



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Verordnung des EDI vom 28. November 2022 über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich

Änderungen vom

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, ...

I. Allgemeiner Teil

1. Ausgangslage

1.1. Gesetzlicher Rahmen für die Festlegung der Höchstzahlen

Mit der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern, die vom Parlament am 19. Juni 2020 (FF **2018** 3263) verabschiedet wurde, erhielten die Kantone nach Artikel 55a KVG 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). Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich eines Spitals oder in einer Einrichtung der ambulanten Krankenpflege nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben KVG tätig sind, fallen ebenfalls unter die Beschränkung (Art. 55a Abs. 1 Bst. b KVG).¹ Die Kantone sind nicht verpflichtet, eine Höchstzahl für alle Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebiet und Region festzulegen, sondern können dies nur für ein oder mehrere medizinische Fachgebiete oder bestimmte Regionen definieren. Sie müssen zumindest Höchstzahlen für ein Fachgebiet in einer bestimmten Region vorsehen. Die Leistungserbringer und die Versicherer sowie deren Verbände geben den zuständigen 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). Wie genau die Auswahl der Fachgebiete erfolgt, für welche die Höchstzahlen gelten, bleibt den Kantonen überlassen. Vor der Festlegung der Höchstzahlen hören die Kantone die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten an. Sie werden sich auch untereinander koordinieren müssen (Art. 55a Abs. 3 KVG).

Das Parlament beauftragte den Bundesrat, die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung dieser Höchstzahlen zu definieren, wobei insbesondere die interkantonalen Patientenströme, die Versorgungsregionen und die generelle Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden sollen (Art. 55a Abs. 2 KVG). Die dem Bundesrat übertragene Kompetenz ist auf methodische Einheitlichkeit in der gesamten Schweiz ausgerichtet, um Transparenz und einen identischen gesetzlichen Rahmen für den ambulanten Bereich zu schaffen. Den Kantonen soll zugleich ein gewisser Spielraum zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten eingeräumt werden. Die methodische Einheitlichkeit soll auch die interkantonale Koordination erleichtern und das Vorgehen nach Versorgungsregionen fördern.

Am 23. Juni 2021 verabschiedete der Bundesrat die Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (SR 832.107, nachfolgend: Höchstzahlenverordnung). Diese Verordnung sieht vor, dass die Höchstzahlen nach Fachgebiet und Region von den Kantonen berechnet werden, und zwar auf der Grundlage des *tatsächlichen Angebots* an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten, das die Kantone nach Fachgebiet und Region ermittelt haben, der *Versorgungsgrade* nach Fachgebiet und Region, die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) geschätzt und veröffentlicht wurden (nachfolgend: Versorgungsgrade), sowie auf den *Gewichtungsfaktoren* nach Fachgebiet und Region, die die Kantone festgelegt haben, um Umstände zu berücksichtigen, die den objektiven Versorgungsbedarf beeinflussen und in den Versorgungsgrade nicht berücksichtigt wurden. Die Kantone verfügen damit über den nötigen Spielraum, um die Situation auf ihrem Gebiet zu beurteilen; sie müssen ihre Entscheidungen jedoch begründen, etwa indem sie sich auf Expertenbefragungen, Indikatorensysteme oder Referenzwerte berufen (Art. 5 Abs. 2 Höchstzahlenverordnung).

Die Höchstzahlenverordnung trat am 1. Juli 2021 in Kraft und sieht eine Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2025 vor; nach diesem Datum müssen die Kantone die Höchstzahlen auf der Grundlage der gesamten in der Höchstzahlenverordnung vorgestellten Methodik festlegen.

¹ Siehe dazu FAQ vom 23. August 2023 über die Zulassung von Leistungserbringern, Punkt 2.2 h), S. 19, veröffentlicht auf der Website des BAG www.bag.admin.ch → Versicherungen → Krankenversicherung → Leistungserbringer

1.2. Herleitung der Versorgungsgrade

Das EDI ist beauftragt, die Versorgungsgrade herzuleiten und zu veröffentlichen (Art. 3 Höchstzahlenverordnung). Am 28. November 2022 veröffentlichte das EDI die Versorgungsgrade in der Verordnung des EDI über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich (SR 832.107.1; nachfolgend: Versorgungsgradeverordnung).

