



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, 23. Juni 2021

I. Allgemeiner Teil

1. Ausgangslage

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, die 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, das 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 die Ausbildung, die Weiterbildung und die 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 diese Kriterien und methodischen Grundsätze.

2. Geltende Regelung für die Zulassungsbeschränkung

Die Zulassungsbeschränkung für die Tätigkeit zulasten der OKP nach 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.¹ Daher wurde Artikel 55a KVG am 5. Juli 2013 in Form eines dringlichen Bundesgesetzes für zunächst 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.² 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).³ 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.⁴

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.⁵ 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 war bis zum 30. Juni 2019 befristet. Anschliessend nahm das Parlament am 14. Dezember 2018 die

¹ 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

² Bericht Gesundheit2020 vom 23. Januar 2013, S. 22

³ BBl 2015 2317

⁴ Abstimmungsprotokoll des Nationalrats, Ref. 12852

⁵ BBl 2016 3525

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 2021.⁶

3. Die Grundzüge der beantragten Neuregelung

Allgemeine Erläuterungen

Artikel 55a Absatz 1 der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 (Zulassung von Leistungserbringern, nachfolgend nKVG) sieht vor, dass die Kantone in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Zahl der Ärztinnen und Ärzte 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. Entsprechend dem Willen des Gesetzgebers sind die Kantone nicht verpflichtet, für alle medizinischen Fachgebiete im ambulanten Bereich und für sämtliche Regionen eine Höchstzahl von Ärztinnen und Ärzten festzulegen. Sie können auch nur für eines oder mehrere medizinische Fachgebiete oder für gewisse Regionen eine Höchstzahl definieren.

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. Wenn ein Kanton die Zulassung beschränkt, können gemäss Artikel 55a Absatz 5 nKVG folgende Ärztinnen und Ärzte weiterhin tätig sein:

- a. Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden und im ambulanten Bereich Leistungen zulasten der OKP erbracht haben;
- b. Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals oder in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n vor Inkrafttreten der Höchstzahlen ausgeübt haben, sofern sie ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich des gleichen Spitals oder in der gleichen Einrichtung weiter ausüben.

Konkret soll eine Überversorgung via Zulassungsbeschränkungen (Höchstzahlen) und Abgänge (Pensionierung, Wechsel der Fachrichtung oder des Orts) reguliert werden. Mit der Beschränkung der Zulassung in medizinischen Fachgebieten oder in Regionen, in denen eine Überversorgung besteht, kann im Übrigen das Versorgungsangebot indirekt in Richtung der Fachgebiete oder Regionen gelenkt werden, in denen eine Unterversorgung besteht, da letztere im Prinzip nicht von den kantonal festgelegten Höchstzahlen betroffen sind (entweder weil die festgelegten Höchstzahlen deutlich über dem bestehenden Angebot liegen oder weil die Kantone für diese Fachgebiete bzw. Regionen keine Höchstzahlen festgelegt haben). Zusätzlich können die Kantone gemäss Artikel 55a Absatz 6 nKVG auch vorsehen, dass keine Ärztin und kein Arzt in einem bestimmten Fachgebiet eine Tätigkeit zulasten der OKP neu aufnehmen kann, wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person im betreffenden Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts in diesem Fachgebiet ansteigen.

Unter den OECD-Ländern weist die Schweiz eine der höchsten Dichten an berufstätigen Ärztinnen und Ärzten auf.⁷ Gleichzeitig sind die Kosten der ambulanten ärztlichen Leistungen zulasten der OKP seit dem Inkrafttreten des KVG vor über 20 Jahren unablässig gestiegen.⁸ 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.⁹ 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, die Mehrkosten für das System verursacht, verhindern.¹⁰ Das

⁶ BBI 2018 6357

⁷ Gemäss den Daten von 2018 der OECD steht die Schweiz an vierter Stelle hinter Österreich, Norwegen und Litauen.

⁸ 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.

⁹ 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 OKP.

¹⁰ Die Ärztedichte oder der Anteil an Spezialistinnen und Spezialisten können einen bedeutenden Einfluss auf die Kosten haben, siehe insbesondere Cutler, D. M., & Sheiner, L. (1999). The geography of Medicare. *American Economic Review*, 89(2), 228–233 und Crivelli, L., Filippini, M., & Mosca, I. (2006). Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. *Health Economics*, 15(5), 535–541.

Angebot an ärztlichen Leistungen muss 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 nKVG 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 nKVG).

