



Kanton Basel-Stadt | Gesundheitsdepartement  
Kanton Basel-Landschaft | Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion  
Malzgasse 30, 4001 Basel  
Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

# Methodenbericht zur Verordnung über die Zulassung und Höchstzahlen

Version vom 15. November 2024

**Kanton Basel-Landschaft**  
**Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion**  
**Amt für Gesundheit**  
Bahnhofstrasse 5  
4410 Liestal  
Tel. +41 61 552 51 11  
[afg@bl.ch](mailto:afg@bl.ch)  
[Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion](https://www.volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion.ch)  
[— baselland.ch](https://www.baselland.ch)

**Kanton Basel-Stadt**  
**Gesundheitsdepartement**  
**Medizinische Dienste / Bereich Gesundheitsversorgung**  
Malzgasse 30  
4001 Basel  
Tel. +41 61 205 32 42  
[md@bs.ch](mailto:md@bs.ch)  
[Medizinische Dienste | bs.ch](https://www.medizinische-dienste.bs.ch)  
[Bereich Gesundheitsversorgung | bs.ch](https://www.bereich-gesundheitsversorgung.bs.ch)



## 1 Einleitung

Der vorliegende Bericht erläutert das methodische Vorgehen zur Festlegung der regulierten Fachgebiete, Berechnung der Gewichtungsfaktoren und des ambulanten Angebots. Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt stützen sich bei diesem methodischen Vorgehen auf die Vorgaben gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; [SR 832.10](#)) sowie die vom Bundesrat erlassene Verordnung vom 23. Juni 2021 über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (Höchstzahlenverordnung; [SR 832.107](#)). Da der Bund den Kantonen jedoch einen gewissen Umsetzungsspielraum lässt, dient dieser Bericht dazu, die Umsetzung detailliert zu beschreiben. Die mathematische Grundlage für die Berechnung der Höchstzahlen sowie die Versorgungsgrade pro Fachgebiet sind durch Bundesrecht vorgegeben.

Neben den bundesrechtlichen Vorgaben dienen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft für die Festlegung der Methodik Empfehlungen von Arbeitsgruppen. Solche Arbeitsgruppen wurden im ersten Halbjahr 2023 bestehend aus Anspruchsgruppen aus der Region durchgeführt.

Bei der gewählten Methodik steht für die beiden Kantone zudem im Vordergrund, dass die Wahrscheinlichkeit einer irrtümlichen Beschränkung von Fachgebieten reduziert wird. Damit sollen kostspielige Folgewirkungen verhindert werden, welche sich bei einer Unterversorgung in einem Fachgebiet ergeben könnten. Es sollen folglich nur Fachgebiete reguliert werden, bei welchen mit grosser Wahrscheinlichkeit von einer Überversorgung ausgegangen werden kann. Zugleich wird dafür in Kauf genommen, dass allenfalls gewisse Fachgebiete, welche in der Realität überversorgt sind, nicht reguliert werden.

Die Planung sowie die Anwendung der Kriterien zur Ausnahme eines Fachgebiets erfolgen für die gesamte Gemeinsame Gesundheitsregion (GGR). Entsprechend werden dieselben Fachgebiete in beiden Kantonen beschränkt. Der Vollzug wird jedoch aufgrund des sog. Territorialitätsprinzips und Art. 36 KVG weiterhin kantonal sein, d. h. die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP gilt nur für den Kanton, in welchem die Zulassung erteilt wurde, da es sich dabei um eine hoheitliche Aufgabe handelt. Zudem wird die Höchstzahl pro Kanton ausgewiesen, d. h. Zulassungen können nur dann vergeben werden, wenn die Höchstzahl im entsprechenden Kanton und Fachgebiet noch nicht erreicht ist.

## 2 Methodische Bestandteile

Die Festlegung, d. h. Berechnung der Höchstzahlen beruht gemäss Art. 1 Höchstzahlenverordnung auf der Ermittlung des ärztlichen ambulanten Angebots und einem Versorgungsgrad pro Fachgebiet und Region. Zusätzlich können die Kantone bei der Festlegung der Höchstzahlen pro Fachgebiet und Region einen Gewichtungsfaktor vorsehen. Laut dem Bericht vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) und BSS Volkswirtschaftliche Beratung (BSS) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) «Weiterentwicklung der Methodik und Aktualisierung der regionalen Versorgungsgrade» (nachfolgend Bericht zu den Versorgungsgraden; Jörg et al., 2024) beruht die Berechnung der Höchstzahlen somit auf drei Elementen, welche auf S. 12 wie folgt beschrieben werden:

- **«Angebot»:** aktueller Bestand an Fachärztinnen und Fachärzten in Vollzeitäquivalenten (VZÄ);



- **Versorgungsgrad:** Verhältnis zwischen dem tatsächlichen Leistungsvolumen und dem bedarfsadjustierten Leistungsvolumen;
- **Gewichtungsfaktor:** Faktor, um Gegebenheiten zu berücksichtigen, denen im nationalen Regressionsmodell respektive im Versorgungsgrad nicht ausreichend Rechnung getragen werden konnte.»

Gemäss Art. 3 Höchstzahlenverordnung ist für die Berechnung der Versorgungsgrade das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) zuständig. Dieser Auftrag wird einerseits durch den Bericht zu den Versorgungsgraden und andererseits durch die Veröffentlichung der Versorgungsgrade in der Verordnung des EDI über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich vom 28. November 2022, nachfolgend EDI-Verordnung, [SR 832.107.1](#)<sup>1</sup> umgesetzt. Die Ermittlung des Angebots obliegt gemäss Art. 2 Höchstzahlenverordnung den Kantonen. Zudem fällt die Definition eines Gewichtungsfaktors gemäss Art. 1 Abs. 3 bzw. Art. 5 Abs. 2 Höchstzahlenverordnung ebenfalls in die Zuständigkeit der Kantone, wodurch sie auf spezielle regionale Gegebenheiten Rücksicht nehmen können.

### 3 Methode zur Herleitung der Gewichtungsfaktoren

Die Gewichtungsfaktoren sind Bestandteil der Berechnung des Regulierungsfaktors (siehe Kapitel 4) und der Höchstzahlen (siehe Kapitel 6). Die Gewichtungsfaktoren dienen den Kantonen, wie bereits erwähnt dazu, Aspekte zu berücksichtigen, die aufgrund von Limitationen im Versorgungsgrad nicht vollständig enthalten sind. Gewichtungsfaktoren werden pro Region und pro Fachgebiet festgelegt (Jörg et al., 2024). Die Festlegung von Gewichtungsfaktoren basiert auf Befragungen von Fachpersonen, Indikatorensystemen oder Referenzwerten gemäss Art. 5 Abs. 2 Höchstzahlenverordnung.