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).

Die angewandte Funktion ist wie folgt:

$$(F1) \text{ Versorgungsgrad} = \frac{\text{beobachtetes Leistungsvolumen}}{\text{bedarfsadjustiertes Leistungsvolumen}}$$

Das beobachtete Leistungsvolumen² wird aus der von der SASIS AG erstellten Rechnungsstellerstatistik abgeleitet. Das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen wird mit Hilfe eines nationalen Regressionsmodells ermittelt, in dem das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen aufgrund von demografischen und morbiditätsbezogenen Faktoren sowie weiteren Indikatoren, die die Entwicklung des Angebots erklären, berücksichtigen. Neben den Variablen, die direkt aus dem Datenpool der SASIS AG stammen, werden weitere Variablen aus verschiedenen Datenquellen verwendet, um das Fachgebiet der Ärztinnen und Ärzte, die die Leistung erbringen, die Regionen, in der sie tätig sind, sowie bestimmte soziodemografische Merkmale der Patientinnen und Patienten zu ermitteln. Das bedarfsadjustierte Leistungsvolumen berücksichtigt auch die Patientenströme zwischen den Regionen (Art. 3 Abs. 1 und 3 Höchstzahlenverordnung). Die ursprüngliche Methode zur Herleitung der Versorgungsgrade sowie die Ergebnisse werden im erläuternden Bericht vom 28. November 2022 zur Verordnung über die Versorgungsgrade (AS 2022 803) sowie in den Schlussberichten der vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) und BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG (BSS) durchgeführten Analysen erläutert. Diese Dokumente sind auf der Website des BAG abrufbar.³

Die Versorgungsgrade müssen periodisch überprüft und wenn nötig angepasst werden (Art. 3 Abs. 5 Höchstzahlenverordnung). Dasselbe gilt für die von den Kantonen festgelegten Höchstzahlen (Art. 5 Abs. 3 Höchstzahlenverordnung). Diesbezüglich wurde im ersten Bericht vom Obsan und von der BSS⁴ empfohlen, dass die erste Überprüfung der Versorgungsgrade, wenn möglich im Jahr 2024 erfolgen sollte, d. h. vor Ablauf der in Punkt 1.1 erwähnten Übergangsfristen.

2. Grundzüge der Verordnungsänderung

Das EDI folgt den Empfehlungen und hat die Überprüfung der Methode vorbereitet, die zur vorliegenden Änderung der Versorgungsgradeverordnung führt. Die Überprüfung beruht auf den Analysen des Obsan und der BSS, die unter der Aufsicht des BAG durchgeführt wurden. Analog zu früheren Arbeiten wurden sie von einer Begleitgruppe unterstützt, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Kantone BL/BS, GE, LU, SG, VD und ZH sowie der GDK zusammensetzte. Ferner fanden mehrere Präsentationen der Arbeiten und mehrere schriftliche Umfragen bei einer erweiterten Gruppe von Akteuren statt, die alle Kantone, die Verbände der Krankenversicherer und der medizinischen Leistungserbringer repräsentierten. Bei spezifischen Fragen wurden zudem bei Bedarf Vertreterinnen und Vertreter der medizinischen Fachgesellschaften und andere Fachpersonen⁵ einbezogen.

² Die Begriffe «tatsächliches Leistungsvolumen» und «beobachtetes Leistungsvolumen» sind hier gleichbedeutend.

³ Diese Dokumente sind ebenfalls verfügbar unter : <https://www.bag.admin.ch> > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungserbringer > Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte.

⁴ Jörg, R., Kaiser, B., Burla, L., Haldimann, L. und Widmer, M. (2022). Regionale Versorgungsgrade pro Fachgebiet als Grundlage für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Schlussbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und von der BSS Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). (Obsan Bericht 05/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Unter www.obsan.ch > Publikationen.