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 nKVG). 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 und den Kantonen zugleich einen gewissen Spielraum zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zu belassen. Mit der methodischen Einheitlichkeit sollen auch kantonsübergreifende Regionen / Versorgungsregionen ermöglicht bzw. gefördert werden. Bei der Festlegung der Kriterien und methodischen Grundsätze nach Artikel 55a Absatz 2 nKVG muss der Bundesrat insbesondere die interkantonalen Patientenströme, die Versorgungsregionen und die generelle Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen.

Die vorliegende Verordnung konkretisiert den Auftrag des Bundesrates gemäss Artikel 55a Absatz 2 nKVG. Sie stützt sich 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 Grundsätzen.¹¹ 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 Ärzten in der Schweiz simulieren lässt (Burla und Widmer, 2016)¹². Das Obsan hat auch eine Methode (MH3SFCA) zur Analyse von Unterschieden bei der räumlichen Zugänglichkeit des Versorgungsangebots entwickelt (Jörg et al., 2019)¹³. Schliesslich hat santésuisse mit Unterstützung privater Forschungsinstitute ein eigenes Modell zur Beurteilung der Versorgung mit ärztlichen Leistungen entwickelt (Reichlmeier und Meier, 2018)¹⁴. 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 nKVG 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 neuen gesetzlich festgelegten Anforderungen ermittelt und vorgeschlagen werden.

¹¹ Kaiser, B. (2020). *Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten*.

BSS, abrufbar über: www.bag.admin.ch > Das BAG > Publikationen > Forschungsberichte > Kranken- und Unfallversicherung

¹² Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandaufnahme und Prognosen bis 2030* (Obsan Bericht 71). Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

¹³ 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

¹⁴ Reichlmeier, A. & Meier, C. (2018). *Ambulante Versorgungsstruktur und Bedarfsanalyse Schweiz*. santésuisse

Das Modell, das in der Studie von BSS entwickelt wurde, ist nicht als das nationale Modell zu verstehen, auf dem der in der Verordnung festgelegte Ansatz beruht, sondern vielmehr als Beitrag zu den Überlegungen, die im Vorfeld der Erarbeitung der Verordnung angestellt wurden. Die in der Verordnung vorgeschlagenen Kriterien und methodischen Grundsätze weichen teilweise davon ab, um den Kantonen einen einheitlicheren gesamtschweizerischen Ansatz zu bieten, der sich einfacher umsetzen lässt.

Erläuterungen zum Inhalt der Verordnung

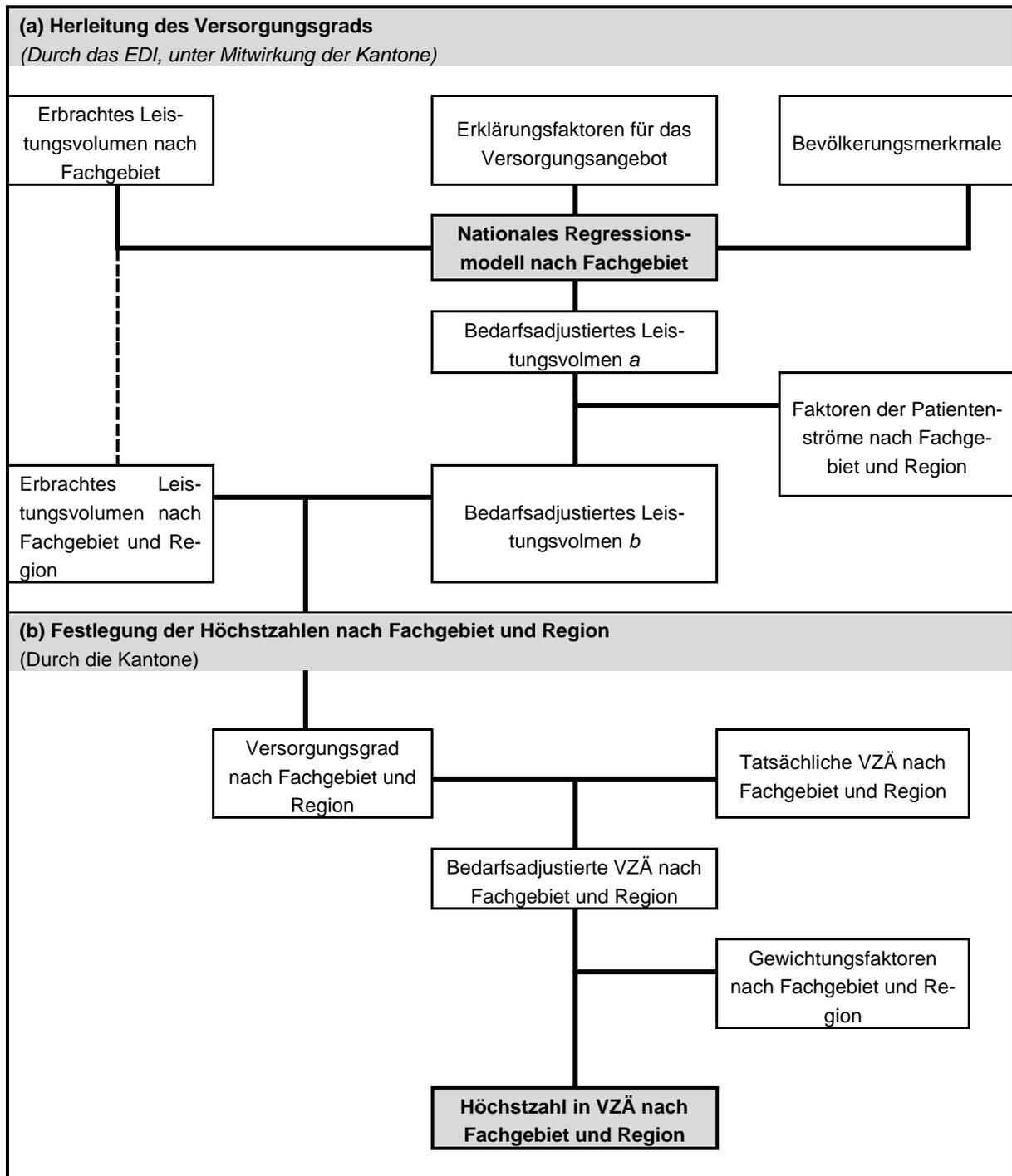
In der Verordnung werden per 1. Juli 2021 die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte definiert. Diese Kriterien und methodischen Grundsätze gelten sowohl für die Festlegung von Höchstzahlen für einen bestimmten Kanton als auch für die Berechnung 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. Die Kantone gehen bei der Bestimmung der Höchstzahlen nach einem koordinierten Ansatz vor, um das Potenzial der Wirtschaftlichkeit- und der Qualitätsverbesserung auszuschöpfen.