Basierend auf dem Bericht zu den Versorgungsgraden sowie den Empfehlungen der Leistungserbringer im Rahmen der Arbeitsgruppen wurden die für die GGR relevanten Gewichtungsfaktoren eruiert. Folgende Gewichtungsfaktoren werden berücksichtigt:

- Nationale Unter-/Übersversorgung: basierend auf Angaben im Bericht «Indikatoren für die ambulante Versorgungssituation nach Fachgebiet» (Kaiser et al., 2024)
- Toleranzbereich: Grössenordnung basierend auf Empfehlung im Bericht zu den Versorgungsgraden (Jörg et al., 2024)
- Nicht-OKP-Leistungen<sup>2</sup>: basierend auf Empfehlung im Bericht zu den Versorgungsgraden (Jörg et al., 2024)
- Weiterbildungsfaktor: basierend auf Daten des SIWF<sup>3</sup> (SIWF 2024)
- Altersstruktur: basierend auf Daten der kantonalen Register, der FMH (2024) und einer Studie des Obsan (Burla et al., 2023)

Die Methode zur Berechnung der einzelnen Gewichtungsfaktoren ist in Anhang A.1 beschrieben, in welchem auch auf zwei weitere Gewichtungsfaktoren (Schnittstelle Grundversorgung Spezialversorgung und Patientenströme) eingegangen wird. Die Ergebnisse der Analysen ergaben, dass diese zwei Gewichtungsfaktoren für die GGR jedoch nicht berücksichtigt werden müssen. Die Gewichtungsfaktoren Weiterbildungsfaktor und Altersstruktur werden zudem nur bei der Berechnung des

<sup>1</sup> Diese Verordnung wurde am 30. September 2024 revidiert. Die Revision tritt am 1. Juli 2025 in Kraft. Damit werden per 1. Juli 2025 die aktualisierten Versorgungsgrade gelten.

<sup>2</sup> Im Bericht wird dies als «Gewichtungsfaktor aufgrund von nicht berücksichtigten, ärztlichen Leistungen» bezeichnet.

<sup>3</sup> Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) ist für Ärzteschaft, Behörden und Bildungsinstitutionen das Kompetenzzentrum rund um die ärztliche Weiter- und Fortbildung in der Schweiz.



Regulierungsfaktors, d. h. beim Entscheid, ob ein Fachgebiet reguliert wird oder nicht, berücksichtigt und nicht bei der Berechnung der Höchstzahl. Damit nehmen diese Gewichtungsfaktoren die Funktion eines Ausschlusskriteriums wahr. Begründet wird dies folgendermassen:

- Die GGR weist in vielen Fachgebieten im Vergleich zur Restschweiz eine hohe Weiterbildungsrate auf. In der Annahme, dass die Rekrutierung von Assistenzärztinnen und -ärzten in regulierten Fachgebieten herausfordernd sein wird und die GGR auch für andere Regionen ausbildet, soll im Hinblick auf die Regulierung der Gewichtungsfaktor Weiterbildungsfaktor eingesetzt werden. Damit kann eine zukünftige Unterversorgung aus gesamtschweizerischer Perspektive vermieden werden. Das Leistungsvolumen der Assistenzärztinnen und -ärzte fliesst jedoch nicht in den Versorgungsgrad ein (Jörg et al., 2024), weshalb die Berücksichtigung bei der Berechnung der Höchstzahl nicht angezeigt ist.
- Die Altersstruktur wird als Gewichtungsfaktor berücksichtigt, zumal Fachgebiete mit einem hohen Anteil an älteren Personen einem potentiellen Risiko einer zeitverzögerten Unterversorgung unterliegen, da ausscheidende Ärztinnen und Ärzte aufgrund der fehlenden Attraktivität einer beschränkten Fachrichtung allenfalls in ungefähr fünf Jahren nicht durch Nachwuchs ersetzt werden können. Da verhindert werden soll, dass durch die Regulierung zeitverzögert eine Unterversorgung entstehen wird, wird die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte bei der Berechnung des Regulierungsfaktors berücksichtigt. Fachgebiete, welche nach Berücksichtigung des Gewichtungsfaktors Altersstruktur reguliert werden, haben folglich ein tiefes Risiko einer zukünftigen Unterversorgung aufgrund der Altersstruktur.

Die Gewichtungsfaktoren Weiterbildungsfaktor und Altersstruktur weisen zudem einen minimalen Wert von 1.0 auf. Ein Gewichtungsfaktor unter 1.0 würde beim Gewichtungsfaktor Weiterbildungsfaktor bedeuten, dass Fachgebiete mit unterdurchschnittlich vielen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung eher reguliert werden sollten. Beim Gewichtungsfaktor Altersstruktur würde dies dazu führen, dass Fachgebiete mit vielen jungen Fachärztinnen und -ärzten eher reguliert werden sollten. Beides entspricht jedoch nicht der Logik der Berücksichtigung dieser Gewichtungsfaktoren.

Die einzelnen Gewichtungsfaktoren werden miteinander multipliziert und schliesslich pro Fachgebiet und Region ausgewiesen. Die Höhe der Gewichtungsfaktoren ist in den Anhängen A.2 resp. A.4 dargestellt.

Wenn das Produkt der einzelnen Gewichtungsfaktoren 1.0 ergibt, verändert dies den Versorgungsgrad nicht. Eine Abweichung eines Gewichtungsfaktors von 1.0 hat jedoch einen Effekt auf den Regulierungsfaktor (vgl. Kapitel 4) und die Höchstzahlen (vgl. Kapitel 6):

- Regulierungsfaktor: Das Produkt der einzelnen Gewichtungsfaktoren über 1.0 hat eine dämpfende Wirkung auf den Regulierungsfaktor. Bspw. kann es sein, dass in einem Fachgebiet ein Versorgungsgrad grösser 1.0 vorliegt. Ist das Produkt der einzelnen Gewichtungsfaktoren im entsprechenden Fachgebiet jedoch grösser als der Versorgungsgrad, führt dies zu einem Regulierungsfaktor kleiner 1.0. Somit wird ein Fachgebiet nicht reguliert. Ohne die Berücksichtigung der Gewichtungsfaktoren wäre das Fachgebiet jedoch reguliert worden.
- Höchstzahl: In der Berechnung der Höchstzahl führt das Produkt der einzelnen Gewichtungsfaktoren grösser 1.0 zu einer höheren Höchstzahl. Dadurch wird ein grösseres ambulantes, ärztliches Angebot ermöglicht. Analog dazu führt das Produkt der einzelnen Gewichtungsfaktoren kleiner 1.0 zu einer tieferen Höchstzahl.

## 4 Festlegung regulierte Fachgebiete

Ein wichtiger Arbeitsschritt im Rahmen der Umsetzung der Höchstzahlenverordnung ist die Festlegung der Fachgebiete, in denen eine Regulierung d. h. die Einführung von Höchstzahlen erfolgen soll. Aufgrund der rechtlichen Grundlagen wird gefolgert, dass die Kantone im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben selbst die Methode zur Festlegung der regulierten Fachgebiete wählen können. Diese Folgerung stützt sich insbesondere auf die Erläuterungen zur Höchstzahlenverordnung, welche den Kantonen im erwähnten Rahmen einen Spielraum bei den zu regulierenden Fachgebieten einräumt und sich wie folgt äussert: «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.» (BAG 2021, S. 5).

Die regulierten Fachgebiete ergeben sich aus folgendem Vorgehen: Die Festlegung, ob ein Fachgebiet reguliert wird oder nicht, erfolgt für die gesamte GGR. Zuerst werden dafür die Versorgungsgrade pro Fachgebiet der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft bevölkerungsgewichtet zu einem GGR Versorgungsgrad verrechnet. Die einzelnen Gewichtungsfaktoren pro Fachgebiet werden ebenfalls für die GGR berechnet<sup>4</sup> und anschliessend das Produkt<sup>5</sup> der einzelnen Gewichtungsfaktoren gebildet. Die Division des GGR Versorgungsgrades durch das Produkt der Gewichtungsfaktoren ergibt den Regulierungsfaktor:

$$\text{Regulierungsfaktor} = \frac{\text{GGR Versorgungsgrad}}{\text{Produkt der GGR Gewichtungsfaktoren}}$$

Der Regulierungsfaktor wird je Fachgebiet berechnet. Ist die resultierende Zahl grösser 1.0, wird ein Fachgebiet reguliert.

