



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

## **Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich**

(Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern)

Inkrafttreten: 1. Juli 2021

Wortlaut und Kommentar

Bern,

# I. Allgemeiner Teil

## 1. Hintergrund

Am 19. Juni 2020 hat das Parlament die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern (18.047) verabschiedet. Die Gesetzesänderung sieht ein Modell mit drei Interventionsebenen vor. Damit lassen sich zum einen die Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit erhöhen, welche die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Leistungserbringer erfüllen müssen. Zum anderen stellt dieses Modell den Kantonen ein wirksameres Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots zur Verfügung.

Das Parlament hat mit der KVG-Änderung ein neues Modell für die Neuzulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich gewählt. Neu wird ein formelles Zulassungsverfahren für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich eingeführt, welches unter der Aufsicht der Kantone steht. Ebenso hat der Gesetzgeber die Zulassungsvoraussetzungen für die Ärztinnen und Ärzte angepasst. Die Zulassungsvoraussetzungen der restlichen Leistungserbringer im ambulanten Bereich betreffend der Ausbildung, der Weiterbildung und der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen sind durch den Bundesrat festzulegen. Zudem erachtete das Parlament es als notwendig, dass in Zukunft ein Register über die zugelassenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen wird. Weiter hat der Gesetzgeber eine neue und unbefristete Lösung für die Zulassungsbeschränkung der Ärztinnen und Ärzte in Artikel 55a KVG geschaffen. So müssen die Kantone in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP Leistungen erbringen, beschränken. Der Bundesrat muss dazu die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen bestimmen.

Die vorliegenden Erläuterungen beziehen sich auf die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen.

## 2. Geltende Regelung für die Zulassungsbeschränkung

Die Zulassungsbeschränkung für die Tätigkeit zulasten der OKP in Artikel 55a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) wurde zwischen dem 1. Januar 2001 und dem 31. Dezember 2011 in verschiedenen Formen umgesetzt. Ihre Aufhebung führte ab dem 1. Januar 2012 zu einer erheblichen Zunahme der Zahl der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte und der Kosten zulasten der OKP<sup>1</sup>. Daher wurde Artikel 55a KVG am 5. Juli 2013 in Form eines dringlichen Bundesgesetzes für drei Jahre wiedereingeführt.

Als die Zulassungsbeschränkung 2001 in Kraft trat, sollte sie vorübergehend sein. Das Ziel bestand hauptsächlich darin, die Auswirkungen der Personenfreizügigkeit auf das Kostenwachstum im ambulanten Bereich zu begrenzen. Nach rund zehn Jahren, in denen die verschiedenen befristeten Lösungen galten, wollte der Bundesrat eine stabile und dauerhafte Regelung einführen. Das ist auch eines der Ziele, die er sich in der Strategie Gesundheit2020 gesetzt hat.<sup>2</sup> Am 18. Februar 2015 unterbreitete der Bundesrat dem Parlament einen Entwurf der Änderung des KVG, der auf die Einführung neuer Lösungen für die Steuerung des ambulanten Bereichs ausgerichtet war (Steuerung des ambulanten Bereichs; Vorlage 15.020).<sup>3</sup> Die Vorlage hätte es insbesondere den Kantonen ermöglicht, auf eine Über- oder Unterversorgung zu reagieren. Sie wurde vom Parlament so abgeändert, dass sie nur noch die unbefristete Verlängerung der bereits geltenden Zulassungsbeschränkung vorsah. Schliesslich wurde sie vom Nationalrat am 18. Dezember 2015 in der Schlussabstimmung abgelehnt.<sup>4</sup>

Um eine Lücke in der Zulassungsbeschränkung zu verhindern, wie sie zwischen Januar 2012 und Juli 2013 bestand, nahmen die eidgenössischen Räte am 17. Juni 2016 die parlamentarische Initiative der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) 16.401 «Verlängerung der Gültigkeit von Artikel 55a KVG» an.<sup>5</sup> Zudem erklärten sie diese Bestimmung für dringlich, wie dies Artikel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung vorsieht. Diese Regelung trat am 1. Juli 2016 in Kraft und

<sup>1</sup> Roth, S. & Sturny, I. (2017). *Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen – Entwicklung des Ärztebestands und der Kosten* (Obsan Bulletin 4/2017). Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

<sup>2</sup> Bericht Gesundheit2020 vom 23. Januar 2013, S. 22

<sup>3</sup> BBI 2015 2317

<sup>4</sup> Abstimmungsprotokoll des Nationalrats, Ref. 12852

<sup>5</sup> BBI 2016 3525

war bis zum 30. Juni 2019 befristet. Anschliessend nahm das Parlament am 14. Dezember 2018 die parlamentarische Initiative der SGK-N 18.440 «Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG» an. Damit wurde die Regelung um zwei weitere Jahre verlängert, d. h. bis zum 30. Juni 2021.<sup>6</sup>

### 3. Die Grundzüge der beantragten Neuregelung

#### Allgemeine Erläuterungen

Artikel 55a Absatz 1 der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 (Zulassung von Leistungserbringern) gibt den Kantonen die Möglichkeit, in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu beschränken, die ambulante Leistungen zulasten der OKP erbringen. Der Beschränkung unterstehen auch Ärztinnen und Ärzte, die im spitalambulanten Bereich oder in einer Einrichtung der ambulanten Krankenpflege tätig sind. Die Kantone sollten in der Lage sein, die Bedingungen auf ihrem Gebiet zu kennen und die Zulassung dort zu beschränken, wo tatsächlich eine Überversorgung besteht, um den Kostenanstieg einzudämmen. Entsprechend dem Willen des Gesetzgebers sind die Kantone nicht verpflichtet, für alle medizinischen Fachgebiete im ambulanten Bereich eine Höchstzahl von Ärztinnen und Ärzte festzulegen. Sie können auch nur für eines oder mehrere Fachgebiete eine Höchstzahl definieren.