Bei der Festlegung der Höchstzahl der Ärztinnen und Ärzte, die gemäss Artikel 55a Absatz 1 nKVG in einem bestimmten Fachgebiet und einer bestimmten Region zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind, stützen sich die Kantone auf das tatsächliche Angebot an Ärztinnen und Ärzten, die im jeweiligen Kanton im betreffenden Fachgebiet und in der betreffenden Region tätig sind, und auf Referenzwerte zum Versorgungsgrad nach Fachgebiet und Region, die nach einer einheitlichen Methode auf gesamtschweizerischer Ebene definiert werden. Diese Referenzwerte werden vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) aus einem nationalen Regressionsmodell des Versorgungsangebots hergeleitet.

Konkret wird mit dem Ansatz also das Angebot an Ärztinnen und Ärzten, die in einer Region tätig sind, zum für diese Region hergeleiteten Versorgungsgrad in ein Verhältnis gesetzt. Die Kantone haben zudem die Möglichkeit, einen Gewichtungsfaktor anzuwenden, um Elemente zu kompensieren, die den objektiven Versorgungsbedarf beeinflussen und im nationalen Modell nicht ausreichend berücksichtigt werden konnten. Letztlich ist es das Ziel, den Versicherten den Zugang zu zweckmässigen, qualitativ hochstehenden und zugleich wirtschaftlichen Leistungen zu gewährleisten.

Die Verordnung legt einen Rahmen fest, der eine gesamtschweizerisch einheitliche Umsetzung von Artikel 55a Absatz 1 nKVG ermöglicht. Zugleich belässt sie den Kantonen Spielraum betreffend Fachgebiete und Regionen, für die die Höchstzahlen der zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassenen Ärztinnen und Ärzte gelten. Die Verordnung beruht auf zwei Grundpfeilern: (a) der Herleitung des Versorgungsgrads nach Region und medizinischem Fachgebiet anhand einer Modellierung auf gesamtschweizerischer Ebene und (b) der Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebiet und Region durch die Kantone (siehe auch Abbildung 1).

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



(a) Herleitung des Versorgungsgrads nach Fachgebiet und Region

Der Versorgungsgrad entspricht dem Verhältnis zwischen dem tatsächlichen Versorgungsangebot und dem Versorgungsbedarf, die beide mit dem Leistungsvolumen ausgedrückt werden können.