Die Fachgebiete der Grundversorgung<sup>6</sup> werden unabhängig vom jeweiligen GGR-Regulierungsfaktor von der Regulierung generell ausgenommen. In den Fachgebieten der Grundversorgung ist (in den kommenden Jahren) angesichts der Entwicklung von einem Fachkräftemangel auszugehen, welcher durch eine Beschränkung zusätzlich verstärkt würde (vgl. bspw. Reinhard et al., 2024). Eine Beschränkung kann zur Folge haben, dass sich zukünftig weniger Fachärztinnen und Fachärzte in einem regulierten Fachgebiet spezialisieren. Da mit Blick auf die Versorgungssicherheit verhindert werden soll, dass der bereits vorhandene resp. absehbare Fachkräftemangel in Zukunft verstärkt wird, wird von einer Regulierung der Grundversorgung abgesehen.

Die Berücksichtigung der Gewichtungsfaktoren sowie die generelle Ausnahme der Grundversorgung stellen eine adäquate und massvolle Umsetzung der Bundesverordnung sicher. Würden alleine die Versorgungsgrade über 100 Prozent für eine Regulierung berücksichtigt, würden deutlich mehr

---

<sup>4</sup> Gewisse Gewichtungsfaktoren wurden direkt für die GGR berechnet. Bei kantonal vorliegenden Gewichtungsfaktoren wurde ebenfalls eine Gewichtung anhand der Bevölkerungsgrösse der beiden Kantone vorgenommen.

<sup>5</sup> Im Bericht zu den Versorgungsgraden wird empfohlen, die einzelnen Gewichtungsfaktoren zu multiplizieren. Es wird deshalb das Produkt der einzelnen Gewichtungsfaktoren gebildet (vgl. Jörg et al., 2024).

<sup>6</sup> Als Fachgebiete der Grundversorgung werden im Bericht zu den Versorgungsgraden (Jörg et al., 2024) die folgenden Fachgebiete definiert: Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe und Psychiatrie und Psychotherapie. Diese Definition steht teilweise im Widerspruch zu den Fachgebieten, welche gemäss Art. 37 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG von der Erfüllung der Pflicht zur mindestens dreijährigen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte im Sinne von Art. 37 Abs. 1 KVG ausgenommen sind, wenn auf dem Kantonsgebiet in den betroffenen Bereichen eine Unterversorgung besteht. In Abs. 1 sind Allgemeine Innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel, Praktischer Arzt oder Praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel, die Kinder- und Jugendmedizin sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aufgeführt. Es werden folglich alle sechs aufgeführten Fachgebiete der Grundversorgung zugeordnet.

Fachgebiete mit einer Höchstzahl versehen werden. Das Risiko, dass damit auch Fachgebiete reguliert würden, in welchen keine Überversorgung vorliegt, wäre folglich höher. Die Herleitung des Regulierungsfaktors findet sich im Anhang A.2.

## 5 Methode zur Erfassung des ambulanten, ärztlichen Angebots

Gemäss Art. 2 Höchstzahlenverordnung sind die Kantone dafür zuständig, das ärztliche Angebot zu ermitteln. Gemäss Art. 2 Abs. 1 Höchstzahlenverordnung wird das Angebot an Ärztinnen und Ärzten aufgrund der Arbeitszeit<sup>7</sup> in VZÄ berechnet. Abs. 3 präzisiert, dass zehn Halbtage pro Woche als Vollzeittätigkeit gelten. Die Berechnung erfolgt demgemäss in Halbtagen.<sup>8</sup> Diese müssen für alle im ambulanten Bereich erbrachten Leistungen ermittelt werden.

Die Grundgesamtheit umfasst alle Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel, welche zulasten der OKP tätig sind. Praxisambulant tätige Ärztinnen und Ärzte verfügen in der Regel über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung (Berufsausübungsbewilligung) gemäss Art. 34 MedBG. Im spitalambulantem Bereich benötigen gemäss kantonaler Praxis – im Unterschied zum praxisambulanten Bereich – hingegen nur höhere ärztliche Leitungsfunktionen (z. B. Chefärztinnen und Chefärzte) eine Berufsausübungsbewilligung, weshalb Oberärztinnen und Oberärzte im Spitalbereich in der Regel über keine Berufsausübungsbewilligung verfügen. Ungeachtet dessen fallen grundsätzlich auch Oberärztinnen und Oberärzte, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP tätig sind, unter die Bestimmungen zur Zulassungsbeschränkung im Sinne von Art. 55a KVG. Personen, welche nicht zulasten der OKP arbeiten, werden bei der Berechnung resp. Erhebung nicht berücksichtigt.

Personen in Weiterbildung werden ebenfalls nicht berücksichtigt. Sobald aber jemand den betreffenden Weiterbildungstitel gemäss der Weiterbildungsordnung des SIWF/FMH erlangt hat, gilt die Person als Fachärztin resp. Facharzt und wird mitgezählt.

Personen mit einer sogenannten «Seniorenpraxisbewilligung»<sup>9</sup> im Kanton Basel-Stadt werden nicht zur Grundgesamtheit gezählt, da diese Personen nur noch Angehörige und nahe Bekannte behandeln und betreuen dürfen (vgl. § 8 Verordnung über die Fachpersonen und Betriebe im Gesundheitswesen [Bewilligungsverordnung] vom 6. Dezember 2011; [SG 310.120](#)). Im Kanton Basel-Landschaft bestehen keine «Seniorenbewilligungen» mehr.

Vorerst wird das ärztliche Angebot im praxisambulanten Bereich basierend auf Daten der Medizinischen Dienste der beiden Kantone, der SASIS AG und der «Erhebung der Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS)» (nachfolgend MAS-Daten) des Bundesamts für Statistik (BFS) ermittelt. Langfristig ist vorgesehen, das praxisambulante ärztliche Angebot desaggregiert auf Ebene der Einzelpersonen auf einer digitalen Plattform zu erheben resp. zu aktualisieren. Im spital-

<sup>7</sup> Es ist nicht eindeutig, ob bei der Berechnung der Arbeitszeit nur die Arbeitszeit zulasten der OKP oder die gesamte Arbeitszeit erfasst werden muss. Da eine Unterscheidung in der Praxis häufig schwierig ist, wird die gesamte ambulant geleistete Arbeitszeit berücksichtigt. Somit fällt das ambulante Angebot und damit verbunden auch die Höchstzahl höher aus, als wenn nur die Arbeitszeit zulasten der OKP berücksichtigt würde. Im Zweifel ist eine leicht höhere Höchstzahl gegenüber einer zu tiefen Höchstzahl im Hinblick auf die Gewährleistung der Versorgungssicherheit zu bevorzugen.

<sup>8</sup> Darunter fallen alle Tätigkeiten bspw. geleistete Arbeit während Pikettdienst resp. Hintergrunddienst oder auch die Weiterbildungszeit jedoch nicht Lehre und Forschung oder Tätigkeiten im stationären Bereich.

<sup>9</sup> § 8 Abs. 1 Bewilligungsverordnung lautet wie folgt: «Auf Antrag wird bei Aufgabe der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung die Bewilligung auf die Betreuung und Behandlung von Angehörigen und nahen Bekannten eingeschränkt.»



ambulanten Bereich wird eine aggregierte Erhebung (Datenlieferung pro Fachgebiet pro Spital) vorerst über einen Befragungsbogen erfolgen. Inwiefern zukünftige spitalambulante Erhebungen ebenfalls über eine digitale Plattform erfolgen werden, ist zum jetzigen Zeitpunkt offen.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Erhebung resp. die Datengrundlagen des ambulant geleisteten ärztlichen Angebots methodische Limitationen aufweisen. Damit dem wichtigen Ziel der Versorgungssicherheit ausreichend Gewicht gegeben wird, sehen die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt vor, dass analog zum Gewichtungsfaktor «Toleranzbereich» für den Versorgungsgrad auch eine Unsicherheitsmarge von fünf bis zehn Prozent<sup>10</sup> beim ambulanten ärztlichen Angebot in der Berechnung der Höchstzahl berücksichtigt wird. Da vor allem bei kleinen Fachgebieten mit einer tiefen Anzahl an Beobachtungen der Unsicherheitsbereich grösser wird, erhalten kleine Fachgebiete eine grössere Unsicherheitsmarge.