Unter den OECD-Ländern weist die Schweiz eine der höchsten Dichten an berufstätigen Ärztinnen und Ärzten auf.<sup>7</sup> Gleichzeitig sind die Kosten der ambulanten ärztlichen Leistungen zulasten der OKP seit dem Inkrafttreten des KVG vor über 20 Jahren unablässig gestiegen<sup>8</sup>. Dies hat erheblich zum Anstieg der Prämien beigetragen, die von den Versicherten bezahlt werden. Die durchschnittliche jährliche Zunahme in diesem Bereich ist zudem höher als der Anstieg der übrigen Kosten zulasten der OKP.<sup>9</sup> Daher muss den Kantonen ein wirksames, dauerhaftes Instrument zur Verfügung gestellt werden, um die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu beschränken, die zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind. Auf diese Weise lässt sich eine Überversorgung verhindern, die Mehrkosten für das System verursacht. Das Angebot an ärztlichen Leistungen sollte insbesondere optimal mit den umliegenden Kantonen koordiniert werden können und die interessierten Kreise müssen angehört werden. Damit lassen sich auch die Qualität und die Wirksamkeit der Leistungen und Behandlungen sicherstellen. Artikel 55a Absatz 3 sieht deshalb vor, dass die Kantone vor der Festlegung der Höchstzahlen die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten anhören und sich mit den anderen Kantonen koordinieren müssen. Von den Leistungserbringern, den Versicherern und ihren Verbänden können die Kantone verlangen, dass sie ihnen kostenlos die notwendigen Daten für die Festlegung der Höchstzahlen bekanntgeben (Art. 55a Abs. 4).

Der Gesetzgeber hat den Bundesrat beauftragt, die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich festzulegen (Art. 55a Abs. 2 der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020). Diese Kompetenzdelegation an den Bundesrat ist mit der Erwartung verbunden, dass in der ganzen Schweiz einheitliche Kriterien gelten und dass ein identischer Rahmen für den spitalambulanten Bereich und für die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte geschaffen wird. Die dem Bundesrat übertragene Kompetenz ist auf methodische Einheitlichkeit in der gesamten Schweiz ausgerichtet, um Transparenz zu schaffen, kantonale Gerichtsverfahren zu vermeiden und den Kantonen zugleich einen gewissen Spielraum zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zu belassen. Mit der methodischen Einheitlichkeit sollen auch durchlässige Kantonsgrenzen ermöglicht und das Vorgehen nach Versorgungsregionen gefördert werden. Bei der Festlegung der Kriterien und methodischen Grundsätze nach Artikel 55a Absatz 2 der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 muss der Bundesrat insbesondere die interkantonalen Patientenströme, die Versorgungsregionen und die generelle Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärzte und Ärztinnen berücksichtigen.

Angesichts des Auftrags, den der Gesetzgeber dem Bundesrat erteilt hat, stützt sich der Verordnungsentwurf auf eine Studie, die das Beratungsbüro BSS im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) durchgeführt hat. Ziel war die Ermittlung von geeigneten, anwendbaren Kriterien und methodischen

---

<sup>6</sup> BBI 2018 6357

<sup>7</sup> Gemäss den Daten von 2017 der OECD steht die Schweiz an dritter Stelle hinter Österreich und Norwegen.

<sup>8</sup> Gemäss den Daten des BFS zur Finanzierung des Gesundheitswesens haben sie sich im Zeitraum 1996 bis 2017 von 2,8 % auf 4,4 % des BIP erhöht.

<sup>9</sup> Die Ausgaben im Zusammenhang mit den ambulanten Leistungen der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte und der Spitäler (beide einschliesslich Medikamente) haben von 1998 bis 2018 um 4,7 % pro Jahr zugenommen, während sich die übrigen Kosten zulasten der OKP um 3,9 % erhöhten. Siehe Statistik der obligatorischen Krankenversicherung.

Grundsätzen.<sup>10</sup> In dieser Studie werden Modelle und Methoden geprüft, die in der Schweiz entwickelt wurden, um die ärztliche Versorgung zu messen, zu beurteilen und zu simulieren. Denn in den letzten Jahren wurden mehrere Arbeiten zur Frage der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich publiziert, einige davon in der Schweiz. Im Auftrag der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ein Modell erarbeitet, mit dem sich für verschiedene Fachgebiete der Bestand und Bedarf an Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz simulieren lässt (Burla und Widmer, 2016)<sup>11</sup>. Das Obsan hat auch eine Methode (MH3SFCA) zur Analyse von Unterschieden bei der räumlichen Zugänglichkeit des Versorgungsangebots entwickelt (Jörg et al., 2019)<sup>12</sup>. Schliesslich hat santésuisse mit Unterstützung privater Forschungsinstitute ein eigenes Modell zur Beurteilung der Versorgung mit ärztlichen Leistungen entwickelt (Reichlmeier und Meier, 2018)<sup>13</sup>. Diese verschiedenen Methoden beruhen auf unterschiedlichen wissenschaftlichen Ansätzen und die damit erzielten Ergebnisse lassen sich nur schwer vergleichen.