⁵ Dazu gehören insbesondere Abklärungen mit Vertreterinnen und Vertretern der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP), der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie (SGR), der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) sowie mit der NewIndex AG und der SASIS AG in Bezug auf die verwendeten Datengrundlagen.

2.1. Entwicklung der Methode zur Herleitung der Versorgungsgrade

Die Methode zur Herleitung der Versorgungsgrade, einschliesslich der nach der ersten Überprüfung vorgenommenen Anpassungen, wird im Schlussbericht von Obsan und BSS ausführlich beschrieben.⁶ Letztendlich werden sieben Massnahmen umgesetzt, die zu einer Änderung der Versorgungsgradeverordnung führen:

1. Aktualisierung des Bezugszeitraums und Erweiterung der verwendeten Daten

Während die erste Berechnung der Versorgungsgrade auf Daten des Behandlungsjahres 2019 basierte, beruht die Herleitung der Versorgungsgrade nun auf den aktuellsten zum Zeitpunkt der Überprüfung verfügbaren Daten, d. h. auf Daten des Jahres 2022. Darüber hinaus werden in die Herleitung der Versorgungsgrade zwei neue Datenquellen einbezogen; die von den Kantonen erhobenen Informationen zur Bewertung des medizinischen Angebots in ihren Gebieten (siehe Massnahme 2) sowie die ambulanten Patientendaten der Spitäler (PSA; siehe Massnahme 7).

2. Einbezug kantonaler Informationen über die Hauptfachgebiete

Bei der ersten Herleitung der Versorgungsgrade beruhte die Verteilung der abgerechneten Leistungen auf die verschiedenen Fachgebiete primär auf dem Hauptfachgebiet des Leistungserbringers gemäss den Informationen des Zahlstellenregisters (ZSR) der SASIS AG oder alternativ auf dem letzten erlangten Weiterbildungstitel der Ärztin oder des Arztes gemäss dem Medizinalberuferegister (MedReg). Im Rahmen der Überprüfung der Methode wurde beschlossen, auch die Daten einzubeziehen, die die Kantone in ihrer Zuständigkeit für die Beurteilung des ärztlichen Angebots in ihrem Gebiet erheben (Komponente der Höchstzahlen, siehe Kap. 1). Diese Daten werden verwendet, bevor beide genannten Methoden zum Zug kommen; damit soll eine gewisse Koordination zwischen der Herleitung der Versorgungsgrade und der Beurteilung des medizinischen Angebots in den Kantonen auf ihrem Gebiet gewährleistet werden. Zwölf Kantone stellten Obsan und BSS solche Daten zur Verfügung, die nach einer Plausibilitätsprüfung (mit Hilfe des MedReg-Registers) und Validierung durch die betroffenen Kantone die Zuordnung der Leistungen eines Arztes zu einem Hauptfachgebiet ermöglichten. Insgesamt wurden mehr als 9500 Datensätze verwendet, die zu einer Verbesserung der Berechnungsmethode führten. In über 98 Prozent der Fälle entsprach das von den Kantonen angegebene Hauptfachgebiet dem Hauptfachgebiet, das im ZSR der SASIS AG für Einzelpraxen angegeben war, und in über 93 Prozent entsprach das angegebene Hauptfachgebiet dem zuletzt erworbenen Weiterbildungstitel gemäss MedReg, was den bisherigen Ansatz untermauert. Dieser Ansatz wird daher auch in den Fällen beibehalten, in denen die Kantone keine Daten übermittelt haben.

Ist die Identifikation der Ärztin oder des Arztes, welche/r die Leistung erbracht hat, nicht möglich (betrifft vor allem Spitäler oder Gemeinschaftspraxen, die die GLN-Nummer der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes nicht auf der Rechnung angeben), wird die Zuordnung zu den Leistungsbereichen weiterhin auf dem probabilistischen Ansatz (Bayes-Theorem) und den TARMED-Leistungsspektren basieren, die in Zusammenarbeit mit den Tarifexperten der Ärztesgesellschaften definiert wurden. Da jedoch beobachtet wurde, dass in einigen Kantonen manchmal ein (sehr geringes) Leistungsvolumen für bestimmte Fachgebiete hergeleitet wurde, in denen es im Kanton keine praktizierenden Ärzte gibt, werden die mit dieser Methode ermittelten geringen Prozentsätze (<1 %) nun von der Analyse ausgeschlossen.