In den folgenden Abschnitten werden die methodischen Vorgehensweisen der verschiedenen ambulanten Bereiche detailliert erläutert.

### **Praxisambulanter Bereich**

Die Berechnung für den praxisambulanten Bereich basiert darauf, die Anzahl der ambulant tätigen Fachärztinnen und Fachärzte, die zulasten der OKP tätig sind, mit dem jeweiligen Beschäftigungsgrad pro Fachgebiet zu multiplizieren. Im Folgenden werden deshalb die Daten beschrieben, welche für die zwei dafür notwendigen Faktoren benötigt werden:

- Anzahl der Ärztinnen und Ärzte je Fachgebiet<sup>11</sup>, die ambulant zulasten der OKP tätig sind: Um diese Personenanzahl zu eruieren, wurde ein Datenauszug der SASIS-Datenbank aller in Basel-Stadt oder Basel-Landschaft tätigen Personen (per Ende Juni 2023) mit den kantonalen Datenbanken der Medizinischen Dienste abgeglichen (November 2023). Dabei wurde die folgende Vorgehensweise angewendet: War eine Person nur in der SASIS-Datenbank aufgeführt, fand im April 2024 eine Fallbesprechung statt, um über die weitere Berücksichtigung zu entscheiden. Falls eine Person nur in den kantonalen Registern vermerkt war, wird diese in jedem Fall berücksichtigt.<sup>12</sup>
- Beschäftigungsgrad: Der Beschäftigungsgrad wird der Erhebung der MAS-Daten des Jahres 2021 entnommen (vgl. Art. 8 Bst. d Höchstzahlenverordnung). Die Erhebung MAS enthält Angaben zu den VZÄ pro Fachgebiet, welche dafür genutzt werden. Es werden dafür die VZÄ der gesamtschweizerischen Daten pro Fachgebiet berücksichtigt.

Der Grund für die Verwendung der gesamtschweizerischen Daten liegt in der besseren Datenqualität. Da für die Ermittlung des Beschäftigungsgrads schweizweite Daten herangezogen werden, kann es zu Abweichungen gegenüber den tatsächlich geleisteten VZÄ in den beiden Basel kommen. Dies betrifft insbesondere kleinere Fachgebiete. Falls in der GGR durchschnittlich mehr gearbeitet wird als in der Schweiz, würde folglich die Höchstzahl zu tief ausfallen. Der durchschnittliche Beschäfti-

<sup>10</sup> Die Unsicherheitsmarge zum ambulanten ärztlichen Angebot wird analog zum Toleranzbereich zum Versorgungsgrad von der Grösse des Fachgebiets abhängig gemacht und entspricht der gleichen Zahl (siehe dazu Erläuterungen in Anhang A.1).

<sup>11</sup> Die Zuteilung zu den Fachgebieten bei Ärztinnen und Ärzten mit mehreren Facharzttiteln basiert auf der Angabe des Arztes resp. der Ärztin hinsichtlich des Hauptfachgebiets. Falls keine Angabe vorhanden ist, wird das letzte erworbene Fachgebiet berücksichtigt (vgl. Art. 4 Abs. 2 Höchstzahlenverordnung).

<sup>12</sup> Personen, die nach April 2024 eine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP erhalten haben, konnten bei der Berechnung des praxisambulanten Bereichs folglich nicht berücksichtigt werden.



ungsgrad pro Fachgebiet gemäss Erhebung MAS wird deshalb durch eine Validierung der regulierten Fachgebiete mittels der Daten der SASIS AG ergänzt.<sup>13</sup> Dazu wird zunächst eine Liste der Grundgesamtheit der regulierten Fachgebiete (Global Location Number (GLN), Name, Hauptfachgebiet) mit den aktiven Leistungserbringern gemäss Tarifpool abgeglichen und die Hauptfachgebiete anhand von Daten aus dem Medizinalberuferegister (MedReg) und dem Zahlstellenregister (ZSR) validiert. Der Abgleich ermöglicht aufzuzeigen, welche Personen mit einer Berufsausübungsbewilligung zulasten der OKP aktiv sind und welche nicht (mehr). Weiter ist eine Validierung der Zuteilung zum Hauptfachgebiet möglich. Die Datengrundlage basiert auf dem Tarifpool der SASIS AG, Jahr 2023 sowie dem ZSR-Register aus dem Jahr 2023. Zusätzlich wird basierend auf den hinterlegten Minutagen die durchschnittliche jährliche Behandlungszeit pro Fachärztin resp. Facharzt berechnet.<sup>14</sup> Zudem besteht in Basel-Stadt die Möglichkeit einer Auswertung der bei den Medizinischen Diensten Basel-Stadt hinterlegten Pensen der Fachärztinnen und Fachärzte. Ein Vergleich dieser Angaben legt die Grundlage für eine Validierung der Vollzeitäquivalente. Sollten sich durch diese zwei weiteren Analysen belastbare, höhere VZÄ ergeben, wird der jeweils höchste Wert berücksichtigt.

### **Spitalambulanter Bereich**

Bei der Erhebung im spitalambulanten Bereich wird berücksichtigt, dass in Spitälern neben ambulanten stationäre Leistungen zulasten OKP erbracht werden. Letztere sind für die Umsetzung der Höchstzahlenverordnung nicht relevant und werden folglich nicht berücksichtigt. Ärztinnen und Ärzte mit mehreren Facharzttiteln werden im Lichte von Art. 4 Abs. 2 Höchstzahlenverordnung demjenigen Fachgebiet zugeordnet, in welchem sie hauptsächlich tätig sind. Im Zweifel wird anhand der Anstellungseinheit der relevante Facharzttitel zugewiesen. Eine Person, welche bspw. die Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie besitzt und in der Abteilung Kardiologie arbeitet, wird zur Kardiologie gezählt.

Die Eruerung der spitalambulanten VZÄ basiert auf einer Erhebung resp. einem Monitoring, welches im Rahmen der Einführung und Umsetzung der Zulassungsverordnung in enger Abstimmung mit den Spitälern der Region initiiert wurde. Es werden nur Fachärztinnen und -ärzte, die zulasten der OKP tätig sind berücksichtigt. Weiter werden nur ambulante Leistungen in die Berechnung einbezogen, d. h. ohne stationäre Leistungen und Arbeitszeit für Lehre und Forschung. Neben den VZÄ im spitalambulanten Bereich, welche aggregiert pro Fachgebiet erfasst werden, können auch Vakanzen<sup>15</sup> angegeben werden. Für die Unterscheidung des spitalambulanten und spitalstationären Bereichs können die Spitäler folgende Methoden anwenden:

- Aufteilung gemäss Leistungserfassung in Kostenrechnung (REKOLE<sup>16</sup>)
- Aufteilung gemäss Tätigkeitserhebung

Die Erhebung erfolgt voraussichtlich alle zwei Jahre. Ein Beispiel eines Befragungsbogens ist in Anhang A.3 dargestellt. In regulierten Fachgebieten wird zur Überprüfung, dass keine ungerechtfertigte Ausweitung stattfindet, ein halbjährliches Monitoring durchgeführt. Das Monitoring erfolgt durch einen per E-Mail versendeten Befragungsbogen.