In der Studie des Beratungsbüros BSS konnten die drei oben erwähnten Modelle unter folgenden Gesichtspunkten beurteilt und verglichen werden:

- Eignung zur Beurteilung der Versorgungsqualität nach medizinischem Fachgebiet und Region;
- Eignung zur Simulation der Entwicklung des Bedarfs und der Versorgung;
- Fähigkeit zur Berücksichtigung der Anforderungen, die in Artikel 55a Absatz 2 der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 festgelegt sind;
- Möglichkeit zur Schliessung allfälliger Lücken (zum Beispiel durch die Kombination mehrerer Modelle/Methoden);
- Verfügbarkeit der notwendigen Daten für die Umsetzung der Methode(n) und Zugang zu diesen Daten.

In der Folge wurde entsprechend den gesetzlichen Anforderungen ein Prototyp für ein Modell zur Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte entwickelt und in einigen medizinischen Fachgebieten getestet. So konnten anwendbare Kriterien und methodische Grundsätze für die Umsetzung der gesetzlich festgelegten Anforderungen ermittelt und vorgeschlagen werden.

Das Modell, das in der Studie von BSS entwickelt wurde, ist als Beitrag zu den Überlegungen zu verstehen, die bei der Erarbeitung der Verordnung angestellt werden. Die in der Verordnung vorgeschlagenen Kriterien und methodischen Grundsätze weichen jedoch teilweise davon ab, um den Kantonen einen einheitlicheren gesamtschweizerischen Ansatz zu bieten, der sich einfacher umsetzen lässt.

## Erläuterungen zum Inhalt der Verordnung

In der Verordnung werden per 1. Juli 2021 die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte definiert. Diese Kriterien und methodischen Grundsätze gelten sowohl für die Festlegung von Höchstzahlen für einen bestimmten Kanton als auch für die Berechnung von Höchstzahlen für mehrere Kantone. Durch die Verwendung der Pluralform «die Kantone» wird dieser Möglichkeit Rechnung getragen.

Die Höchstzahlen der zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassenen Ärztinnen und Ärzte werden von den Kantonen festgelegt. Sie gelten für Ärztinnen und Ärzte, die in Arztpraxen oder im spitalambulanten Bereich tätig sind. Die Höchstzahlen werden für eines oder mehrere medizinische Fachgebiete im ambulanten Bereich und nach Region festgelegt; eine Region kann sich über das Gebiet eines oder mehrerer Kantone, über ein kantonsübergreifendes Gebiet oder über einen Kantonsteil erstrecken. Die Bestimmung der Höchstzahlen nach Artikel 55a Absatz 1 der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 beruht auf dem Versorgungsgrad. Das bedeutet, dass bei der Bevölkerung einer jeweiligen Region der Bedarf an ärztlichen Leistungen ermittelt und mit dem verfügbaren Angebot verglichen werden muss. Das Ziel besteht darin, den Versicherten den Zugang zu zweckmässigen, qualitativ hochstehenden und zugleich wirtschaftlichen Leistungen zu gewährleisten. Ein gemeinsames Vorgehen der Kantone setzt voraus,

---

<sup>10</sup> Kaiser, B. (2020). *Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten*. BSS, abrufbar über: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Das BAG > Publikationen > Forschungsberichte > Kranken- und Unfallversicherung

<sup>11</sup> Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandaufnahme und Prognosen bis 2030* (Obsan Bericht 71). Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

<sup>12</sup> Jörg, R., Lenz, N., Wetz, S. & Widmer, M. (2019). *Ein Modell zur Analyse der Versorgungsdichte: Herleitung eines Index zur räumlichen Zugänglichkeit mithilfe von GIS und Fallstudie zur ambulanten Grundversorgung in der Schweiz* (Obsan Bericht 01/2019). Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

<sup>13</sup> Reichlmeier, A. & Meier, C. (2018). *Ambulante Versorgungsstruktur und Bedarfsanalyse Schweiz*. santésuisse

dass der Versorgungsgrad der ärztlichen Leistungen im betreffenden ambulanten Leistungsbereich bestimmt und in ein Verhältnis gesetzt wird, unter Berücksichtigung der Merkmale der Bevölkerung und der Leistungserbringer im jeweiligen Gebiet (einschliesslich jener, die in Spitaleinrichtungen tätig sind).

Die Verordnung legt einen Rahmen fest, der eine gesamtschweizerisch einheitliche Umsetzung von Artikel 55a Absatz 1 der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 ermöglicht. Zugleich belässt sie den Kantonen Spielraum bei der Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte, die auf ihrem Gebiet / gemäss medizinischem Fachgebiet zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind. Nachstehend sind die Grundzüge der Methodik dargestellt, die im Verordnungsentwurf vorgeschlagen werden. Diese Methodik umfasst vier Hauptschritte: die Definition eines gesamtschweizerisch einheitlichen Regressionsmodells, die Schätzung des regionalen Bedarfs an ärztlichen Leistungen, die Berechnung des regionalen Versorgungsgrads und die Berechnung der Höchstzahl in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) auf regionaler Ebene (siehe auch Abbildung 1, alle Schritte gelten pro Fachgebiet).