3. Bessere Abgrenzung der Schnittstellen zwischen den Fachgebieten

In einigen Fachgebieten wurden Verzerrungen festgestellt, die z. B. mit regionalen Unterschieden in der Praxis und der Rechnungsstellung zusammenhängen. Sie betrafen insbesondere die Fachgebiete *Gynäkologie*, *Radiologie*, *Psychiatrie*, *Kinder- und Jugendpsychiatrie*.

Bei der *Gynäkologie* und der *Radiologie* wurde festgestellt, dass gewisse Leistungen des TARMED-Kapitels 39 «Bildgebende Verfahren» mit Dignität «Gynäkologie» und/oder «FA Ultraschall Schwangerschaft» in der Deutschschweiz mehrheitlich von Gynäkologinnen und Gynäkologen erbracht werden (Radiologinnen und Radiologen sind in max. 20 % der Fälle die Leistungserbringer), während in der Romandie und im Tessin der Anteil der Radiologinnen und Radiologen, die diese Leistungen

⁶ Siehe Jörg, R., Kaiser, B., Tuch, A., Widmer, M. (2024), Weiterentwicklung der Methodik und Aktualisierung der regionalen Versorgungsgrade. (Obsan Bericht 16/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Verfügbar unter: www.obsan.ch > Publikationen und www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungserbringer > Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte.

erbringen, deutlich höher ist (in einigen Kantonen gegen 40 %). Eine solche Situation erschwert den Vergleich zwischen den Regionen. Um Verzerrungen zu vermeiden, wurden die betreffenden Leistungen in Absprache mit den jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften ausgeschlossen.

Die Analysen zeigten auch, dass etwa ein Drittel der von *Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern* erbrachten Leistungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten erbracht wurde, wobei es grosse regionale Unterschiede gab (SZ: praktisch keine Leistungen von Kinder- und Jugendpsychiatern bei erwachsenen Patientinnen und Patienten; JU: 60 %). Das umgekehrte Phänomen gibt es ebenfalls, allerdings in viel geringerem Ausmass. Obwohl anerkannt wird, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch Erwachsene behandeln kann und dies unter dem Gesichtspunkt der Kontinuität der Versorgung in gewissen Fällen sogar wünschenswert ist, muss dieser Effekt zumindest teilweise korrigiert werden, um einen der Realität entsprechenden Versorgungsgrad zu gewährleisten. In Absprache mit der betreffenden medizinischen Fachgesellschaft wurde beschlossen, alle Leistungen an Minderjährige dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und alle Leistungen an Patientinnen und Patienten über 26 Jahre dem Bereich der Psychiatrie zuzuordnen. Die Alterskategorie zwischen 18 und 26 Jahren bleibt unverändert, um einen gewissen unverzichtbaren «Pufferbereich» zu gewährleisten.

Beim Fachgebiet *Allergologie und klinische Immunologie* schliesslich wurden Unterschiede zwischen den Sprachregionen festgestellt. In der Romandie und im Tessin werden die TARMED-Leistungen in diesem Fachgebiet mehrheitlich von Ärztinnen und Ärzten mit dem entsprechenden Facharztstitel erbracht, während sie in der Deutschschweiz von anderen Fachärztinnen und Fachärzten (u. a. Pneumologie) erbracht werden. Angesichts des geringen Leistungsvolumens dieses Fachgebiets und auf der Grundlage der Stellungnahmen der Kantone und der wichtigsten am Überprüfungsprojekt beteiligten Akteure wurde beschlossen, die Versorgungsgrade für dieses Fachgebiet nicht herzuheben. Für dieses Fachgebiet wird daher davon ausgegangen, dass der Versorgungsgrad je Region bei 100 Prozent liegt.