<sup>13</sup> Die Validierung wird Anfang des Jahres 2025 vorgenommen.

<sup>14</sup> Aufgrund der unterschiedlichen Wichtigkeit der technischen Leistungen in den Fachgebieten wird von einem Vergleich der Leistungsvolumen pro Kopf zwischen den Fachgebieten abgesehen.

<sup>15</sup> Definition Vakanzen: Darunter zu verstehen sind Stellen, welche zu einem früheren Zeitpunkt besetzt waren. Eine neu budgetierte Stelle ist nicht als Vakanz zu verstehen. Langzeitabsenzen aufgrund von Krankheit sind in dieser Definition abgebildet und sind gemäss geltenden Bedingungen des jeweiligen Kantons zu melden.

<sup>16</sup> Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung des Spitalverbands H+ Die Spitäler der Schweiz.

Da insbesondere die Aufteilung zwischen stationären und ambulanten Leistungen herausfordernd ist, berücksichtigen die Kantone auch im spitalambulanten Bereich eine Unsicherheitsmarge in der Berechnung.

Um eine möglichst hohe Datenqualität sicherzustellen, wird nach Inkrafttreten der Verordnung periodisch geprüft, ob sich die Datenverfügbarkeit verbessert hat oder es Verbesserungsmöglichkeiten in der Erhebungsmethodik gibt und die verbesserten Datenquellen resp. Methoden entsprechend berücksichtigt.

### **Besonderheiten für Belegärztinnen und Belegärzte**

Einige Spitäler der GGR arbeiten zudem mit einem Belegarztsystem, was eine Besonderheit mit sich bringt: Belegärztinnen und Belegärzte passen nicht eindeutig ins Schema «praxis- oder spitalambulant», da sie zwar an Spitalstandorten tätig sind, jedoch normalerweise nicht vom Spital angestellt sind. Aufgrund dieses Merkmals werden die ambulanten Leistungen durch Belegarztztätigkeit im praxisambulanten Bereich zukünftig über eine digitale Plattform erhoben.<sup>17</sup>

In der aktuellen Berechnungsmethodik des praxis- und spitalambulanten Bereichs ist die Belegarztztätigkeit nicht explizit berücksichtigt. Belegärztinnen und Belegärzte sind zwar in der Grundgesamtheit der praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte enthalten. Die Berechnung der VZÄ erfolgt jedoch mittels den MAS-Daten, welche die Belegarztztätigkeit nicht erfassen. Um sicherzustellen, dass die Höchstzahl deshalb nicht zu tief ausfällt, wird zusätzlich zur Unsicherheitsmarge von fünf bis zehn Prozent ein Faktor für die Belegarztztätigkeit von zusätzlich zehn Prozent eingerechnet.

### **90-Tagedienstleister**

Auch die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der sogenannten 90-Tage-Regelung gemäss den Bestimmungen von Art. 35 MedBG fällt unter die Zulassungseinschränkung, da auch diese Gruppe Leistungen zulasten der OKP erbringen und es sich demzufolge um eine befristete Mengenausweitung handelt. Diese Ärztinnen und Ärzte dürfen ihren Beruf während längstens 90 Tagen pro Kalenderjahr in der Schweiz (Art. 35 Abs. 1 MedBG) bzw. in einem anderen Kanton (Art. 35 Abs. 2 MedBG) ausüben. In die Grundgesamtheit fliessen diejenigen 90-Tagedienstleister ein, welche in den Kantonen Basel-Landschaft und/oder Basel-Stadt eine Meldebestätigung erhalten haben. Analog zur Berechnung der geleisteten VZÄ im Rahmen der Zulassungsverordnung wird das Volumen der 90-Tagedienstleister für die Erstumsetzung der VZH per 1. Juli 2025 basierend auf den im Jahr 2023 in den beiden Kantonen gemeldeten Dienstleistungermeldungen berechnet.<sup>18</sup> Die Anzahl

---

<sup>17</sup> Damit eine klare Abgrenzung besteht, welche Leistungserbringer welche Angaben zum ambulant geleisteten Angebot vornehmen sollen, wird folgende Definition der Belegarztztätigkeit angewendet: Belegärztinnen/Belegärzte erbringen als selbständiges Einzelunternehmen medizinische Leistungen, dies nicht nur in der eigenen Praxis (ambulant), sondern auch in einem oder mehreren Spitälern oder Kliniken (ambulant oder stationär möglich). Gemäss einer vertraglichen Vereinbarung dürfen sie dort ihre eigenen Patientinnen und Patienten behandeln und die Infrastruktur der Institution benutzen. Belegärztinnen/Belegärzte sind in der Regel weniger häufig im Spital oder in der Klinik tätig (ambulant oder stationär) als in der eigenen Praxis. Sie erhalten für die Belegarztztätigkeit keinen Lohn. Es ist auch möglich, dass ein bei einem Unternehmen angestellter Arzt bzw. eine dort angestellte Ärztin Belegarzt-Tätigkeiten im Namen des Unternehmens ausübt (bspw. Hintergrunddienste). Die Art, wie die Leistungen den Patientinnen und Patienten in Rechnung gestellt werden, ist nicht ausschlaggebend für den Status der Belegärztin bzw. des Belegarztes. Ob eine Ärztin bzw. ein Arzt als Belegärztin/Belegarzt arbeitet oder angestellt ist, hängt in den MAS-Daten von der Einheit ab, die die AHV-Beiträge bezahlt.

<sup>18</sup> Für den Kanton Basel-Stadt ist es aufgrund der Datenverfügbarkeit nicht möglich, eine exakte Abgrenzung für das Jahr 2023 gegenüber dem Jahr 2024 vorzunehmen. Als Folge könnte es sein, dass die Zahlen leicht höher als tatsächlich sind. In Anbetracht der geringen Gesamtmenge an 90-Tagedienstleistern ist der Effekt sehr gering.

an 90-Tagedienstleistern wird dabei mit dem maximal möglichen Arbeitspensum von 90 Tagen verrechnet.<sup>19</sup>

Zukünftig wird auch für die 90-Tagedienstleister eine Eingabemöglichkeit des geleisteten Arbeitspensums über eine digitale Plattform angestrebt.

## 6 Berechnung der Höchstzahl

Gemäss Art. 5 Höchstzahlenverordnung wird für die Bestimmung der Höchstzahlen je medizinisches Fachgebiet das ärztliche Angebot ins Verhältnis zum Versorgungsgrad der jeweiligen Region gesetzt. Gleichzeitig können die Kantone zusätzlich einen Gewichtungsfaktor einführen, um Umstände zu berücksichtigen, die bei der Berechnung des Versorgungsgrads nicht einbezogen werden konnten. Daraus ergibt sich die nachfolgende Berechnungsformel:

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

Der Gewichtungsfaktor kann dem Anhang A.4 als Produkt der jeweiligen kantonalen Gewichtungsfaktoren entnommen werden. Im Anhang A.5 wird die Berechnung der Höchstzahl für die regulierten Fachgebiete dargestellt. Eine Aktualisierung der Berechnung der Höchstzahl sowie die Festlegung der regulierten Fachgebiete erfolgt voraussichtlich alle zwei Jahre resp. im Turnus, in welchem das EDI neue Versorgungsgrade bekannt gibt (Jörg et al., 2024).

## 7 Literaturverzeichnis

BFS (2024a). Provisorische Bilanz der ständigen Wohnbevölkerung 2023. Abrufbar unter [Statistik der Bevölkerung und Haushalte STATPOP](#). Abgerufen am 10.09.2024.

