



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Verordnung des EDI über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich

(Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern und der Verordnung vom 23. Juni 2021 über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich)

Inkrafttreten: 1. Januar 2023

Wortlaut und Kommentar

Bern, 28. November 2022

I. Allgemeiner Teil

1. Ausgangslage

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern, die vom Parlament am 19. Juni 2020 (18.047) verabschiedet wurde, erhielten die Kantone die Kompetenz, in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte zu beschränken, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Leistungen erbringen dürfen (Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte). Das Parlament beauftragte den Bundesrat, dazu die Kriterien und die methodischen Grundsätze festzulegen. Die dem Bundesrat übertragene Kompetenz ist auf methodische Einheitlichkeit in der gesamten Schweiz ausgerichtet, um Transparenz und einen identischen gesetzlichen Rahmen für den spitalambulanten Bereich und für die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte zu schaffen. Den Kantonen soll zugleich ein gewisser Spielraum zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten eingeräumt werden. Vor dem Hintergrund der Zulassungsbeschränkung sollen mit der methodischen Einheitlichkeit auch die interkantonale Koordination erleichtert und das Vorgehen nach Versorgungsregionen gefördert werden.

Am 23. Juni 2021 hat der Bundesrat die Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (SR 832.107, nachfolgend «Höchstzahlenverordnung») verabschiedet. Diese Verordnung sieht vor, dass sich die Kantone zur Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte insbesondere auf Folgendes abstützen:

- das von den Kantonen mittels Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ermittelte tatsächliche Angebot an Ärztinnen und Ärzten, die in einem Fachgebiet und einer bestimmten Region praktizieren.
- die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) geschätzten Versorgungsgrade nach medizinischem Fachgebiet und Region auf der Grundlage eines gesamtschweizerischen Regressionsmodells des Versorgungsangebots und unter Berücksichtigung der Patientenströme.
- die von den Kantonen festgelegten Gewichtungsfaktoren nach medizinischem Fachgebiet und Region, um Umstände zu berücksichtigen, die den objektiven Versorgungsbedarf beeinflussen und die bei der Herleitung der Versorgungsgrade nicht ausreichend berücksichtigt werden konnten.

Das EDI wird beauftragt, diese Versorgungsgrade in einer Verordnung festzulegen (Art. 3 Abs. 4 Höchstzahlenverordnung).

2. Gesetzlicher Rahmen für die Festlegung der Höchstzahlen

Der am 19. Juni 2020 vom Parlament verabschiedete Artikel 55a KVG hat für die Kantone eine neue und unbefristete Lösung für die Zulassungsbeschränkung der Ärztinnen und Ärzte geschaffen. So müssen die Kantone in einem oder mehreren Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP Leistungen erbringen, beschränken. Entsprechend dem Willen des Gesetzgebers sind die Kantone nicht verpflichtet, für alle Fachgebiete und für sämtliche Regionen eine Höchstzahl von Ärztinnen und Ärzten festzulegen. Sie können auch nur für eines oder mehrere Fachgebiete oder für gewisse Regionen eine Höchstzahl definieren. Die Kantone müssen allerdings für mindestens ein Fachgebiet in einer gewissen Region Höchstzahlen vorsehen. Wie genau die Auswahl der Fachgebiete erfolgt, für welche die Höchstzahlen gelten, bleibt den Kantonen überlassen. Der Beschränkung unterstehen auch Ärztinnen und Ärzte, die im spitalambulanten Bereich oder in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n KVG, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, tätig sind (Art. 55a Abs. 1 Bst. b KVG). Es ist nicht vorgesehen, dass die Kantone separate Höchstzahlen für Arztpraxen und den ambulanten Bereich der Spitäler festlegen können. Die für ein Fachgebiet und eine Region festgelegten Höchstzahlen gelten für alle Ärztinnen und Ärzte, unabhängig davon, ob sie in einer Arztpraxis, im ambulanten Bereich eines Spitals oder in einer Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, tätig sind.¹

¹ Siehe dazu die FAQ vom 21. Juni 2022 über die Zulassung von Leistungserbringern, Punkt 2.2 h), S. 17 und 18, veröffentlicht auf der Website des BAG www.bag.admin.ch → Versicherungen → Krankenversicherung → Leistungserbringer