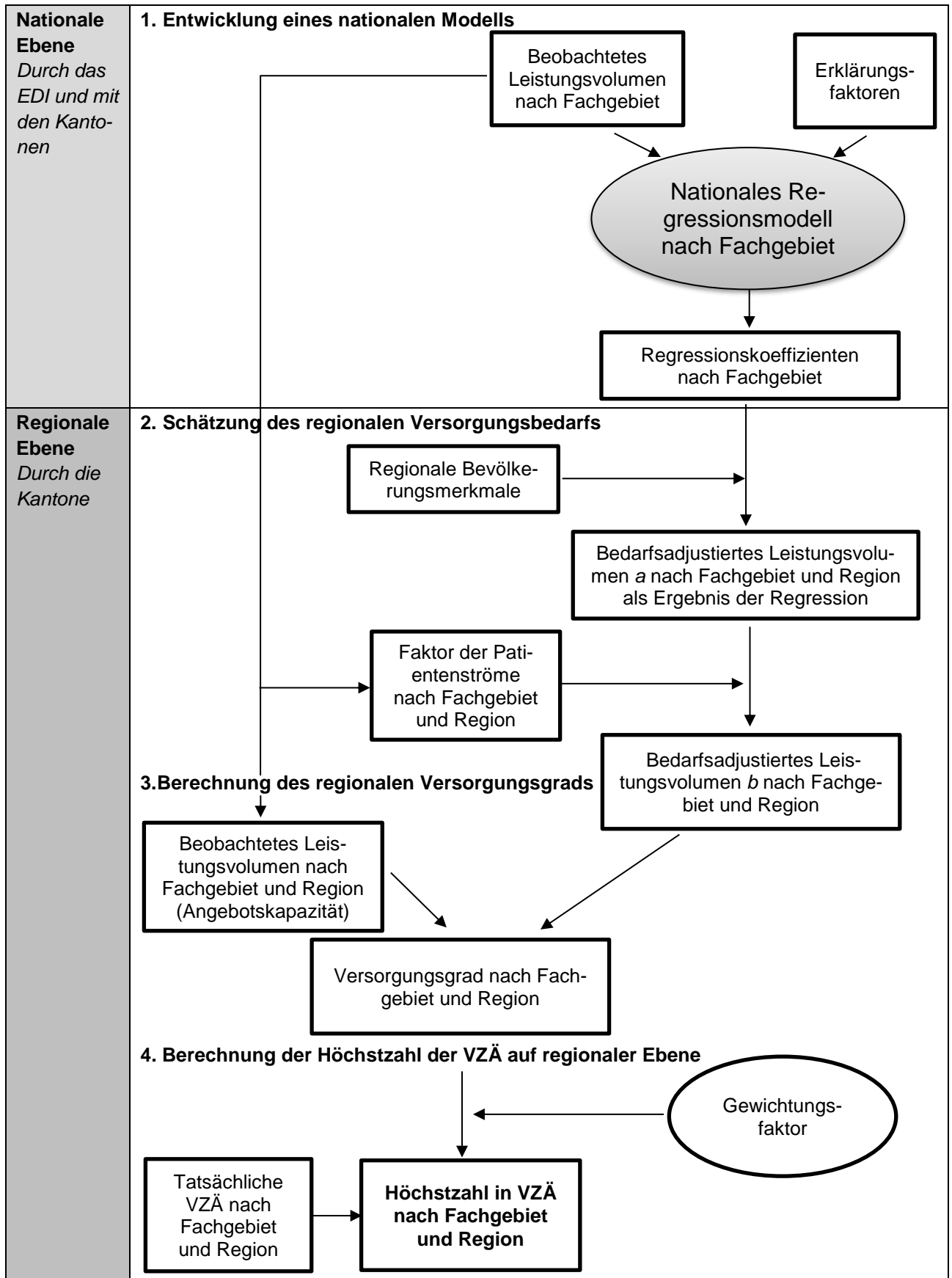


Abbildung 1: Methodische Schritte zur Bestimmung der Höchstzahlen (Quelle: BAG)

Für die Festlegung der Höchstzahl der Ärztinnen und Ärzte, die in einem Fachgebiet und in einer bestimmten Region zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind, **ziehen die Kantone somit nationale Referenzwerte für die einzelnen Fachgebiete heran**. Die Festlegung der medizinischen Fachgebiete beruht auf den Facharzttiteln nach der Verordnung vom 27. Juni 2007<sup>14</sup> über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen (MedBV). Die Referenzwerte werden mittels Regressionskoeffizienten des Volumens der auf nationaler Ebene erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen ausgedrückt. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) legt die anwendbaren Koeffizienten nach Fachgebiet anhand von Regressionsmodellen fest, die auf nationaler Ebene definiert werden (siehe Schritt 1 in der Abbildung). Diese Regressionsmodelle des Angebots nach Fachbereichen werden mit Unterstützung der Kantone erarbeitet. Das Ziel besteht darin, das Niveau des gesamtschweizerischen Angebots nach Fachgebiet im Modell möglichst sachgerecht nachzubilden. Bei der Modellentwicklung kann demografischen Merkmalen wie Alter und Geschlecht Rechnung getragen werden. Ausserdem können weitere Erklärungsfaktoren entsprechend den Besonderheiten des Fachgebiets berücksichtigt werden, auf das sich das Modell bezieht (z. B. die Mortalitätsraten, die Hospitalisierungsraten oder die gewählten Jahresfranchisen). Die abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Erklärungsfaktoren nach Fachgebiet ist zwingend in Absprache mit den Kantonen zu erstellen. Denn diese sind anschliessend für die Anwendung der Regressionskoeffizienten zuständig, um die Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte festzulegen, die im Kantonsgebiet zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind. Ausserdem schreibt die Bundesverfassung den Kantonen die Aufgabe zu, die medizinische Versorgung im Krankheitsfall sicherzustellen.