Um ein schweizweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, soll der Versorgungsbedarf mit einem Regressionsmodell des Versorgungsangebots geschätzt werden, das auf nationaler Ebene gültig ist. Auch wenn der Versorgungsbedarf der Bevölkerung in einem Fachgebiet ein latentes Konstrukt ist, das sich nicht beobachten lässt, muss es das Ziel des nationalen Regressionsmodells sein, eine statistische Schätzung der regionalen Schwankungen nach einer kantonal einheitlichen Methode zu ermöglichen. Letztlich kann mit dem Modell die Höhe des bedarfsadjustierten Versorgungsbedarfs nach medizinischem Fachgebiet und nach Region (bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen *a*) geschätzt werden. Das

bedarfsadjustierte Leistungsvolumen a wird zudem mit Erklärungsfaktoren bestimmt, die im nationalen Regressionsmodell verwendet wurden.

Bei der Schätzung des Versorgungsbedarfs sind ausserdem die Patientenströme zwischen den Regionen zu berücksichtigen. Ziel der Analyse der Patientenströme sollte eine angemessene Versorgung sein, die eine hohe Qualität aufweist und dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit entspricht. Die Anpassung des bedarfsadjustierten Leistungsvolumens a anhand der Patientenströme ergibt das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen b . Dieses Volumen bildet den Nenner des Quotienten, mit dem der Versorgungsgrad hergeleitet werden kann.

Parallel zur Schätzung des Bedarfs an ärztlichen Leistungen evaluiert das EDI den Umfang des Leistungsangebots nach Fachgebiet und Region. Dieser entspricht dem Angebot an ambulanten Leistungen der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie jener, die im spitalambulanten Bereich im untersuchten Fachbereich und in der untersuchten Region tätig sind (erbrachtes Leistungsvolumen). Das erbrachte Leistungsvolumen ist als Zähler in den Quotienten einzusetzen, mit dem der Versorgungsgrad nach Fachgebiet und nach Region hergeleitet wird. Die so hergeleiteten Versorgungsgrade werden vom EDI in einer Verordnung veröffentlicht. Sie sind ein Indikator für den Erfüllungsgrad des Bedarfs an ärztlichen Leistungen im betreffenden Fachgebiet und in der betreffenden Region und ein erster Schritt bei der Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte.

(b) Festlegung der Höchstzahlen durch die Kantone (siehe Abbildung 1, regionale Ebene)

Gemäss Artikel 55a Absatz 1 nKVG sind die Kantone für die Festlegung der maximalen Anzahl der Ärztinnen und Ärzte zuständig. Diese Höchstzahlen werden als Vollzeitäquivalente (VZÄ) angegeben, um dem Beschäftigungsgrad der betreffenden Ärztinnen und Ärzte Rechnung zu tragen. Bevor sie die Höchstzahlen festlegen, hören die Kantone gemäss Artikel 55a Absatz 3 nKVG die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten an. Ausserdem sind die Kantone verpflichtet, sich untereinander zu koordinieren.

Um die Höchstzahlen nach medizinischem Fachgebiet und Region festzulegen:

- müssen die Kantone die *Zahl der tatsächlichen VZÄ* im entsprechenden Fachgebiet und in der entsprechenden Region ermitteln und diese Zahl durch den vom EDI hergeleiteten Versorgungsgrad nach Fachgebiet und Region dividieren. Die tatsächlichen VZÄ umfassen alle Ärztinnen und Ärzte, die im betreffenden Fachgebiet im Kanton in einer Praxis oder im spitalambulanten Bereich tätig sind. Bei Regionen, die sich über das Gebiet mehrerer Kantone erstrecken, stimmen sich die betreffenden Kantone ab. Damit erhalten die Kantone eine bedarfsadjustierte Anzahl VZÄ nach Fachgebiet und Region.
- können die Kantone einen *Gewichtungsfaktor* nach Fachgebiet und Region auf die bedarfsadjustierten VZÄ anwenden. Dieser Faktor dient dazu, regionale Gegebenheiten auszugleichen, die den Versorgungsgrad beeinflussen und denen im nationalen Modell nicht ausreichend Rechnung getragen werden konnte. Dabei müssen sich die Kantone insbesondere auf Expertenbefragungen, Indikatorensysteme oder Referenzwerte berufen.

Folglich hängt die Höchstzahl Ärztinnen und Ärzte in VZÄ, die zur Tätigkeit in einem medizinischen Fachgebiet und einer Region zugelassen sind, von der durch die Kantone ermittelten Anzahl tatsächlicher VZÄ im Fachgebiet und in der Region, vom Versorgungsgrad im betreffenden Fachgebiet und in der betreffenden Region gemäss dem nationalen Modell sowie vom durch die Kantone festgelegten Gewichtungsfaktor für das Fachgebiet und die Region ab. Die Kantone können bestimmen, in welchen Fachgebieten und in welchen Regionen die Höchstzahlen zur Anwendung kommen.