Artikel 55a Absatz 5 KVG legt fest, welche Ärztinnen und Ärzte im Falle einer Zulassungsbeschränkung weiterhin in einem Kanton tätig sein dürfen. Artikel 55a Absatz 3 KVG sieht vor, dass die Kantone vor der Festlegung der Höchstzahlen die interessierten Kreise, das heisst die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten, anhören und sich mit den anderen Kantonen für die Festlegung der Höchstzahlen koordinieren müssen, um insbesondere die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen und Behandlungen sicherzustellen. Zudem geben die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände den kantonalen Behörden auf Anfrage kostenlos die Daten bekannt, die zusätzlich zu den nach Artikel 59a KVG erhobenen Daten zur Festlegung der Höchstzahlen erforderlich sind (Art. 55a Abs. 4 KVG).

Gemäss Artikel 55a Absatz 2 KVG muss der Bundesrat die für die Festlegung der Höchstzahlen geltenden Kriterien und methodischen Grundsätze definieren. Dabei berücksichtigt er insbesondere:

- die interkantonalen Patientenströme;
- die Versorgungsregionen; und
- die allgemeine Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte.

Die Umsetzung von Artikel 55a Absatz 2 KVG wird in der Höchstzahlenverordnung konkretisiert. In dieser Verordnung und dem dazugehörigen Kommentar werden die Kriterien und methodischen Grundsätze festgehalten, auf die sich die Kantone bei der Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebiet und Region abstützen müssen. Gemäss Artikel 1 dieser Verordnung werden die Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebiet und Region von den Kantonen durch folgende Funktion bestimmt:

$$(F1) \text{ Höchstzahl} = \frac{\text{tatsächliche VZÄ}}{\text{Versorgungsgrad}} * \text{Gewichtungsfaktor}$$

Die tatsächlichen VZÄ stehen hier für das Angebot an aktiven Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebiet und Region. Die Kantone müssen dieses Angebot in VZÄ ermitteln (siehe Artikel 2 in der Höchstzahlenverordnung). Der Versorgungsgrad entspricht dem Verhältnis zwischen dem von den Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungsvolumen und dem ermittelten Leistungsvolumen, welches für eine bedarfsgerechte Versorgung in einem Fachgebiet und in einer Region notwendig ist. Diese Methode zur Herleitung der Versorgungsgrade wird in Artikel 3 der Höchstzahlenverordnung dargelegt. Die Ermittlung des bedarfsgerechten Leistungsvolumens stützt sich auf ein vom EDI erarbeitetes gesamtschweizerisches Regressionsmodell des Versorgungsangebots (Art. 3 Abs. 1 Höchstzahlenverordnung) und berücksichtigt die Patientenströme zwischen den Regionen (Art. 3 Abs. 3 Höchstzahlenverordnung). Das EDI wird beauftragt, die Versorgungsgrade in einer Verordnung festzulegen. Beim dritten Faktor der Funktion *F1* handelt es sich um den sogenannten Gewichtungsfaktor. Dieser Faktor dient den Kantonen dazu, regionale oder ein bestimmtes Fachgebiet betreffende Gegebenheiten auszugleichen, denen bei der Herleitung des Versorgungsgrades nicht ausreichend Rechnung getragen werden konnte. Dabei müssen sich die Kantone insbesondere auf Expertenbefragungen, Indikatorensysteme oder Referenzwerte berufen (Art. 5 Abs. 2 Höchstzahlenverordnung). Innerhalb einer Region können die Kantone je nach Fachgebiet verschiedene Gewichtungsfaktoren vorsehen.

Gemäss Artikel 4 Absatz 1 der Höchstzahlenverordnung stützt sich die Einteilung der Fachgebiete auf die eidgenössischen Weiterbildungstitel nach Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a und b der Medizinalberufverordnung (MedBV; SR 811.112.0). Das EDI hat dabei die Möglichkeit, mehrere eidgenössische Weiterbildungstitel zu einem Fachgebiet zusammenzufassen. Die vorgenommenen Zusammenfassungen von Weiterbildungstiteln zu einem Fachgebiet sind dann auch von den Kantonen zur Festlegung der Höchstzahlen anzuwenden. So beruhen die Herleitung der Versorgungsgrade durch das EDI und die von den Kantonen festgelegten Höchstzahlen auf derselben Definition der medizinischen Fachgebiete.