**Anhand der auf nationaler Ebene festgelegten Regressionskoeffizienten nach Fachgebiet beurteilen die Kantone den objektiven Bedarf an ärztlichen Leistungen derjenigen Region**, für die sie Höchstzahlen festlegen möchten (siehe Schritt 2 in der Abbildung). Der objektive Bedarf der Bevölkerung ist ein latentes Konstrukt, das sich nicht beobachten lässt. Bei diesem Schritt besteht das Ziel somit darin, durch Anwendung geeigneter statistischer Methoden die regionale Abweichung der Nachfrage zu schätzen. Dazu übertragen die Kantone die auf nationaler Ebene publizierten Koeffizienten zum Angebot an ärztlichen Leistungen auf die Bevölkerung der untersuchten Region und berücksichtigen dabei deren Merkmale. Das OKP-Leistungsvolumen, das in der betreffenden Region den Bedarf an ärztlichen Leistungen im untersuchten Fachgebiet deckt, wird somit durch die Erklärungsfaktoren bestimmt, die im auf nationaler Ebene berechneten Regressionsmodell verwendet wurden. Die zu berücksichtigende Bevölkerungsgrösse entspricht dem durchschnittlichen jährlichen Bestand der Versicherten der OKP, die ihren Wohnsitz in der untersuchten Region haben. Mit diesem Berechnungsschritt lässt sich das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen  $a$  ermitteln.

**Bei der Berechnung zur Beurteilung der bedarfsgerechten Versorgung einer Region müssen die Kantone auch die Patientenströme zwischen den Regionen berücksichtigen (siehe Schritt 2 in der Abbildung)**. Dies erfordert, dass die Kantone:

- bei der Berechnung auch das Volumen zur Deckung des Versorgungsbedarfs von Personen berücksichtigen, die ihren Wohnsitz ausserhalb der Grenzen der untersuchten Region haben und Ärztinnen und Ärzte aufsuchen, die in der betreffenden Region tätig sind,
- das Volumen zur Deckung des Versorgungsbedarfs von Personen ausschliessen, die ihren Wohnsitz in der untersuchten Region haben und Ärztinnen und Ärzte aufsuchen, die ausserhalb der betreffenden Region tätig sind.

Konkret können sich die Kantone auf den Anteil des beobachteten Leistungsvolumens des jeweiligen Fachgebiets auf regionaler Ebene stützen, das mit diesem Patientenstrom verbunden ist. Dieser Ansatz beruht zwar stärker auf Näherungen als jener, der im Bericht von BSS verwendet wird<sup>15</sup>. Er bietet jedoch den Vorteil, dass den Kantonen eine einfache Lösung für die Umsetzung zur Verfügung steht und dass allfällige Probleme im Zusammenhang mit dem Schutz von Personendaten vermieden werden. Das Ergebnis dieser Vorgehensweise ist ein angepasster Bedarf an ärztlichen Leistungen, der als bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen  $b$  bezeichnet wird.

**Parallel zur Schätzung des Bedarfs an ärztlichen Leistungen berechnen die Kantone die Kapazität des Leistungsangebots** im Fachgebiet und in der Region, für die sie Höchstzahlen festlegen möchten (siehe Schritt 3 in der Abbildung). Die Analyse bezieht sich auf das Angebot an ambulanten Leistungen der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie jener, die im spitalambulantem Bereich tätig sind. Auch hier beruht die Festlegung der medizinischen Fachgebiete auf den Facharzttiteln nach

---

<sup>14</sup> SR 811.112.0

<sup>15</sup> Der von BSS vorgeschlagene Ansatz sieht vor, das Volumen der erwarteten Leistungen pro Person (anhand von deren Merkmalen) und nach Wohnsitzgemeinde zu berechnen und das so berechnete Volumen danach auf Ebene der Region zu aggregieren, in welcher der Leistungserbringer niedergelassen ist.

MedBV. Werden die Leistungen an Spitälern oder in Gruppenpraxen erbracht, sind die Identifikationsnummern (Global Location Number, GLN) der Ärztinnen und Ärzte massgebend, welche die Leistung erbracht haben. Oft verfügen Ärztinnen und Ärzte zudem über mehrere Facharztstitel. In diesem Fall erfolgt die Zuteilung anhand des Fachgebiets, in dem die Ärztinnen und Ärzte schwerpunktmässig tätig sind (anhand der von ihnen abgerechneten Leistungen). Lässt sich dies nicht ermitteln, wird die Zuteilung anhand des Weiterbildungstitels vollzogen, den sie zuletzt erworben haben. Die Angebotskapazitäten werden anhand des Volumens der erbrachten Leistungen der Ärztinnen und Ärzte bestimmt, die in der untersuchten Region im Fachgebiet tätig sind.