BFS (2024b). Struktur der ständigen Wohnbevölkerung nach Kanton, 1999-2023. Abrufbar unter [Struktur der ständigen Wohnbevölkerung nach Kanton, 1999-2023](#). Abgerufen am 22.08.2024.

Burla, L., Widmer, M., Haldimann, L. & Zeltner, C. (2023). Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzten in der Schweiz. Obsan 05/2023. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

BAG (2021). 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.

FMH (2024). FMH-Ärzttestatistik. Abrufbar unter: [FMH-Ärzttestatistik](#). Abgerufen am 2. Oktober 2024.

Jörg, R. & Kaiser, B. (2024). Indikatoren zu den Patientenströmen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Grundlagen für die Definition von Gewichtungsfaktoren und die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte (Obsan Bericht 17/2024). Schlussbericht im Auftrag der Konferenz der

---

<sup>19</sup> Die tatsächliche Arbeitszeit ist bei den 90-Tagedienstleistern aufgrund der Datenlage aktuell nicht verfügbar. Der Anteil der 90-Tagedienstleister am gesamten ambulanten ärztlichen Angebot ist sehr gering. Somit hat das angenommene Pensum der 90-Tagedienstleister nur einen sehr geringen Effekt auf die Höchstzahl.



kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Jörg, R., Kaiser, B., Tuch, A. & Widmer, M. (2024). Weiterentwicklung der Methodik und Aktualisierung der regionalen Versorgungsgrade. Grundlagen für die Festlegung von Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung (Obsan Bericht 16/2024). Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

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 Obsan und von BSS im Auftrag des BAG (Obsan Bericht 05/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Kaiser, B., Legler, V., Frey, M. & Schönleiter, T. (2024). Indikatoren für die ambulante Versorgungssituation nach Fachgebiet. Bericht im Auftrag der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Basel: BSS Volkswirtschaftliche Beratung.

KBV (2020). Die Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und Umsetzung. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Obsan & BSS (2024). Weiterentwicklung der Methodik und Aktualisierung der regionalen Versorgungsgrade: Grundlagen für die Festlegung von Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung, Beilage zum Schlussbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und von BSS Volkswirtschaftliche Beratung (BSS) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 16/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

SIWF (2024). Umfrage Assistenzärztinnen und -ärzte, Statistische Grundlagen 2023. Abrufbar unter [Umfrage Assistenzärztinnen und -ärzte](#). Abgerufen am 25.06.2024.

Reinhard, L., Clarfeld, L., Gobin, N., Knoblauch, C., Järgen, P., Le Boudec, J., Merker, M., Rimensberger, C., Roulet, C., Schaub, N., Töttler, K., Wertli, M. & Streit, S. (2024). [Current and future workforce of general internal medicine in Switzerland: a cross-sectional study](#). Swiss Med. Wkly. 16. Juli 2024 (abgerufen am 7. November 2024); 154(7):3861.



## Anhang

### A.1 Methode zur Berechnung der einzelnen Gewichtungsfaktoren

Folgend werden die einzelnen Gewichtungsfaktoren erläutert. Zuerst werden die drei Gewichtungsfaktoren beschrieben, welche sowohl beim Regulierungsfaktor als auch für die Berechnung der Höchstzahl angewendet werden (Nationale Unter-/Übersorgung, Toleranzbereich, Nicht-OKP-Leistungen). Anschliessend werden die zwei Gewichtungsfaktoren beschrieben, die nur auf den Regulierungsfaktor angewendet werden und somit als Ausschlusskriterium dienen (Weiterbildungsfaktor, Altersstruktur). Zuletzt werden zwei Gewichtungsfaktoren vorgestellt, deren Anwendung geprüft wurde, aber aufgrund der Ergebnisse der Analysen nicht berücksichtigt werden (Schnittstelle Grundversorgung Spezialversorgung, Patientenströme).

#### **Gewichtungsfaktor Nationale Unter-/Übersorgung**

Inhalt: Die Festlegung von Höchstzahlen basiert u. a. auf den regionalen Versorgungsgraden, die das Obsan und BSS im Auftrag des BAG berechnen. Ein entscheidender Punkt ist, dass die nationale Versorgungssituation (d. h. eine allfällige gesamtschweizerische Unter- oder Übersorgung) in einem Fachgebiet nicht im Versorgungsgrad berücksichtigt wird. Es ist unklar, ob die gesamtschweizerische ambulante Versorgung im Referenzjahr bedarfsgerecht und wirtschaftlich ist und somit das aus gesellschaftlicher Sicht optimale Niveau aufweist. Da zurzeit keine wissenschaftlich fundierte Methode besteht, die gegenwärtige, nationale Unter- oder Übersorgung in einem Fachgebiet anhand der verfügbaren Daten zu bestimmen und somit direkt im Versorgungsgrad abzubilden, wird vorgeschlagen, dass dieser Umstand über einen Gewichtungsfaktor korrigiert wird (Jörg et al., 2024).

Umsetzung: Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat der BSS Volkswirtschaftlichen Beratung in Kooperation mit dem Obsan ein Mandat erteilt, um die nationale Unter- resp. Übersorgung zu quantifizieren. Die Übersetzung in einen konkreten Gewichtungsfaktor erfolgt durch die beiden kantonalen Behörden.

Methodik: BSS stellt zur Definition geeigneter Indikatoren auf eine eigene Primärdatenerhebung<sup>20</sup> ab. Das methodische Vorgehen gemäss Kaiser et al. (2024) besteht darin, eine individualisierte Online-Befragung bei den ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten durchzuführen. Dieser elektronische Fragebogen wurde per E-Mail im April 2024 an die Ärztinnen und Ärzte gesendet.

Die Befragung besteht aus zwei verschiedenen Modulen. Das Befragungsmodul A richtet sich an Ärztinnen und Ärzte aller ambulant tätigen Fachgebiete. Inhalt sind Fragen zur Kapazitätsauslastung (Patientenaufnahme, Wartezeiten, Auslastung) sowie persönliche Einschätzungen zur Versorgungslage im eigenen Fachgebiet («Innensicht»). Das Befragungsmodul B richtet sich hingegen nur an Grundversorger/-innen und hat zum Ziel, deren Einschätzung zur Versorgungssituation in den Spezialgebieten zu erheben («Aussensicht»). Auf diese Weise können die Erfahrungen der Grundver-

---

<sup>20</sup> Methodische Limitationen dieser Vorgehensweise sind u. a. mögliche strategische Antworten sowie ein selektiver Rücklauf der Antworten.



sorger/-innen bei der Zuweisung zu Spezialist/-innen miteinbezogen werden. Die Antworten der Befragung werden im Anschluss von BSS in Bezug auf Sprachregion, Geschlecht, Diplom-Herkunft und Tätigkeitssektor gewichtet, sodass eine repräsentative Stichprobe entsteht.

Die erfragten Indikatoren werden im Anschluss in numerischen Grössen ausgedrückt und mittels Standardnormalverteilung standardisiert (vgl. Kaiser et al., 2024). Die Saldowerte der Indikatoren werden beim Wert 1 zentriert. Im Anschluss wird gemäss Empfehlung BSS ein Normbereich festgelegt. Die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt setzen diesen zwischen dem untersten (25 %) und dem obersten Quartil (75 %) an. Für Werte unterhalb resp. oberhalb dieser Quartile werden die prozentualen Abweichungen vom Normbereich berechnet. Werte unterhalb des Normbereichs werden zur unteren Schranke (unterstes Quartil) und Werte oberhalb des Normbereichs werden zur oberen Schranke (oberstes Quartil) ins Verhältnis gesetzt. Werte innerhalb des Normbereichs erhalten alle ein Ergebnis von 1.0.