Die Regionen, die vom EDI für das nationale Regressionsmodell des Versorgungsangebots und für die Veröffentlichung der Versorgungsgrade verwendet werden, sind nach Anhörung der Kantone festzulegen (Art. 3 Abs. 2 Höchstzahlenverordnung). Die Kantone können jedoch selber die Regionen wählen, für die sie Höchstzahlen festlegen wollen. Sie können ferner bestimmen, dass die Höchstzahlen nur für einen Kantonsteil gelten (Art. 6 Abs. 1 Höchstzahlenverordnung) und auch festlegen, dass die Höchstzahlen mehrerer Regionen innerhalb des Kantons aggregiert werden oder nach Koordination mit den betroffenen Kantonen für ein kantonübergreifendes Gebiet gelten (Art. 6 Abs. 2 Höchstzahlenverordnung).

Schliesslich müssen die vom EDI veröffentlichten Versorgungsgrade regelmässig überprüft und wenn nötig angepasst werden (Art. 3 Abs. 5 Höchstzahlenverordnung). Dies gilt folglich auch für die von den Kantonen festgelegten Höchstzahlen an Ärztinnen und Ärzten (Art. 5 Abs. 3 Höchstzahlenverordnung).

Gemäss Übergangsbestimmungen haben die Kantone ab Inkrafttreten von Artikel 55a KVG zwei Jahre Zeit, um ihre kantonalen Regelungen betreffend Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP anzupassen, das heisst bis zum 30. Juni 2023. Ab diesem Zeitpunkt können die Kantone ihre Regelungen zur Zulassungsbeschränkung nicht mehr auf den alten Artikel 55a KVG beziehungsweise die Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP (VEZL; SR 832.103) stützen. Die Höchstzahlenverordnung trat am 1. Juli 2021 in Kraft und sieht eine zusätzliche Übergangsfrist vor: Die Kantone können bis zum 30. Juni 2025 bestimmen, dass das von ihnen ermittelte Angebot an verfügbaren Ärztinnen und Ärzten einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung entspricht. Nach dem 30. Juni 2025 müssen die Kantone die Höchstzahlen der Leistungserbringer gestützt auf die in der Höchstzahlenverordnung dargelegte Methodik und unter Berücksichtigung der aktuellen Verordnung des EDI festlegen.

3. Erläuterungen zum Inhalt der Verordnung

Mit vorliegender Verordnung veröffentlicht das EDI die Versorgungsgrade je Fachgebiet und Region gemäss Artikel 3 Absatz 4 der Höchstzahlenverordnung.

3.1. Methode zur Herleitung der Versorgungsgrade

Die Versorgungsgrade basieren auf einer Analyse, die das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in Zusammenarbeit mit der BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG (BSS) durchgeführt hat.² Die Arbeiten wurden durch eine Begleitgruppe, bestehend aus – nebst Obsan und BSS – Vertreterinnen und Vertretern des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), des Bundesamtes für Statistik (BFS), der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie der kantonalen Gesundheitsdirektionen der vier Kantone BL, GE, SG und ZH, unterstützt. Gleichzeitig wurden die Vertreterinnen und Vertreter aller kantonalen Gesundheitsdirektionen und der GDK, die Versichererverbände *santésuisse* und *curafutura* sowie die Verbände der Leistungserbringer, namentlich der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, H+ Die Spitäler der Schweiz sowie der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO), jeweils am Ende einer wichtigen Arbeitsphase im Rahmen von Konferenzen informiert. Sie hatten zudem die Möglichkeit, zur Herleitungsmethode beziehungsweise zu den veröffentlichten Versorgungsgraden Stellung zu nehmen und so zur Verbesserung der Methode beizutragen. Darüber hinaus wurden die medizinischen Fachgesellschaften via Gespräche des Obsan mit den Tarifelegierten in die Erarbeitung der Methode miteinbezogen. So konnten diese zur Verfeinerung der Methode beitragen, die mithin eine Identifizierung der Fachgebiete ermöglicht, denen die nach TARMED abgerechneten Leistungen zugeteilt werden können, sofern der Facharztstitel des leistungserbringenden Arztes nicht klar aus den vorhandenen Daten hervorgeht. Sie trugen ferner dazu bei, die relevanten Erklärungsfaktoren für jedes Fachgebiet auszumachen, die im nationalen Regressionsmodell des Versorgungsangebots verwendet wurden.

