZ
Interessengemeinschaft Medizinische Grundversorgung	IGMG
Klinik Hirslanden	Hirslanden
medical women switzerland ²	mws
mfe Zürich	mfe
Schulthess Klinik ⁴	Schulthess
Schweizerische Belegärzte-Vereinigung	SBV
Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie	SGDV
Spital Bülach ³	Bülach
Spital Zollikerberg ²	Zollikerberg
Universitätsklinik Balgrist ⁴	Balgrist
Universitätsspital Zürich	USZ
Uroviva Klinik	Uroviva
Verband Zürcher Krankenhäuser	VZK
Verband Zürcher Radiologen	VZR
Vereinigung der Chirurgischen Fachgesellschaften der Schweiz	FMCH
Vereinigung Zürcher Kinder- und Jugendärzte ²	VZKJ
Vereinigung Zürcher Privatkliniken	ZUP
Zürcher Dermatologengesellschaft	ZDG
Zürcher Fachgesellschaft für Rheumatologie ¹	ZFGR
Zürcher Gesellschaft der orthopädischen Chirurgen ²	ZGO
Zürcher Gesellschaft für Kardiologie	ZGK
Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ²	ZGPP
Zürcher Neurologie Gesellschaft ¹	ZNG



Personalverbände	
Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzt*innen Zürich	VSAO
Verbände der Krankenversicherungen	
santésuisse	santésuisse
curafutura	Curafutura
Politische Parteien	
Grüne Partei Kanton Zürich	GP
Grünliberale Partei Kanton Zürich	GLP

¹ Vollständiger Anschluss an Stellungnahme der AGZ.

² Anschluss an Stellungnahme der AGZ mit punktuellen Abweichungen.

³ Vollständiger Anschluss an Stellungnahme der VZK.

⁴ Anschluss an Stellungnahme der VZK mit punktuellen Abweichungen.

⁵ Anschluss an Stellungnahme ZGK mit punktuellen Abweichungen.