4. Zusätzliche erklärende Variable

Das Regressionsmodell wurde durch den Einbezug von drei Erklärungsvariablen optimiert:

Die erste Variable ist binär und gibt Auskunft darüber, ob *die versicherte Person im Ausland wohnt oder nicht*. Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die sich für die OKP in der Schweiz entschieden haben, beziehen den Grossteil ihrer Leistungen in ihrem Wohnland, dessen Daten nicht an die SASIS AG gelangen. Folglich wird der Bedarf dieser Bevölkerungsgruppe an medizinischen Leistungen im Regressionsmodell überschätzt. Durch die Hinzufügung der binären Variablen «Wohnsitz im Ausland» kann dieser Effekt erfasst werden.

Die zweite zusätzliche Variable betrifft die *pharmazeutischen Kostengruppen* (pharmaceutical cost groups, PCGs) als Morbiditätsindikatoren im Regressionsmodell. Diese Variable ersetzt die bisherige Variable «*hohe Medikamentenkosten im Vorjahr*», die künftig von der SASIS AG nicht mehr erhoben wird. Es gibt 34 PCGs. Sie wurden in acht Hauptgruppen zusammengefasst, um zu kleine Gruppen im Modell zu vermeiden. Die neue Variable ermöglicht es auch, das Risiko einer statistischen Verzerrung durch die alte Variable (umgekehrte Kausalität) zu begrenzen.

Die dritte Variable soll schliesslich die regionalen Unterschiede in Bezug auf das *Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung* abbilden. Es existieren nämlich grosse strukturelle Unterschiede zwischen den Regionen bei der Steuerung dieser Versorgung, die mit den unterschiedlichen kantonalen Strategien zusammenhängen. Nach Rücksprache mit den Akteuren und auf der Grundlage der durchgeführten statistischen Analysen sind die folgenden Fachgebiete betroffen: *Psychiatrie* (für Kinder und Jugendliche wie auch für Erwachsene), *Anästhesiologie*, *Chirurgie* und *Orthopädie*. Für diese Fachgebiete wurde eine erklärende Variable in das Modell integriert, die das Verhältnis zwischen dem stationären und dem ambulanten Leistungsvolumen erfasst.

5. Bessere Abgrenzung der medizinischen Versorgungsleistungen

Die Leistungen der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sind nicht Teil des Leistungsvolumens, das bei der Herleitung der Versorgungsgrade berücksichtigt wird. Diese Leistungen können nur identifiziert werden, wenn die GLN-Nummer des betreffenden Leistungserbringers in den Rechnungsdaten der SASIS AG erfasst wurde und somit eine Verknüpfung mit dem MedReg ermöglichen; Assistenzärztinnen und Assistenzärzte können aufgrund des fehlenden Weiterbildungstitels identifiziert werden. Leistungen, die auf dieser Grundlage identifiziert werden konnten, wurden bei der ersten Herleitung der Versorgungsgrade ausgeklammert. Im ambulanten Spitalbereich ist eine Identifizierung jedoch nur teilweise möglich. Darüber hinaus variiert die Verfügbarkeit dieser Informationen

zwischen den Regionen, was zu gewissen Verzerrungen führt. Im Rahmen der Methodenüberprüfung wurde daher beschlossen, dass – wenn eine Verknüpfung mit dem MedReg nicht möglich ist – der Anteil der Leistungen der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte hergeleitet (Aggregation auf der Ebene der ZSR-Nummer des Leistungserbringers, der Altersgruppe und des Geschlechts der Patientinnen und Patienten) und dann aus den Leistungsvolumen, die im Modell zur Herleitung der Versorgungsgrade berücksichtigt werden, ausgeschlossen wird. Dies verbessert die regionale Vergleichbarkeit der Leistungsdaten.