Bei den durch das Obsan und die BSS hergeleiteten Versorgungsgrade wird das beobachtete Leistungsvolumen mit dem bedarfsadjustierten Leistungsvolumen nach Fachgebiet und Region in Beziehung gesetzt. Das beobachtete Leistungsvolumen wird aus der Rechnungsstellerstatistik von SASIS AG abgeleitet, während das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen mittels einer statistischen Auswertung geschätzt werden muss. Zu diesem Zweck wurde ein nationales Regressionsmodell entwickelt, in dessen Rahmen die von den Versicherten schweizweit in Anspruch genommenen Leistungsvolumen unter Einbezug verschiedener demografischer Faktoren prognostiziert wird: Alter (20 Altersklassen), Geschlecht (Mann/Frau), Nationalität (CH, EU, Drittland), Zivilstand (Ehe oder eingetragene Partnerschaft: ja/nein), Haushaltsgrösse (1, 2, 3, 4 und mehr Personen), Haushaltstyp (Kollektivhaushalt: ja/nein). Berücksichtigt werden zudem verschiedene morbiditätsbezogene Merkmale wie die Höhe der Jahresfranchise (tief < CHF 500 / hoch > CHF 500), Spitalaufenthalt im Vorjahr (ja/nein, definiert nach dem Risikoausgleich), hohe Medikamentenkosten im Vorjahr (ja/nein, definiert nach dem Risikoausgleich).

Für die Herleitung der Versorgungsgrade werden verschiedene Datenquellen herangezogen, wobei die zentrale Datengrundlage der Datenpool der SASIS AG (Datenpool) bildet, der die abgerechneten OKP-Leistungen jedes Leistungserbringers anhand der jeweiligen ZSR-Nummer erfasst, differenziert nach bestimmten Patientenmerkmalen und zusammengefasst nach Leistungsart. Der Tarifpool der

² Die BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG war bereits bei der Erarbeitung der Höchstzahlenverordnung involviert, zu der sie eine Studie durchgeführt hat. Siehe Kaiser, B. (2020). *Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten*. Verfügbar unter: www.bag.admin.ch > BAG > Publikationen > Forschungsberichte > Kranken- und Unfallversicherung.

SASIS AG (Tarifpool), der weniger Patientendaten enthält, dafür aber genauere Angaben zu den abgerechneten Tarifpositionen liefert, wird ergänzend zum Datenpool verwendet, um eine bestmögliche Zuordnung der abgerechneten Leistungen zu den verschiedenen Fachgebieten vornehmen zu können. Diese Zuordnung wird im Folgenden näher erläutert. Zu den weiteren verwendeten Datenquellen gehören: das Medizinalberuferegister (MedReg) des BAG, das via GLN-Nummer einer Ärztin / eines Arztes Auskunft über den letzten erlangten Weiterbildungstitel gibt; die Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) des BFS, die über bestimmte demografische Merkmale informiert; sowie das Zahlstellenregister der SASIS AG, das insbesondere detaillierte Informationen zu den praxisambulant und den im Spital tätigen Ärztinnen und Ärzten enthält.

Wie in Kapitel 2 erwähnt, werden die Fachgebiete aufgrund der eidgenössischen Weiterbildungstitel eingeteilt. Die vorliegende Verordnung definiert nur eine einzige Zusammenfassung von eidgenössischen Weiterbildungstiteln, nämlich bei der Allgemeinen Inneren Medizin. Die Zuteilung abgerechneter Leistungen zu den verschiedenen Fachgebieten erfolgt anhand der ZSR- oder der GLN-Nummer der Ärztin / des Arztes, sofern das Fachgebiet explizit erfasst wurde. Diese Erfassung erfolgt jedoch nicht systematisch, da die Zuteilung zu den Fachgebieten im SASIS-Datenpool in erster Linie auf Ebene der Leistungserbringer erfolgt, die über ihre ZSR-Nummer identifiziert werden. Im Falle von Einzelpraxen ist diese Ebene grundsätzlich identisch mit der Ebene GLN-Nummer. Bei grossen Leistungserbringern wie Spitälern oder Gemeinschaftspraxen ist dies jedoch nicht immer der Fall. Dennoch war es möglich, die GLN-Nummer der Ärztin oder des Arztes in 59 Prozent der von Gemeinschaftspraxen erbrachten Leistungen und in 50 Prozent der von Spitälern erbrachten Leistungen zu identifizieren. Um sich über die Zuteilung der übrigen Leistungen ein Bild machen zu können, wurden in Zusammenarbeit mit den Tarifexperten der Ärztesgesellschaften TARMED-Leistungsspektren definiert. Jedes Leistungsspektrum bildet einen «Korb an Leistungen», die normalerweise hauptsächlich über ein bestimmtes Fachgebiet abgerechnet werden. Der Prozess der Zuteilung zu den verschiedenen Fachgebieten beruht schliesslich auf einem probabilistischen Ansatz (Bayes-Theorem).