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 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) dahingehend geändert werden, dass das Bundesamt für Statistik (BFS) die Daten nach Artikel 59a KVG an das BAG (für die Erarbeitung der Kriterien und methodischen Grundsätze, so auch des nationalen Regressionsmodells des Angebots) 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 Schätzung der Anzahl tatsächlicher VZÄ und die Festlegung der Höchstzahlen durch die Kantone benötigt werden, ist es folglich möglich, dass die Datenerhebung nach Artikel 59a KVG künftig angepasst wird. Nach Artikel 55a Absatz 4 nKVG geben die Leistungserbringer, die Versicherer und ihre Verbände den zuständigen kantonalen Behörden 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.

Das revidierte KVG sieht eine zweijährige Übergangsfrist vor, die bis zum 30. Juni 2023 läuft und während der die Kantone weiterhin das aktuell geltende Recht anwenden können. Da die Verordnung gegenüber der heute geltenden Gesetzgebung eine grundlegende Änderung herbeiführt und ihre Einführung 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 kann, sieht die Verordnung ebenfalls eine bis zum 30. Juni 2025 geltende Übergangsbestimmung vor. Gemäss dieser können die Kantone bestimmen, dass das tatsächliche Angebot an verfügbaren Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebiet und Region einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung entspricht.

Angesichts der bedeutenden Änderung, die die Einführung der erläuterten Methode mit sich bringt, sollen die Auswirkungen der Verordnung einer Evaluation unterzogen werden. Diese wird innerhalb von fünf Jahren nach Ende der in der Verordnung vorgesehenen Übergangsfrist erfolgen.

II. Besonderer Teil

Art. 1 Grundsatz

Gemäss *Absatz 1* richten sich die von den Kantonen festgelegten Höchstzahlen der Leistungserbringer im Sinne von Artikel 55a nKVG nach dem von den Kantonen ermittelten Angebot an Ärztinnen und Ärzten und dem Versorgungsgrad pro Region.

Nach *Absatz 2* werden die Höchstzahlen durch die Kantone bestimmt, indem das Angebot an Ärztinnen und Ärzten (*Art. 2*) durch den Versorgungsgrad (*Art. 3*) geteilt wird.

Absatz 3 präzisiert, dass die Kantone ausserdem einen Gewichtungsfaktor (*Art. 5 Abs. 2*) auf die nach *Absatz 2* erhaltenen Resultate anwenden können.

Art. 2 Ermittlung des Angebots an Ärztinnen und Ärzten

Gemäss *Absatz 1* wird das Angebot an Ärztinnen und Ärzten von den Kantonen aufgrund der Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte in VZÄ ermittelt.

Absatz 2 präzisiert, dass die GLN (Global Location Number) der Ärztin oder des Arztes, die oder der die Leistung erbracht hat, massgebend ist. Die Nummer muss auf den Rechnungen für erbrachte Leistungen von Ärztinnen und Ärzten aufgeführt sein, damit diese identifiziert werden können.

Gemäss *Absatz 3* wird der Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte ermittelt, indem die von ihnen geleistete Arbeitszeit mit der durchschnittlichen Arbeitszeit verglichen wird, die eine vollzeittätige Ärztin oder ein vollzeittätiger Arzt leistet. Angesichts der aktuellen Datenlage und zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit zwischen den Fachgebieten gelten Ärztinnen und Ärzte als vollzeittätig, 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-Ärztestatistik).

Zur Ermittlung des tatsächlichen Leistungsangebots können sich die Kantone auf die in *Artikel 8* erwähnten Daten abstützen oder die Anzahl VZÄ selber bei den Leistungserbringern in dem Fachgebiet erheben, für das sie Höchstzahlen festlegen wollen. Lässt sich der Beschäftigungsgrad für bestimmte Leistungserbringer wegen fehlender Daten oder unzureichender Datenqualität nicht genau bestimmen, so kann für diese Leistungserbringer gemäss *Absatz 4* die Annahme getroffen werden, dass sich dieser Beschäftigungsgrad proportional zum Leistungsvolumen vergleichbarer Leistungserbringer verhält. Für Ärztinnen und Ärzte, die im spitalambulanten Bereich tätig sind, besteht zurzeit keine nationale Datenbasis mit der Anzahl VZÄ nach Fachgebiet und nach Region. Solange sich diese Situation nicht verbessert, müssen Schätzungen vorgenommen werden. Der Beschäftigungsgrad der im spitalambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte lässt sich somit beispielsweise ausgehend vom Beschäftigungsgrad der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im untersuchten Fachgebiet abschätzen. Konkret kann davon ausgegangen werden, dass ein VZÄ in einer Praxis dieselbe Menge an Leistungen erbringt wie ein VZÄ in einem Spital.