6. Neudefinition der Versorgungsregionen der Kategorie 2

Für vier Bereiche, die ein bedeutendes Leistungsvolumen aufweisen (*Allgemeine Innere Medizin* (Zusammenfassung mehrerer Weiterbildungstitel), *Kinder und Jugendmedizin*, *Gynäkologie und Geburtshilfe*, *Psychiatrie und Psychotherapie*), werden die Versorgungsgrade nicht nur auf der Ebene der Regionen der Kategorie 1 (Kantone) veröffentlicht, sondern auch auf der Ebene der Regionen der Kategorie 2. Für kleine Fachgebiete mit wenigen Leistungserbringern sollte eher grössere Regionen für die Schätzung der Versorgungsgrade bevorzugt werden, da diese weniger von bestimmten Leistungserbringern abhängig sind und interregionale Patientenströme weniger ins Gewicht fallen. In der ursprünglichen Veröffentlichung der Versorgungsgrade entsprechen die Regionen der Kategorie 2 in der Regel den Bezirken (für den Kanton NE ausnahmsweise den Wahlregionen). Da die Kantone ihre Bereitschaft bekundet haben, Höchstzahlen für Regionen festzulegen, die nicht unbedingt eigenen Verwaltungseinheiten entsprechen, werden künftig die von den Kantonen definierten Regionen (Aggregationen von Gemeinden) die Regionen der Kategorie 2 bilden. Bei jeder periodischen Überprüfung des Versorgungsgrades werden die Kantone eingeladen, Gemeindegruppierungen vorzuschlagen.

7. Integration von Patientendaten Spital ambulant (PSA) in die Berechnung von Patientenströmen

In den Rechnungsdaten der SASIS AG werden Leistungen, die von einem an mehreren Standorten ansässigen Spital erbracht werden, manchmal unter einer einzigen ZSR-Nummer in Rechnung gestellt. Infolgedessen ist es nicht immer möglich, den Ort der Leistungserbringung klar festzustellen. Dies kann problematisch sein, wenn sich die Standorte in verschiedenen Versorgungsregionen befinden: Die Patientenströme zwischen diesen Regionen können daher nicht korrekt bestimmt werden. Die Integration der PSA-Daten ermöglicht es, die Leistungen den Fachgebieten zuzuordnen, indem sie mit den MedReg-Daten verknüpft werden. Die Patientenströme werden dann auf der Ebene von Regionen, Fachgebieten, Altersgruppen und Geschlecht aggregiert und unter Verwendung des nach den PSA-Daten erhaltenen Verhältnisses berechnet.

Ausserdem wurden die Patientenströme nicht mehr auf Gemeindeebene, sondern direkt auf der Ebene der Versorgungsregionen für alle Fachgebiete ermittelt. Dies bedeutet, dass alle kantonalen Versorgungsgrade aus den Leistungsvolumen auf der Ebene der Versorgungsregion berechnet werden; dadurch wird die Homogenität zwischen den Versorgungsgraden dieser beiden Kategorien von Regionen gewährleistet.

2.2. 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. Bei der Interpretation der Versorgungsgrade müssen die methodischen Grenzen berücksichtigt werden. Da insbesondere der objektive Versorgungsbedarf auf gesamtschweizerischer Ebene nicht direkt messbar ist, muss das Modell die durchschnittliche Erbringung ambulanter ärztlichen Leistungen in der Schweiz als Referenz heranziehen, d. h. implizit von der Annahme ausgehen, dass die erbrachten Leistungen den Bedarf der Bevölkerung auf nationaler Ebene decken. Darüber hinaus gibt es weitere Gründe für die Grenzen der Methode, die z. B. mit der Definition und Zuordnung zu medizinischen Fachgebieten und den verwendeten Daten zusammenhängen.⁷ Aus diesen Gründen kann der Versorgungsgrad nicht als direktes Mass für das Versorgungsniveau betrachtet werden. Mit anderen Worten: Ein Versorgungsgrad von unter oder über 100 Prozent lässt allein nicht auf ein Unter- bzw. Überangebot schliessen. Ebenso definiert der Versorgungsgrade alleine nicht die Höchstzahl von Ärztinnen und Ärz-

⁷ Siehe Jörg, R., Kaiser, B. et al. (2024). Kapitel 6.2.

ten, die in einer Region oder in einem Fachgebiet praktizieren dürfen. Erst wenn die Kantone das tatsächliche Angebot evaluiert und gegebenenfalls den Gewichtungsfaktor⁸ festgelegt haben, werden die Kantone in der Lage sein, die Höchstzahlen festzulegen. Diese Höchstzahlen stellen eine Obergrenze dar, die nicht überschritten werden darf.