Das Volumen, das der Angebotskapazität der Leistungserbringer entspricht, muss zu demjenigen Volumen in Bezug gesetzt werden, das den Bedarf an ärztlichen Leistungen deckt (bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen  $b$ ), womit der **Versorgungsgrad ermittelt werden kann** (siehe Schritt 3 in der Abbildung). Konkret ergibt sich der Versorgungsgrad aus der Division des beobachteten Leistungsvolumens nach Fachgebiet im Gebiet der betrachteten Region durch das Leistungsvolumen, das dem bedarfsadjustierten Leistungsvolumen  $b$  entspricht und das vorgängig mit Hilfe der nationalen Koeffizienten und unter Berücksichtigung der Patientenströme berechnet wurde. Der Kanton kann zudem vorsehen, einen **Gewichtungsfaktor auf den Versorgungsgrad anzuwenden**, wenn bestimmte Einflussfaktoren bei der Ermittlung des regionalen Versorgungsgrads nicht ausreichend berücksichtigt werden konnten (z. B. wenn die gesamtschweizerische Betrachtungsweise als ungeeignet betrachtet wird oder um den touristischen Zustrom von Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz zu berücksichtigen). Dieser Gewichtungsfaktor muss transparent festgelegt und durch objektive Angaben wie Expertenbefragungen, ein Indikatorensystem oder mittels Bezugnahme auf Referenzwerte (bspw. Werte aus einer vergangenen Periode) begründet werden. Ein Versorgungsgrad von 100 % weist diesbezüglich tendenziell auf eine angemessene Versorgung der Region hin und ein solcher unter 100 % lässt tendenziell auf eine Unterversorgung der Region schliessen. Ein Versorgungsgrad über 100 % deutet tendenziell auf eine Überversorgung der Region hin.

Wird die Zahl der verfügbaren VZÄ (tatsächliche VZÄ) durch den Versorgungsgrad im betreffenden Fachgebiet und in der jeweiligen Region dividiert, ergibt sich **die Zahl der VZÄ, mit der sich der vom Kanton berechnete Bedarf an ärztlichen Leistungen decken liesse** (siehe Schritt 4 in der Abbildung). Um die Zahl der VZÄ zu bestimmen, die in der betreffenden Region im Fachgebiet verfügbar sind, können die Kantone entweder eine Erhebung bei den Leistungserbringern durchführen, die in dieser Region im Fachgebiet tätig sind, oder sie können bestehende Statistiken heranziehen. Gemäss der Verordnung gilt für alle Fachgebiete eine Tätigkeit an zehn Halbtagen als Vollzeitbeschäftigung. Sind zu einem Sektor (z. B. spitalambulanter Bereich) oder zu bestimmten Fachgebieten keine Daten verfügbar, können sich die Kantone mit Schätzungen behelfen, die sich auf das Volumen der abgerechneten Leistungen stützen. Wie im Bericht von BSS erwähnt können die Kantone beispielsweise davon ausgehen, dass ein VZÄ in einer Arztpraxis (freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte) ein identisches Leistungsvolumen erbringt wie ein VZÄ, das im spitalambulantem Bereich tätig ist.

**Die Höchstzahl der Ärztinnen und Ärzte, die in einer Region zur Tätigkeit in einem Fachgebiet zugelassen sind, ergibt sich somit aus den folgenden Funktionen:**

$$(F1) \quad \text{Höchstzahl} = \frac{\text{Tatsächliche\_VZÄ}}{\text{Versorgungsgrad}}$$

Wobei:

$$(F2) \quad \text{Versorgungsgrad} = \frac{\text{Tatsächliches\_Volumen}}{\text{Gewichtungsfaktor} * \text{Volumen\_Bedarf}}$$

Gehen die Kantone davon aus, dass mehrere Facharztstitel Leistungen abdecken, die untereinander ausreichend austauschbar sind, können die nach Fachgebiet berechneten VZÄ, die den Bedarf an ärztlichen Leistungen decken, anschliessend addiert werden.

Die vorgeschlagene Methode für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebiet und Region setzt voraus, dass den zuständigen Behörden die relevanten Daten zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen der Umsetzung der erwähnten Gesetzesrevision soll Artikel 30b Absatz 1 Buchstaben a und b KVV dahingehend geändert werden, dass das BFS die Daten nach Artikel 59a KVG an das BAG (für die Erarbeitung der Kriterien und methodischen Grundsätze) sowie an die Kantone übermitteln darf (für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte). Je nachdem, welche Daten für das nationale Regressionsmodell oder für die Festlegung der Höchstzahlen durch die Kantone benötigt werden, ist es möglich, dass die Datenerhebung nach Artikel 59a KVG angepasst



werden. Nach Artikel 55a Absatz 4 der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 geben die Leistungserbringer, die Versicherer und ihre Verbände den zuständigen kantonalen Behörden zudem auf Anfrage kostenlos die Daten bekannt, die zusätzlich zu den nach Artikel 59a KVG erhobenen Daten für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte notwendig sind.

Die Verordnung führt gegenüber der bis 30. Juni 2021 geltenden Gesetzgebung eine grundlegende Änderung herbei und ihre Einführung kann auf Bundesebene (Festlegung des nationalen Regressionsmodells nach Fachgebiet) wie auf Ebene der Kantone (Festlegung der Höchstzahlen nach Region und Fachgebiet) eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen. Daher enthält die Verordnung eine Übergangsbestimmung, gemäss der die Kantone festlegen können, dass das tatsächliche Angebot an verfügbaren Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebiet und Region einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung entspricht. Diese Übergangsbestimmung gilt bis zum 30. Juni 2025.