Sobald das Regressionsmodell festgelegt und auf die gesamtschweizerische Bevölkerung kalibriert wurde, kann man es auf die Bevölkerungsstruktur einer bestimmten Region anwenden und so das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen a herleiten (Art. 3 Abs. 1 der Höchstzahlenverordnung). Dieses gibt Aufschluss darüber, welches Leistungsvolumen die Bevölkerung einer bestimmten Region in Anspruch genommen hätte, wenn sie dieselben Gewohnheiten wie die gesamtschweizerische Bevölkerung aufwiese, immer unter Berücksichtigung demografischer und morbiditätsbezogener Merkmale. Anschliessend erfolgt eine Übertragung dieses Volumens a vom Wohnort auf den Angebotsstandort, um den Patientenströmen Rechnung zu tragen. Zu beachten ist, dass diese Verteilung auf Gemeindeebene erfolgt und dann aggregiert wird. Die vorliegende Verordnung bestimmt also, dass die Versorgungsgrade grundsätzlich auf Kantonsebene nach Fachgebieten aggregiert werden. Vier grosse Fachgebiete werden zusätzlich auf Bezirksebene aggregiert.

Sind diese Rechnungsschritte erfolgt, lässt sich das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen b (Art. 3 Abs. 3 Höchstzahlenverordnung) pro Region herleiten. Das beobachtete Leistungsvolumen wird schliesslich mit dem bedarfsadjustierten Leistungsvolumen b geteilt, um so den Versorgungsgrad der Region zu ermitteln.

$$(F2) \text{ Versorgungsgrad} = \frac{\text{beobachtetes Leistungsvolumen}}{\text{bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen } b}$$

Weitere Informationen zum Regressionsmodell des Versorgungsangebots und zur Herleitung der Versorgungsgrade finden sich im Obsan- und BSS-Bericht, der auf der Website des BAG und des Obsan abrufbar ist.³

3.2. Interpretation und Anwendung der Versorgungsgrade

Die Versorgungsgrade ermöglichen einen interregionalen Vergleich der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen, bei dem sowohl Bevölkerungsmerkmale als auch Patientenströme berücksichtigt werden. Auch wenn die im Regressionsmodell des Versorgungsangebots verwendeten Erklärungsfaktoren

³ Jörg, R., Kaiser, B., Burla, L., Haldimann, L. & Widmer, M. (2022). *Regionale Versorgungsgrade pro Fachgebiet als Grundlage für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Schlussbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und von BSS Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*. (Obsan Bericht 05/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Verfügbar unter: www.obsan.ch > Publikationen und www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungserbringer > Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte.

eine Schätzung der Schwankung beim Versorgungsbedarf ermöglichen, sollten die veröffentlichten Versorgungsgrade nicht als Abbild der Versorgungslage betrachtet werden. Ebenso weist ein Versorgungsgrad von unter oder über 100 Prozent nicht zwingend auf eine Unter- oder Überversorgung hin. Er bedeutet lediglich, dass das erbrachte Leistungsvolumen in einer Region geringer oder höher ist als dies ausgehend von einer Bevölkerungsstruktur mit denselben Merkmalen zu erwarten gewesen wäre.