II. Besonderer Teil

Art. 2 Festlegung der Regionen

Artikel 2 definiert die bei der Veröffentlichung der Versorgungsgrade verwendeten Regionen. Kategorie 1 stellt die Kantone dar (Abs. 1), während die Kategorie 2 den innerkantonalen Regionen entspricht (Abs 2).

Artikel 2 Absatz 2 wird geändert, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Regionen der Kategorie 2 nicht mehr zwingend die Bezirke sein müssen. Im Rahmen der Herleitung der Versorgungsgrade können die Kantone bei jeder periodischen Überprüfung des Versorgungsgrades Gemeindegruppierungen vorschlagen, die ihrer Meinung nach den Versorgungsregionen im ambulanten medizinischen Bereich entsprechen. Die Kantone BE, SZ, TI, VS und SO haben von dieser neuen Möglichkeit Gebrauch gemacht. Die Regionen der Kategorie 2 sind in einem neuen Anhang festgelegt (siehe Anhang 1).

Aufgrund der Änderung von Artikel 2 Absatz 2 ist die in Artikel 2 Absatz 3 vorgesehene Ausnahmeregelung für den Kanton Neuenburg (für den die Regionen der Kategorie 2 den Wahlregionen entsprechen) nicht mehr gerechtfertigt. Stattdessen und da die Regionalisierung künftig auf von den Kantonen vorgeschlagenen Gemeindegruppierungen beruhen, wird Artikel 2 Absatz 3 geändert, um eine Regel festzulegen, die im Falle von Gemeindefusionen, die in mehreren Regionen der Kategorie 2 liegen, zwischen zwei Überprüfungen oder Aktualisierungen der Versorgungsgrade angewendet werden kann. In diesem Zusammenhang bleibt die Region der Kategorie 2, in die jede der früheren Gemeinden eingeteilt ist, auf ihrem jeweiligen Gebiet so lange unverändert, bis die aus der Fusion entstandene Gemeinde eingeteilt wird und die Versorgungsgrade für die betroffenen Regionen festgelegt werden.

Es ist darauf hinzuweisen, dass alle Kantone die Möglichkeit haben, andere örtliche Geltungsbereiche für die Höchstzahlen zu definieren, die sich von denjenigen unterscheiden, die für die Veröffentlichung der Versorgungsgrade gewählt wurden (Art. 6 Höchstzahlenverordnung). Die in dieser Verordnung des EDI veröffentlichten Versorgungsgrade sind jedoch einzuhalten. Wenn die örtlichen Geltungsbereiche einer Aggregation von Kantonsgebieten entsprechen (d. h. Regionen der Kategorie 2 für die vier Fachgebiete, bei denen die Versorgungsgrade auf dieser Ebene veröffentlicht werden), müssen die Kantone die Höchstzahlen addieren.⁹ Umfasst der Geltungsbereich Regionen mehrerer Kantone, ist aber eine kantonsübergreifende Koordination erforderlich (Art. 6 Abs. 2 Höchstzahlenverordnung). In Fällen, in denen das Gebiet keiner Aggregation von Kantonen oder Regionen der Kategorie 2 entspricht, können die Kantone von 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 Regionen nicht an den Gemeindegrenzen orientieren) und andere wiederum nicht empfohlen werden (z. B. wenn die gewünschten Regionen zu klein sind).