## II. Besonderer Teil

### Art. 1 Grundsatz

Die Höchstzahlen von Leistungserbringern im Sinne von Artikel 55a der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 werden anhand eines regionalen Versorgungsgrads bestimmt. Zur Ermittlung dieses Versorgungsgrads wird das bestehende Angebot (beobachtetes Leistungsvolumen), das von den zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassenen Ärztinnen und Ärzten bereitgestellt wird, mit einem auf den Bedarf der Bevölkerung abgestimmten Angebot verglichen, das dem Wirtschaftlichkeitskriterium entspricht. Der Versorgungsgrad einer Region kann mit Hilfe eines Gewichtungsfaktors angepasst werden (siehe Art. 8).

### Art. 2 Ermittlung des Angebots an Ärztinnen und Ärzte durch die Kantone

Das Angebot an Ärztinnen und Ärzten wird in Anzahl VZÄ gemessen. Der Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte wird ermittelt, indem die von ihnen geleistete Arbeitszeit mit der durchschnittlichen Arbeitszeit verglichen wird, die eine vollzeittätige Ärztin oder ein vollzeittätiger Arzt leistet. Als vollzeittätig gelten Ärztinnen und Ärzte, wenn sie an zehn Halbtagen pro Woche arbeiten. Dies entspricht der Methode, die für Erhebungen bei freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten üblicherweise verwendet wird (z. B. Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren [MAS] oder FMH-Ärzttestatistik). Massgebend ist die GLN (Global Location Number) der Ärztin oder des Arztes, die/der die Leistung erbracht hat.

Lässt sich der Beschäftigungsgrad für bestimmte Leistungserbringer wegen fehlenden Daten oder unzureichender Datenqualität nicht genau bestimmen, so kann für diese Leistungserbringer die Annahme getroffen werden, dass sich die Vollzeitäquivalente proportional zum Leistungsvolumen vergleichbarer Leistungserbringer verhält. Für Ärztinnen und Ärzte, die im spitalambulantem Bereich tätig sind, besteht zurzeit keine nationale Datenbank mit der Anzahl VZÄ. Folglich müssen Schätzungen vorgenommen werden. Der Beschäftigungsgrad der im spitalambulantem Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte lässt sich beispielsweise ausgehend vom Beschäftigungsgrad der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im untersuchten Fachgebiet abschätzen.

### Art. 3 Festlegung der medizinischen Fachgebiete

Für die Festlegung der medizinischen Fachgebiete ist die MedBV massgebend. Die Kantone haben die Möglichkeit, mehrere eidgenössische Weiterbildungstitel zu einem medizinischen Fachgebiet zusammenzufassen. Eine solche Vorgehensweise ist besonders dann angebracht, wenn bestimmte medizinische Fachgebiete einander relativ einfach ersetzen können, wie dies beispielsweise bei den Fachärzten für Allgemeine Innere Medizin und den praktischen Ärztinnen und Ärzten der Fall ist.

Häufig besitzen Ärztinnen und Ärzte mehrere Weiterbildungstitel. In diesem Fall wird sie zu demjenigen Fachgebiet zugeteilt, in welchem sie am meisten Leistungen erbringen. Ist diese Information nicht verfügbar, wird auf den zuletzt erworbenen Titel abgestellt.

### Art. 4 Festlegung der Regionen, für die die Höchstzahlen gelten sollen

Die Kantone bestimmen die Regionen, für die die Höchstzahlen festgelegt werden. Diese Versorgungsregionen können einen Kantonsteil, einen Kanton, ein kantonsübergreifendes Gebiet oder mehrere Kantone umfassen.

### Art. 5 Methode zur Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen

Die Analyse des Bedarfs an ärztlichen Leistungen erfolgt gestützt auf Regressionskoeffizienten des auf nationaler Ebene erbrachten Volumens der ambulanten medizinischen Leistungen in einem medizinischen Fachgebiet. Gestützt auf ein Regressionsmodell, das in Absprache mit den Kantonen erarbeitet wird, publiziert das EDI in einer Verordnung die Koeffizienten für jedes Fachgebiet.

Die Regressionskoeffizienten nach Fachgebiet werden regelmässig publiziert (zum Beispiel alle drei oder fünf Jahre – je nach Bedarf). Diese Veröffentlichung ermöglicht den Kantonen, den Bedarf an ärztlichen Leistungen entsprechend der Struktur ihrer Bevölkerung und für jedes Fachgebiet anhand der aktuellsten Informationen zu schätzen. Der Bedarf an ärztlichen Leistungen wird in Absatz 2 mit bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen  $a$  bezeichnet.

Der geschätzte Versorgungsbedarf für jedes Fachgebiet hängt von den Grundmerkmalen der Wohnbevölkerung der Region ab, für die der Kanton Höchstzahlen festlegen möchte. Im Regressionsmodell werden die Erklärungsfaktoren «Alter» und «Geschlecht» berücksichtigt. In Absprache mit den Kantonen werden dem Modell weitere Erklärungsfaktoren hinzugefügt (z. B. die Mortalitätsrate, die Hospitalisierungsrate oder der Anteil der Bevölkerung, der eine hohe Franchise gewählt hat). Insgesamt sollten es die ausgewählten Faktoren ermöglichen, den Bedarf an ärztlichen Leistungen möglichst genau zu schätzen.

Die Zuteilung der Leistungen zu den medizinischen Fachgebieten erfolgt mit Hilfe der GLN der Ärztinnen und Ärzte, welche die Leistungen erbracht haben. Diese Nummer muss grundsätzlich auf den Rechnungen zu den erbrachten Leistungen aufgeführt sein, damit die Ärztinnen und Ärzten ermittelt werden können.