Für die Interpretation der Versorgungsgrade gilt es, die Limitationen der Methode zu berücksichtigen, die im Bericht von Obsan und BSS beschrieben sind.⁴ Insbesondere muss, da der objektive Versorgungsbedarf auf gesamtschweizerischer Ebene nicht direkt messbar ist, das Modell als Referenz die durchschnittliche Versorgung mit ambulanten ärztlichen Leistungen in der Schweiz verwenden. Das heisst, es geht implizit von der Annahme aus, dass die erbrachten Leistungen den Bedarf der Bevölkerung auf gesamtschweizerischer Ebene abdecken. Darüber hinaus gibt es weitere Ursachen für die Limitationen der Methode, namentlich die Tatsache, dass bestimmte Merkmale der Organisation des Versorgungsangebots nicht berücksichtigt werden (z.B. die Schnittstellen zwischen den Fachgebieten oder die regionalen Unterschiede bei der Ambulantisierung medizinischer Leistungen), sowie die im Rahmen des Modells verwendeten Basisdaten. Aus allen diesen Gründen kann der Versorgungsgrad nicht als ein direktes Mass für das Versorgungsniveau betrachtet werden. Anders gesagt, darf allein aus einem Versorgungsgrad von unter oder über 100 Prozent nicht auf eine Unterversorgung oder eine Überversorgung geschlossen werden.

Die Höchstzahlen der zur Tätigkeit in einer Region oder in einem Fachgebiet zugelassenen Ärztinnen und Ärzte hängen auch nicht allein von den Versorgungsgraden ab. Erst wenn die Kantone die Zahl der tatsächlichen VZÄ ermittelt und den Gewichtungsfaktor festgelegt haben, mit welchem Limitationen bei der Herleitung der Versorgungsgrade berücksichtigt werden können (siehe Funktion $F1$), sind sie in der Lage, eine Über- oder Unterversorgung festzustellen und die Höchstzahlen der zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassenen Ärztinnen und Ärzte in einem Fachgebiet oder einer Region festzulegen. Die Höchstzahlen können somit als eine Obergrenze betrachtet werden, die nicht überschritten werden darf. Der Bericht des Obsan und der BSS enthält zudem Empfehlungen an die Kantone hinsichtlich der Anwendung von Gewichtungsfaktoren⁵ sowie Hinweise zu den Datengrundlagen, die zur Ermittlung des effektiven Angebots an Ärztinnen und Ärzten (VZÄ) herangezogen werden können.⁶ Vor der Festlegung der Höchstzahlen hört der Kanton die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten an und koordiniert sich bei der Festlegung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen (Art. 55a Abs. 3 KVG).

Wie in Kapitel 2 bereits erwähnt, müssen die vom EDI veröffentlichten Versorgungsgrade regelmässig überprüft und wenn nötig angepasst werden (Art. 3 Abs. 5 Höchstzahlenverordnung). Diesbezüglich wird im Bericht des Obsan und der BSS dem EDI empfohlen, die Versorgungsgrade alle zwei Jahre zu aktualisieren und das Modell zu deren Herleitung kontinuierlich und möglichst alle vier bis sechs Jahre zu überprüfen.⁷ Die beiden Institutionen empfehlen, die erste Überprüfung des Modells wenn möglich im Jahr 2024 vorzunehmen, noch bevor die auf Gesetzesebene und im Rahmen der bundesrätlichen Verordnung vorgesehenen Übergangsfristen abgelaufen sind. Das EDI will diesen Empfehlungen soweit möglich folgen. Es wurde jedoch als kontraproduktiv erachtet, diesbezüglich eine starre Regelung in der Verordnung des EDI festzuschreiben, da der Aktualisierungsrhythmus auch schwer vorhersehbaren Entwicklungen unterliegt, wie etwa der Entwicklung der Tarifierung von ambulanten ärztlichen Leistungen.

II. Besonderer Teil

Art. 1 Zusammenfassung von Weiterbildungstiteln zu einem medizinischen Fachgebiet

Die Fachgebiete werden grundsätzlich aufgrund der eidgenössischen Weiterbildungstitel gemäss Artikel 2 Absatz 1 Buchstaben a und b MedBV definiert. Artikel 1 der Verordnung des EDI bestimmt, dass die folgenden eidgenössischen Weiterbildungstitel zum Fachgebiet «Allgemeine Innere Medizin» zusammengefasst werden: Allgemeine Innere Medizin, Praktische Ärztin oder Praktischer Arzt sowie Tropen- und Reisemedizin. Diese Zusammenfassung wurde nach Gesprächen von Obsan mit den Tarifexperten der betreffenden Fachrichtungen sowie gestützt auf Analysen der abgerechneten Leistungen beschlossen. Die Modellspezifikationen unterscheiden sich für jedes Fachgebiet. Daher müssen die von

⁴ Jörg, R., Kaiser, B. et al. (2022), Kapitel 6.1.