Art. 3 Methode zur Herleitung des Versorgungsgrades

Zur Herleitung der Versorgungsgrade in einem Fachgebiet und in einer bestimmten Region gilt es zunächst das dem Versorgungsbedarf angepasste Leistungsvolumen zu ermitteln.

Gemäss *Absatz 1* stützt sich die Herleitung des bedarfsadjustierten Leistungsvolumens auf ein Regressionsmodell des Versorgungsangebots. Das Modell wird auf nationaler Ebene festgelegt, um die methodische Kohärenz sicherzustellen. Für die entsprechenden Arbeiten ist das EDI, das dem BAG und dem BFS vorsteht, zuständig. Dabei soll es für die Erarbeitung des Regressionsmodells vom Obsan unterstützt werden. Das Modell wird in Absprache mit den Kantonen erarbeitet, da diese die Ergebnisse der nationalen Modellrechnungen anschliessend anwenden müssen, um die Höchstzahlen der zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassenen Ärztinnen und Ärzte auf ihrem Gebiet zu bestimmen. Die Bundesverfassung verpflichtet die Kantone im Übrigen, die medizinische Versorgung im Falle von Krankheit zu gewährleisten. Zusätzlich zu den Kantonen können auch die interessierten Kreise – insbesondere die Verbände der Ärzteschaft, der Spitäler und der Versicherer – einbezogen werden.¹⁵

Das in *Absatz 1* erwähnte Regressionsmodell soll für die ganze Schweiz anwendbar sein und verschiedenen Erklärungsfaktoren des Angebots im Zusammenhang mit der Demografie und Morbidität Rechnung tragen. Berücksichtigt werden die Erklärungsfaktoren «Alter» und «Geschlecht», hinzu kommen weitere Faktoren (z. B. die Mortalitätsraten, die Hospitalisierungsraten oder der Bevölkerungsanteil mit einer hohen Franchise). Anhand der Gesamtheit der für jedes Fachgebiet ausgewählten Erklärungsfaktoren muss das EDI auf möglichst geeignete Weise das bedarfsgerechte Leistungsvolumen für eine bestimmte Region herleiten können (bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen *a*). Da die Erklärungsfaktoren für den Versorgungsbedarf nicht zwingend für alle Fachgebiete gleich sind, kann sich das Regressionsmodell je nach Fachgebiet unterscheiden; für jedes Fachgebiet gibt es jedoch nur ein einziges schweizweit anwendbares Regressionsmodell. Dieses Modell wird in einer Verordnung des EDI festgelegt.

Mit dem nationalen Regressionsmodell kann ein bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen nach Fachgebiet und Region hergeleitet werden (in *Abs. 1* erwähntes bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen *a*).

Absatz 2 präzisiert, dass das EDI die für das Regressionsmodell verwendeten Regionen festlegt. Vor der Festlegung der Regionen für das Regressionsmodell hört das EDI zwingend die Kantone an, insbesondere um die Vereinbarkeit zwischen den in den Berechnungen der Versorgungsgrade verwendeten Regionen und dem örtlichen Geltungsbereich der Höchstzahlen zu gewährleisten (siehe auch *Artikel 6*). Die Vorgabe einer Mindestgrösse dieser Regionen scheint nicht angemessen. Empfehlenswert ist jedoch, bei der Festlegung der Regionen die Grösse des medizinischen Fachgebiets zu berücksichtigen: Je kleiner die Fachgebiete sind (z. B. hochspezialisierte Medizin), desto grösser sollten die Regionen sein. Kantonsübergreifende Regionen sollte das EDI nur vorsehen, wenn die betreffenden Kantone entschieden haben, sich bei der Festlegung der für diese Gebiete geltenden Höchstzahlen zu koordinieren (siehe auch *Artikel 6 Absatz 2*).

Gemäss *Absatz 3* muss das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen *a* anhand der Patientenströme zwischen den Regionen angepasst werden. Der Patientenstrom kann als das Leistungsvolumen beschrieben werden, das in einer Region *i* von Patientinnen und Patienten, die in anderen Regionen wohnhaft sind, bezogen wird, minus das Leistungsvolumen, das von den Einwohnerinnen und Einwohnern der Region *i* bei Ärztinnen und Ärzten in anderen Regionen bezogen wird (tatsächlicher Patientenstrom). Der Bericht von BSS skizziert eine mögliche Methode, die dieser Beschreibung gerecht wird. Wie bereits erwähnt sollte die Analyse der Patientenströme darauf abzielen, eine angemessene Versorgung von hoher Qualität zu erreichen, die dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit entspricht. Die tatsächlichen Patientenströme sollten, sofern es die notwendigen Informationen und Daten ermöglichen, zumindest periodisch einer kritischen Überprüfung unterzogen werden, bei der untersucht wird, inwiefern sie das Ergebnis einer Unter- oder Überversorgung auf regionaler Ebene sind. Durch Einbezug der Patientenströme lässt sich das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen *b* herleiten.