Art. 3 Versorgungsgrade

Angesichts der Einführung eines neuen Anhangs 1 wird Artikel 3 Absatz 1 und 3 geändert, um die Anhänge 1 und 2 umzunummerieren, in denen die Versorgungsgrade für die einzelnen Fachgebiete in Abhängigkeit von der Kategorie der Region veröffentlicht werden.

Anhang 1

Anhang 1 ist neu. In der AS und der SR wird der Inhalt dieses Anhangs lediglich durch Verweis publiziert. Er legt die Zuteilung der Gemeinden in den Regionen der Kategorie 2 fest. Das verwendete Ge-

⁸ Die Kantone können einen Gewichtungsfaktor vorsehen, mit dem Umstände berücksichtigt werden, die bei der Berechnung des Versorgungsgrads nicht berücksichtigt werden konnten. So ist es zum Beispiel möglich, eine nationale Unter- oder Überversorgung mit dem Gewichtungsfaktor zu berücksichtigen. Im Schlussbericht vom Obsan und BSS sind die Beweggründe für die Anwendung von Gewichtungsfaktoren näher erläutert. Siehe Jörg, R., Kaiser, B. et al. (2024). Kapitel 6.3.4 und Anhang A4.

⁹ Die Versorgungsgrade dürfen hingegen nicht addiert werden.

meindeverzeichnis muss auf dem Stand des vom BFS veröffentlichten Amtlichen Gemeindeverzeichnisses der Schweiz¹⁰ beruhen, das möglichst kohärent mit den für das Referenzjahr im Datenpool der SASIS AG verwendeten Gemeinden ist. Im vorliegenden Fall handelt es sich um das Gemeindeverzeichnis mit Stand 1. Januar 2023.

Anhänge 2 und 3

Die Anhänge 2 und 3 ersetzen die Anhänge 1 und 2. In der AS und der SR wird der Inhalt der beiden Anhänge lediglich durch Verweis publiziert.

Für alle Fachgebiete, für die eine Berechnung durchgeführt werden konnte, werden die Versorgungsgrade auf Kantonsebene in Anhang 2 veröffentlicht. Für die folgenden Fachgebiete konnten aufgrund des sehr geringen ambulanten medizinischen Leistungsvolumens keine Versorgungsgrade hergeleitet werden: *Allergologie* und *klinische Immunologie*, *Arbeitsmedizin*, *Gefässchirurgie*, *Intensivmedizin*, *klinische Pharmakologie* und *Toxikologie*, *medizinische Genetik*, *Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie*, *pharmazeutische Medizin*, *Prävention und öffentliche Gesundheit*, *Rechtsmedizin*, *Thoraxchirurgie*, *Herz- und thorakale Gefässchirurgie*. Für diese Fachgebiete wird in Anhang 2 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 der in Artikel 5 Absatz 2 der Höchstzahlenverordnung vorgesehenen Gewichtungsfaktoren Rechnung tragen.

Anhang 3 enthält die Versorgungsgrade der vier in Artikel 2 Absatz 2 genannten Fachgebiete auf der Ebene der Regionen der Kategorie 2.

Bei einigen Fachgebieten kann es vorkommen, dass in einer bestimmten Region (Kanton oder Region der Kategorie 2) keine Ärztin oder kein Arzt des betreffenden Fachgebiets 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 und diese Region festlegen, wird empfohlen, dies unter Berücksichtigung der Situation in den Versorgungsregionen zu tun, d. h. in 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.¹¹

III. Auswirkungen auf Bund und Kantone

Die Änderung dieser Verordnung hat keine Auswirkungen personeller oder finanzieller Art, weder für den Bund noch die Kantone, da sie hauptsächlich nur die Anpassung der bestehenden Versorgungsgrade beinhaltet.

IV. Inkrafttreten

Die Verordnung tritt am 1. Juli 2025 in Kraft.

¹⁰ Amtliches Gemeindeverzeichnis der Schweiz des BFS, abrufbar unter dem Link : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html>
> Grundlagen und Erhebungen > Amtliches Gemeindeverzeichnis der Schweiz > Historisiertes Gemeindeverzeichnis

¹¹ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2024). Anhang Excel