⁵ Jörg, R., Kaiser, B. et al. (2022). Kapitel 2.3.3 und 2.3.4

⁶ Jörg, R., Kaiser, B. et al. (2022). Kapitel 2.1

⁷ Jörg, R., Kaiser, B. et al. (2022). Kapitel 6.2.2 und 6.2.3

den Kantonen bei der Festlegung der Höchstzahlen berücksichtigten Fachgebiete mit denjenigen in der vorliegenden Verordnung übereinstimmen.

Art. 2 Festlegung der Regionen

Artikel 2 definiert die bei der Veröffentlichung der Versorgungsgrade verwendeten Regionen. Kategorie 1 stimmt mit den Kantonsgrenzen überein (Abs. 1), Kategorie 2 entspricht den Bezirken (Abs. 2). Die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Schaffhausen, Solothurn und Luzern behalten ihre früheren Bezirke einzig für statistische Zwecke bei. Für den Kanton Neuenburg, der über keine Bezirke verfügt, wurde das Kantonsgebiet in vier Grossregionen (entsprechend den Wahlregionen) aufgeteilt. Diese Regionen wurden in die Kategorie 2 integriert (Abs. 3). Es bleiben somit acht Kantone, für die die Versorgungsgrade einzig auf Kantonsebene veröffentlicht werden, da sie keine Bezirksgrenzen kennen.

Die Zuteilung der Gemeinden zu den Kantonen und Bezirken beruht auf dem Amtlichen Gemeindeverzeichnis der Schweiz, Stand am 1. Januar 2019, das auf der Website des BFS abrufbar ist.⁸ Das Register aus dem Jahr 2019 wurde gewählt, weil es mit dem Jahr der Rechnungsdaten übereinstimmt, die zur Herleitung der Versorgungsgrade herangezogen wurden. Auch wenn die Gebiete einiger weniger Gemeinden den Bezirk gewechselt haben und das Gebiet einer Gemeinde wegen Gemeindefusionen nach 2019 den Kanton gewechselt hat, ist von diesen Änderungen nur eine moderate Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner in den jeweiligen Bezirken und Kantonen betroffen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Versorgungsgrade der betroffenen Kantone und Bezirke dadurch nicht signifikant beeinflusst wurden. Die betroffenen Kantone haben zudem weiterhin die Möglichkeit, diesen Umstand bei der Festlegung der Gewichtungsfaktoren nach Artikel 5 Absatz 2 der Höchstzahlenverordnung zu berücksichtigen.

Es ist darauf hinzuweisen, dass alle Kantone die Möglichkeit haben, andere örtliche Geltungsbereiche der Höchstzahlen festzulegen als diejenigen, die für die Veröffentlichung der Versorgungsgrade gewählt wurden (Art. 6 der Höchstzahlenverordnung). Die in dieser Verordnung des EDI veröffentlichten Versorgungsgrade sind jedoch einzuhalten. Wenn die örtlichen Geltungsbereiche einer Aggregation von Kantonsgebieten entsprechen (oder einer Aggregation von Bezirken für die vier Fachgebiete, bei denen die Versorgungsgrade auf Bezirksebene veröffentlicht werden), müssen die Kantone die Höchstzahlen addieren. Umfasst der Geltungsbereich Regionen mehrerer Kantone, ist aber eine kantonsübergreifende Koordination erforderlich (Art. 6 Abs. 2 der Höchstzahlenverordnung). In Fällen, in denen das Gebiet keiner Aggregation von Kantonen oder Bezirken entspricht, können die Kantone vom Obsan verlangen, ihnen die Versorgungsgrade zu den gewünschten Regionen bekanntzugeben. Es gilt zu bedenken, dass gewisse Regionalisierungen nicht durchführbar sind (z. B. wenn sich die gewünschten Regionen nicht an den Gemeindegrenzen orientieren) und andere wiederum nicht empfohlen werden (z. B. wenn die gewünschten Regionen zu klein sind).