Gemäss *Absatz 4* wird der Versorgungsgrad aus der Division des erbrachten Leistungsvolumens (*Art. 1 Abs. 2*) durch das gemäss *Absatz 3* ermittelte bedarfsadjustierte Leistungsvolumen *b* hergeleitet:

$$(F1) \quad \text{Versorgungsgrad} = \frac{\text{tatsächliches Volumen}}{\text{Volumen}_b}$$

Ein Versorgungsgrad von 100 % weist tendenziell auf eine angemessene Versorgung hin. Ein Versorgungsgrad unter 100 % lässt eher auf eine Unterversorgung schliessen. Liegt der Versorgungsgrad

¹⁵ Im Folgenden wird nur das EDI erwähnt, die enge Zusammenarbeit mit den Kantonen und der Einbezug der interessierten Kreise sollen jedoch weiterhin gelten.

über 100 %, deutet dies tendenziell auf eine Überversorgung hin. Es ist davon auszugehen, dass sich die Kantone bei der Festlegung der Höchstzahlen besonders auf die Fachgebiete und Regionen konzentrieren, die einen Versorgungsgrad von mehr als 100 % aufweisen. Die anhand des nationalen Regressionsmodells hergeleiteten Versorgungsgrade werden vom EDI in einer Verordnung festgelegt. Absatz 5 hält fest, dass die Versorgungsgrade aufgrund der Bevölkerungsentwicklung regelmässig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden müssen. Dank dieser regelmässigen Überprüfung kann der Bedarf an ärztlichen Leistungen entsprechend der regionalen Bevölkerungsstruktur für jedes Fachgebiet auf Basis der neusten Informationen abgeschätzt werden. In welchem Rhythmus diese Überprüfungen genau stattfinden, soll bei der Erarbeitung des Regressionsmodells durch das EDI bestimmt werden, da der Aktualisierungsrhythmus der verwendeten Datengrundlagen/Register eine entscheidende Rolle spielt.

Art. 4 Ein- und Zuteilung der medizinischen Fachgebiete

Gemäss Absatz 1 stützt sich die Einteilung der medizinischen Fachgebiete auf die Weiterbildungstitel nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a und b der Medizinalberufverordnung vom 27. Juni 2007 (MedBV)¹⁶. Folglich gilt bei der Herleitung des Versorgungsgrads gemäss Artikel 3 und bei der Festlegung der Höchstzahlen durch die Kantone gemäss Artikel 5 dieselbe Definition der medizinischen Fachgebiete. Bei der Erarbeitung des nationalen Regressionsmodells des Angebots kann das EDI beschliessen, 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. Die vom EDI für das nationale Regressionsmodell vorgenommenen Zusammenschlüsse von Weiterbildungstiteln zu einem Fachgebiet sind auch bei der Festlegung der Höchstzahlen durch die Kantone anzuwenden.

Häufig besitzen Ärztinnen und Ärzte mehrere Weiterbildungstitel. Für diese Fälle legt Absatz 2 fest, dass sie demjenigen Fachgebiet zugeteilt werden, in dem sie am meisten Leistungen erbringen. Ist diese Information nicht verfügbar, wird auf den zuletzt erworbenen Titel abgestellt.

Art. 5 Festlegung der Höchstzahlen durch die Kantone

Absatz 1 hält fest, dass die Kantone zur Festlegung der Anzahl VZÄ pro Fachgebiet und Region, die für eine wirtschaftliche Versorgung auf ihrem Gebiet notwendig sind (bedarfsadjustierte VZÄ), das Angebot an Ärztinnen und Ärzten der betroffenen Region je medizinisches Fachgebiet (siehe Art. 2) ins Verhältnis zum entsprechenden Versorgungsgrad setzen, den das EDI hergeleitet hat (siehe Art. 3).

Gemäss Absatz 2 haben die Kantone im Übrigen die Möglichkeit, einen Gewichtungsfaktor – auf Ebene der Region – auf die Anzahl bedarfsadjustierter VZÄ anzuwenden. Damit werden die Höchstzahlen durch folgende Funktion bestimmt:

$$(F2) \quad \text{Höchstzahl} = \frac{\text{tatsächliche VZÄ}}{\text{Versorgungsgrad}} * \text{Gewichtungsfaktor}$$

Der Gewichtungsfaktor dient dazu, Umstände zu berücksichtigen, denen bei der Herleitung des Versorgungsgrads einer bestimmten Region nicht Rechnung getragen werden konnte. Innerhalb einer Region können die Kantone je nach Fachgebiet verschiedene Gewichtungsfaktoren vorsehen. Ebenso können sie unterschiedliche Gewichtungsfaktoren für dasselbe Fachgebiet je nach Region anwenden. Die Kantone müssen diese Faktoren begründen können, indem sie 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.

Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung verpflichtet Absatz 3 die Kantone, die festgelegten Höchstzahlen regelmässig zu überprüfen und wenn nötig anzupassen, damit sie weiterhin einem wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Angebot entsprechen. Auch angesichts der kantonalen Autonomie scheint es nicht angemessen, einen fixen Überprüfungsrhythmus vorzuschreiben. Die Kantone können jedoch einen gemeinsamen Überprüfungsrhythmus festlegen, auch im Hinblick auf eine Erleichterung der in Artikel 7 erwähnten interkantonalen Koordination.

¹⁶ SR 811.112.0

Schliesslich ist daran zu erinnern, dass Artikel 55a Absatz 3 nKVG von den Kantonen verlangt, vor der Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten anzuhören. Ausserdem müssen sie sich mit den übrigen Kantonen koordinieren.

Art. 6 Festlegung des örtlichen Geltungsbereichs der Höchstzahlen

Gemäss *Absatz 1* kann der Kanton bestimmen, dass die Höchstzahlen für den ganzen Kanton oder einen Kantonsteil gelten. Bei der Festlegung des örtlichen Geltungsbereichs können sich die Kantone unter anderem auf topografische (z. B. die Entfernung und die Anreisezeit) oder kulturelle Kriterien (z. B. die Sprache) stützen.

Nach *Absatz 2* können die Kantone auch bestimmen, dass die Höchstzahlen für ein kantonübergreifendes Gebiet oder für mehrere Kantone gelten. In diesen Fällen koordinieren sie sich vorgängig mit den betreffenden Kantonen.

Klar ist, dass die örtlichen Geltungsbereiche der Höchstzahlen vereinbar sein müssen mit den Regionen, die das EDI zur Herleitung der Versorgungsgrade verwendet hat. Deshalb schreibt *Artikel 3 Absatz 2* vor, dass das EDI vor der Festlegung der Regionen zur Herleitung der Versorgungsgrade die Kantone anhört.

Art. 7 Interkantonale Koordination bei der Festlegung der Höchstzahlen

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination müssen die Kantone insbesondere das Potenzial zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität beurteilen, das eine interkantonale Festlegung der Höchstzahlen bietet, und die Festlegung der Höchstzahlen mit den betroffenen Kantonen koordinieren. Die Stärkung der Wirtschaftlichkeit kann beispielsweise überprüft werden, indem die Kantone das Ergebnis einer Festlegung von Höchstzahlen für kleine Regionen innerhalb der Kantonsgrenzen mit jenem für grössere, kantonsübergreifende Regionen vergleichen. Solche Analysen eignen sich besonders für Regionen an den Kantonsgrenzen.

Art. 8 Grundlagen

Absatz 1 enthält eine nicht abschliessende Liste von Daten, die zur Umsetzung der Methode zur Festlegung der Höchstzahlen herangezogen werden können.

Artikel 55a Absatz 4 nKVG hält im Übrigen fest, dass die angefragten Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände verpflichtet sind, den Kantonen kostenlos Informationen zu liefern.

Art. 9 Übergangsbestimmung

Gemäss den Übergangsbestimmungen der KVG-Änderung (Zulassung von Leistungserbringern) haben die Kantone ab Inkrafttreten der Änderung zwei Jahre Zeit, um ihre kantonale Regelung betreffend Zulassungsbeschränkung anzupassen, d. h. bis 30. Juni 2023. Bis dahin steht es den Kantonen frei, im Bereich der Zulassungsbeschränkung das bisherige Recht anzuwenden.¹⁷

Die Erarbeitung des nationalen Regressionsmodells nimmt eine gewisse Zeit in Anspruch. Zudem ist die Festlegung der Höchstzahlen nach Region eine komplexe Aufgabe, die die Kantone erst nach einem Schätzungsverfahren ausführen 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 (dies ist ebenfalls ab dem 1. Juli 2021 möglich). Nach dem 30. Juni 2025 müssen die Kantone die Höchstzahlen der Leistungserbringer gestützt auf die in dieser Verordnung dargelegte Methodik und unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Regressionsmodells festlegen, das vom EDI erarbeitet wird.

¹⁷ D. h., sie können die Einschränkungen auf der Grundlage des früheren Artikels 55a KVG und der Verordnung vom 3. Juli 2013 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP.

III. Inkrafttreten

Die Verordnung tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.