#### *Art. 6 Berücksichtigung der Patientenströme für die Berechnung des regionalen Versorgungsgrads*

Das dem Bedarf an ärztlichen Leistungen entsprechende Leistungsvolumen, das vom Kanton mit Hilfe der Regressionskoeffizienten berechnet wurde, muss aufgrund der Patientenströme angepasst werden. Der Patientenstrom lässt sich formell wie folgt beschreiben: Volumen der Leistungen, die in einer Region *i* von Patienten in Anspruch genommen werden, die ihren Wohnsitz in einer anderen Region haben, abzüglich des Volumens der Leistungen, die von den Bewohnern der Region *i* bei Ärztinnen und Ärzten in Anspruch genommen werden, die in anderen Regionen niedergelassen sind. Konkret können die Kantone den Anteil des OKP-Leistungsvolumens berechnen, das dem Netto-Patientenstrom entspricht. Im untenstehenden fiktiven Beispiel könnte das Leistungsvolumen, das dem Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung einer Region entspricht, um 15 % erhöht werden.

<b>Base</b> = Total der von der Bevölkerung der Region beanspruchten Leistungen	<b>Outflow</b> = Leistungen, die von der Wohnbevölkerung der Region ausserhalb der Region in Anspruch genommen werden	<b>Inflow</b> = Leistungen, die in der Region von der Bevölkerung mit Wohnsitz ausserhalb der Region in Anspruch genommen werden	<b>Netflow</b> = Inflow - Outflow
3'000	750	1'200	450
100,00 %	25,00 %	40,00 %	<b>15,00 %</b>

Nach Berücksichtigung der Patientenströme in der Berechnung ergibt sich das in Absatz 1 erwähnte bedarfsadjustierte Leistungsvolumen *b*. Das beobachtete Leistungsvolumen wird anschliessend mit dem bedarfsadjustierten Leistungsvolumen *b* geteilt, um so den Versorgungsgrad zu ermitteln.

#### *Art. 7 Messung der in Anspruch genommenen Leistungen*

Die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen werden anhand des Taxpunktvolumens der Tarifstruktur für ambulante ärztliche Behandlungen gemessen. Lässt sich das Leistungsvolumen nicht genau bestimmen, werden die Bruttoleistungen der OKP oder die Anzahl Konsultationen herangezogen.

#### *Art. 8 Berücksichtigung eines Gewichtungsfaktors bei der Berechnung des regionalen Versorgungsgrads*

Die Kantone haben die Möglichkeit, auf den Versorgungsgrad einen Gewichtungsfaktor anzuwenden, um Umstände zu berücksichtigen, denen bei der Berechnung des Versorgungsgrads einer bestimmten Region nicht Rechnung getragen werden konnten. Dieser Faktor muss begründet werden. Dazu können die Kantone insbesondere auf Expertenbefragungen oder Indikatorensysteme abstellen oder Referenzwerte (bspw. Werte aus einer vergangenen Periode) als Anhaltspunkt heranziehen. Sie haben die Möglichkeit, mehrere Ansätze zu kombinieren.

#### *Art. 9 Interkantonale Koordination bei der Festlegung der Höchstzahlen*

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination müssen die Kantone insbesondere die nötigen Daten zu den Patientenströmen auswerten und den betroffenen Kantonen mitteilen, das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial einer interkantonalen Festlegung der Höchstzahlen beurteilen und die Festlegung der Höchstzahlen mit den betroffenen Kantonen koordinieren.

#### *Art. 10 Festlegung von Höchstzahlen*

Die Kantone legen die Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebiet fest und bestimmen diese in VZÄ. Die Höchstzahlen in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen werden anhand der nach Fachgebiet und Region berechneten VZÄ, des nach Fachgebiet und Region berechneten Versorgungsgrads und des vom Kanton bestimmten Gewichtungsfaktors für den Versorgungsgrad festgelegt.

Aufgrund der demografischen Entwicklung der Bevölkerung müssen die von den Kantonen festgelegten Werte regelmässig überprüft und angepasst werden.

#### *Art. 11 Übergangsbestimmung*

Gemäss den Übergangsbestimmungen der KVG-Änderung (Zulassung von Leistungserbringern) haben die Kantone ab Inkrafttreten der Änderung zwei Jahre Zeit, um ihre kantonale Regelung anzupassen, d. h. bis 30. Juni 2023. Bis dahin bleibt im Bereich der Zulassungsbeschränkung das bisherige Recht anwendbar.

Die Erarbeitung des nationalen Regressionsmodells nimmt eine gewisse Zeit in Anspruch. Zudem ist die Festlegung der Höchstzahlen nach Region eine komplexe Aufgabe, welche die Kantone erst nach einem Schätzungsverfahren bestimmen können. Deshalb können die Kantone für zwei zusätzliche Jahre, d. h. bis zum 30. Juni 2025, bestimmen, dass das nach Artikel 2 ermittelte Angebot an verfügbaren Ärztinnen und Ärzten nach medizinischem Fachgebiet und Region einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung entspricht. Nach diesem Datum müssen die Kantone die Höchstzahlen der Leistungserbringer gestützt auf die Methodik festlegen, die in dieser Verordnung dargelegt wird.

### **III. Inkrafttreten**

Die Verordnung tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.