In einem nächsten Schritt werden den verschiedenen Indikatoren normative Gewichte beigemessen. Dabei kommt die folgende Zuteilung zum Tragen:

- Patientenaufnahme, Zeitliche Verfügbarkeit innert gewünschter Frist, Auslastung (Anteil nicht voll ausgelastet), Versorgungslage, eigenes Fachgebiet (Saldowert), Versorgungslage, Spezialgebiete (Saldowert): jeweils 0.1
- Schwierigkeiten bei Zuweisungen (Saldowert): 0.5

Diese Gewichtung entspricht der Empfehlung im Bericht, die Aussensicht stärker zu gewichten als die Innensicht (vgl. Kaiser et al., 2024).

Im Anschluss wird der gewichtete Durchschnitt der Abweichungen vom Normbereich über alle Indikatoren berechnet.<sup>21</sup> Den resultierenden Werten unter 0 wird schliesslich ein Gewichtungsfaktor von 1.05 bis 1.10 und denjenigen über 0 von 0.95 bis 1.00 zugewiesen. Die Abstufung erfolgt analog zu den restlichen Gewichtungsfaktoren prozentual.

Datengrundlagen/Quellen: Kaiser et al., 2024. Befragungszeitpunkt Ärztinnen und Ärzte April/Mai 2024.

### **Gewichtungsfaktor Toleranzbereich**

Inhalt: Der Gewichtungsfaktor zum Toleranzbereich gibt den Kantonen die Möglichkeit zu berücksichtigen, dass eine ausgewogene Verteilung zwischen den Kantonen (d. h. ein Versorgungsgrad von 100 %) in der Realität nie exakt möglich sein wird sowie methodische Unsicherheiten im Modell bestehen können. Im Bericht von Jörg et al. (2024, S. 50) wird zudem darauf hingewiesen, «[...] dass anhand des nationalen Regressionsmodells zwar Unterschiede im regionalen Bedarf berücksichtigt werden. Allerdings können nicht alle relevanten Erklärungsfaktoren in den Bedarfsmodellen pro Fachgebiet berücksichtigt werden, meist weil die dazu notwendigen Daten nicht oder nicht in der notwendigen Qualität verfügbar sind (z. B. die regionale Prävalenz von chronischen Krankheiten in der Bevölkerung). Anhand des Toleranzbereichs wird somit auch Unterschieden im Bedarf Rechnung getragen, die anhand des Regressionsmodells nicht abgebildet werden können.»

---

<sup>21</sup> Beispiel: Ein negativer Wert bedeutet, dass die aktuelle ambulante ärztliche Versorgung unter dem gesellschaftlich optimalen Versorgungsniveau liegt. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wird einem negativen Wert ein Gewichtungsfaktor grösser als 1 zugeteilt.



**Umsetzung:** Die beiden kantonalen Behörden orientieren sich an den Vorgaben gemäss dem Bericht zu den Versorgungsgraden sowie der Empfehlung regionaler Leistungserbringer im Rahmen der Arbeitsgruppen bei der Ausgestaltung des Gewichtungsfaktors.

**Methodik:** Gemäss Auskunft des Obsan steht kein direktes Unsicherheitsmass pro Regression (d. h. pro Fachgebiet) zur Verfügung. Als Koeffizient wird jedoch ein Mass ausgewiesen, welches den Erklärungsgehalt der jeweiligen Regression darstellt (In-sample Pseudo-R-Quadrat; vgl. Obsan & BSS, 2024). Dieses Mass gibt an, inwiefern die Faktoren (bspw. Alter, Geschlecht, Kosten der Medikamente, Franchise), welche im Modell berücksichtigt werden, dazu beitragen, dass das beobachtete Ergebnis erklärt werden kann.<sup>22</sup> Die Korrelation zwischen dem Mass zum Erklärungsgehalt und dem gesamtschweizerischen Leistungsvolumen pro Fachgebiet liegt bei 0.70 und fällt damit relativ stark aus. Dies bedeutet, dass der Erklärungsgehalt der Regression bei grösseren Fachgebieten höher als bei kleinen Fachgebieten ist. Entsprechend wird für die Zuordnung der Höhe des Toleranzbereichs pro Fachgebiet das gesamtschweizerische Leistungsvolumen pro Fachgebiet als Grundlage verwendet.

Abhängig von der Grösse eines Fachgebiets wird ein Toleranzbereich von fünf Prozent (grösstes Fachgebiet) bis zehn Prozent (kleinstes Fachgebiet) implementiert.<sup>23</sup> Die Zuteilung erfolgt proportional zum erbrachten Leistungsvolumen der Gesamtschweiz. Bspw. wird der Allgemeinen Inneren Medizin, welche mit rund 2.4 Milliarden Schweizer Franken das grösste Fachgebiet darstellt, ein Toleranzbereich von fünf Prozent zugeordnet, während dem Fachgebiet Infektiologie mit Leistungsvolumen von knapp 15 Millionen Schweizer Franken ein Toleranzbereich von zehn Prozent zugeschrieben wird.

**Datengrundlagen/Quellen:** Die Angaben zu den gesamtschweizerischen Leistungsvolumen pro Fachgebiet (Datenjahr 2022) sowie die In-sample Pseudo-R-Quadrate stammen aus der Excel-Beilage zum Bericht zu den Versorgungsgraden (Obsan & BSS, 2024). Diese sind den Tabellenblättern "schweiz" und "regressionen" zu entnehmen.

### **Gewichtungsfaktor Nicht-OKP-Leistungen**

**Inhalt:** Für die Berechnung der Versorgungsgrade werden nur Leistungen, welche zulasten der OKP erbracht wurden, berücksichtigt (Verwendung des Datenpools und des Tarifpools der SASIS AG). Nicht berücksichtigt werden Rechnungen, welche von den versicherten Personen nicht zur Rückerstattung weitergeleitet wurden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise). Ebenso fehlen in den SASIS-Daten Leistungen, die über andere Kostenträger (Invalidenversicherung, Unfallversicherung etc.) finanziert werden. Für die Herleitung der Versorgungsgrade stellt dies grundsätzlich kein Problem dar, da diese Leistungen weder im Zähler noch im Nenner berücksichtigt werden. Eine Verzerrung der Versorgungsgrade resultiert allerdings, wenn bedeutende regionale Unterschiede in Bezug auf die fehlenden Leistungen bestehen (bspw. aufgrund von Tourismus). Falls solche bestehen, können Gewichtungsfaktoren zur Korrektur des Versorgungsgrads eingesetzt werden (vgl. Jörg et al., 2024).

<sup>22</sup> Wenn eine Regression bspw. ein «In-sample Pseudo-R-Quadrat» nahe 0 besitzt, bedeutet dies, dass die gewählten unabhängigen Variablen nicht gut dazu geeignet sind, die abhängige Variable vorherzusagen. Nimmt der Wert hingegen 1 an, eignen sich die unabhängigen Variablen perfekt für die Vorhersage der abhängigen Variable.

<sup>23</sup> Als Referenz für die Höhe des Gewichtungsfaktors «Toleranzbereich» verweisen Jörg et al. (2024) auf die Praxis in Deutschland. Erst ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent wird dort von einem «gesperrten Planungsbereich» gesprochen (KBV 2020). Grundsätzlich empfehlen die Autoren abhängig von der Grösse eines Fachgebiets einen Toleranzbereich zwischen fünf bis zehn Prozent. Auch im Rahmen der Arbeitsgruppen haben die Leistungserbringer der Region die Einführung dieses Gewichtungsfaktors als sinnvoll eingestuft.