Art. 3 Versorgungsgrade

Artikel 3 verweist auf die Anhänge 1 und 2, in denen die Versorgungsgrade nach Fachgebiet und Kategorie der Regionen aufgeführt sind. Die Versorgungsgrade für die Regionen der Kategorie 1 (d. h. der Kantone) befinden sich in Anhang 1 (Abs. 1). Bei vier Fachgebieten mit einem bedeutenden Leistungsvolumen – Allgemeine Innere Medizin (Zusammenfassung mehrerer Weiterbildungstitel), Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Psychiatrie und Psychotherapie – werden die Versorgungsgrade auch auf Ebene der Regionen der Kategorie 2 (d. h. für die Bezirke und im Kanton Neuenburg für die Wahlregionen) publiziert (Abs. 2). Diese Versorgungsgrade sind in Anhang 2 aufgeführt (Abs. 3).

Anhänge 1 und 2 Versorgungsgrade nach Fachgebiet

Versorgungsgrade von allen Fachgebieten, für die eine Herleitung durchgeführt werden konnte, werden in Anhang 1 auf Ebene der Kantone publiziert. In Anhang 2 sind die Versorgungsgrade der vier in Artikel 2 Absatz 2 genannten Fachgebiete auf Ebene der Bezirke bzw. für den Kanton Neuenburg der Wahlregionen ausgewiesen. In der AS und der SR wird der Inhalt der beiden Anhänge lediglich durch Verweis publiziert.

⁸ Amtliches Gemeindeverzeichnis der Schweiz des BFS. Abrufbar unter: www.bfs.admin.ch > Grundlagen und Erhebungen > Amtliches Gemeindeverzeichnis der Schweiz > Historisiertes Gemeindeverzeichnis

In den elf nachfolgend genannten Fachgebieten ist das Volumen ambulanter ärztlicher Leistungen sehr gering, weshalb es nicht möglich war, die Versorgungsgrade anhand des nationalen Regressionsmodells des Versorgungsangebots unter Berücksichtigung der Patientenströme herzuleiten: Arbeitsmedizin, Gefässchirurgie, Intensivmedizin, klinische Pharmakologie und Toxikologie, medizinische Genetik, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, pharmazeutische Medizin, Prävention und Gesundheitswesen, Rechtsmedizin, Thoraxchirurgie, Herz- und thorakale Gefässchirurgie. Für diese Fachgebiete wird in Anhang 1 der Verordnung festgelegt, dass sich die Versorgungsgrade für alle Kantone auf 100 Prozent belaufen. Kantone, die für diese Fachgebiete Höchstzahlen festlegen möchten, können einer allfälligen Unter- oder Überversorgung selbstverständlich mittels des in Artikel 5 Absatz 2 der Höchstzahlenverordnung vorgesehenen Gewichtungsfaktors Rechnung tragen.

Was Fachgebiete mit einem für die Herleitung von Versorgungsgraden genügend hohen Gesamtvolumen an ambulanten medizinischen Leistungen anbelangt, kann es vorkommen, dass in einem Kanton oder Bezirk keine Ärztin oder kein Arzt in dem betreffenden Fachgebiet tätig ist. In diesen Fällen lässt sich kein Versorgungsgrad herleiten und es wurde kein Wert für den Versorgungsgrad festgelegt. Möchte der betreffende Kanton trotzdem eine Höchstzahl für dieses Fachgebiet festlegen, wird empfohlen, dies unter Berücksichtigung der Situation in den Versorgungsregionen zu tun, das heisst den Regionen, in denen die Patientinnen und Patienten eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen, die/der im betreffenden Fachgebiet tätig ist. Liegt die Versorgungsregion ausserhalb des Kantons, der eine Beschränkung festlegen will, muss dieser sich mit dem Versorgungskanton abstimmen, da die Kantone nur auf dem eigenen Gebiet Höchstzahlen festlegen können. Die Versorgungskantone sind anhand der Daten zu den Patientenströmen auszumachen, die im Anhang zum Bericht des Obsan und der BSS veröffentlicht wurden.⁹

III. Inkrafttreten

Die Verordnung tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.

⁹ Jörg, R., Kaiser, B. et al. (2022). Excel-Anhang