Umsetzung: Das Obsan und BSS haben im Rahmen der Weiterentwicklung der Methodik und Aktualisierung der regionalen Versorgungsgrade Gewichtungsfaktoren pro Fachgebiet und Kanton ausgewiesen, welche übernommen werden.

Methodik: Die angewendete Methodik wird im Anhang A4 des Berichts zu den Versorgungsgraden ausführlich dargestellt.

Datengrundlagen/Quellen: Jörg et al. (2024). Alle Auswertungen seitens Obsan und BSS basieren auf dem Datenjahr 2022.

### **Gewichtungsfaktor Weiterbildungsfaktor**

Inhalt: Der Gewichtungsfaktor Weiterbildungsfaktor wurde auf Empfehlung der Anspruchsgruppen aufgegriffen, um den Effekt der Weiterbildung zu berücksichtigen. Zugrunde lag die Annahme, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung dazu tendieren, im Zweifelsfall eher eine zusätzliche Analyse durchzuführen, um eine möglichst hohe Sicherheit bei der Diagnosestellung zu gewährleisten. Daraus könnte gefolgert werden, dass Regionen, welche im Vergleich zur restlichen Schweiz verhältnismässig viele Ärztinnen und Ärzte weiterbilden, ein erhöhtes Leistungsvolumen aufweisen. Da das Leistungsvolumen der Assistenzärztinnen und -ärzte jedoch nicht in den Versorgungsgrad einfließt (Jörg et al., 2024), kann der Begründung seitens Anspruchsgruppen so nicht direkt gefolgt werden. Die Anspruchsgruppen betonten jedoch zugleich, dass die Rekrutierung von Assistenzärztinnen und -ärzten in regulierten Fachgebieten zukünftig herausfordernd sein wird. Gestützt auf die Annahme, dass in der GGR in Fachgebieten mit einer im Schweizer Vergleich hohen Weiterbildungsrate auch für andere Regionen Fachärztinnen und -ärzte ausgebildet werden, wird am Gewichtungsfaktor im Hinblick auf den Regulierungsfaktor festgehalten. Mit dem Gewichtungsfaktor Weiterbildungsfaktor soll folglich eine zukünftige Unterversorgung aus gesamtschweizerischer Perspektive vermieden werden. Da das Leistungsvolumen der Assistenzärztinnen und -ärzte wie oben beschrieben nicht in den Versorgungsgrad einfließt (Jörg et al., 2024), wird der Gewichtungsfaktor bei der Berechnung der Höchstzahl nicht berücksichtigt.

Umsetzung: Die Identifikation dieser Besonderheit wurde in Zusammenarbeit mit verschiedenen Anspruchsgruppen der Region im Rahmen der Arbeitsgruppen vorgenommen. Die beiden kantonalen Behörden haben im Anschluss die konkrete Methodik festgelegt. Der Gewichtungsfaktor wird für den Regulierungsfaktor auf GGR-Ebene berechnet.

Methodik: Um diesen Gewichtungsfaktor für die Anwendung auf den Regulierungsfaktor zu quantifizieren, wird jeweils das Verhältnis der Anzahl in Weiterbildung stehenden Ärztinnen und Ärzte pro Fachgebiet pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner in der GGR sowie in der restlichen Schweiz gebildet. Diese beiden Kennzahlen werden wiederum zueinander ins Verhältnis gesetzt (GGR geteilt durch Restschweiz). Ist die resultierende Zahl grösser 1, wird dem entsprechenden Fachgebiet ein Gewichtungsfaktor zwischen 1.00 und 1.10 (für den höchsten GGR-Wert) zugeteilt. Werte kleiner als 1 erhalten alle den Wert 1.0. Das folgende Beispiel verdeutlicht dies: Fachgebiet 1 weist mit 5.0 den höchsten Verhältniswert auf, Fachgebiet 2 von 3.0. Da nur bei einer Verhältniszahl grösser 1.0 ein positiver Gewichtungsfaktor erteilt werden soll, wird von allen Werten in einem ersten Schritt der Wert «1.0» subtrahiert. Entsprechend resultiert für Fachgebiet 1 der Wert 4.0 und für Fachgebiet 2 der Wert 2.0. Der höchste Verhältniswert erhält im Anschluss einen Gewichtungsfaktor von 1.10. Die restlichen Werte werden prozentual dazu abgestuft. Daraus ergeben sich die Gewichtungsfaktoren 1.10 für Fachgebiet 1 und 1.05 für Fachgebiet 2.

Datengrundlagen/Quellen: Der Weiterbildungsfaktor wird mittels Daten des SIWF (SIWF 2024) und des BFS (BFS 2024a) berechnet.

### **Gewichtungsfaktor Altersstruktur**

Inhalt: Der Gewichtungsfaktor Altersstruktur wird nur bei der Berechnung des Regulierungsfaktors, d. h. beim Entscheid, ob ein Fachgebiet reguliert wird oder nicht, berücksichtigt und nicht bei der Berechnung der Höchstzahl. Begründet wird dies damit, dass Fachgebiete mit einem hohen Anteil an älteren Ärztinnen und Ärzten einem potentiellen Risiko einer zeitverzögerten Unterversorgung unterliegen, da ausscheidende Ärztinnen und Ärzte aufgrund der fehlenden Attraktivität einer beschränkten Fachrichtung möglicherweise in ungefähr fünf Jahren nicht durch Nachwuchs ersetzt werden können. Da verhindert werden soll, dass durch die Regulierung eine Unterversorgung entsteht, wird die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte bei der Berechnung des Regulierungsfaktors berücksichtigt. Der Gewichtungsfaktor Altersstruktur hat folglich eine Funktion eines Ausschlusskriteriums. Die Höchstzahl der Fachgebiete, welche auch nach Berücksichtigung des Gewichtungsfaktors Altersstruktur reguliert werden, muss jedoch nicht um diesen Faktor korrigiert werden. Eine solche Korrektur würde die Höchstzahl erhöhen, was nicht dem Ziel der Berücksichtigung der Altersstruktur entspricht.

Umsetzung: Die Empfehlung zur Berücksichtigung dieser Besonderheit wurde in Zusammenarbeit mit verschiedenen Leistungserbringern der Region im Rahmen der Arbeitsgruppen ausgesprochen. Die beiden kantonalen Behörden haben im Anschluss die konkrete Methodik festgelegt.

Methodik: Für die Berechnung des Gewichtungsfaktors Altersstruktur wird der Bestand der Fachärztinnen und -ärzte in der GGR im praxisambulanten Bereich zum Regulierungszeitpunkt (Jahr 2025) mit dem prognostizierten Bestand nach fünf Jahren (Jahr 2030) verglichen. Der Horizont der Prognose stützt sich auf eine Empfehlung von Anspruchsgruppen der Region, die im Rahmen von Arbeitsgruppen abgegeben wurde.

Als Ausgangspunkt dienen die praxisambulanten Personalbestände pro Fachgebiet gemäss kantonalen Registerdaten. Diese werden pro Fachgebiet für die beiden Jahre 2025 und 2030 berechnet. Für die Prognose werden Annahmen zum Outflow (Anzahl Austritte von Fachärztinnen und -ärzten pro Fachgebiet) resp. zum Inflow (Anzahl der Eintritte von Fachärztinnen und -ärzten pro Fachgebiet) von Fachärztinnen und -ärzten getroffen.

- Hinsichtlich Outflow wird angenommen, dass von den unter 66-Jährigen (Alter 65 miteingeschlossen) 90 Prozent im Beruf verbleiben. Bei den über 65-Jährigen (ab Alter 66) wird angenommen, dass 15 Prozent der Ärztinnen und Ärzte im Beruf verbleiben. Die Annahmen basieren auf der Studie von Burla et al. (2023).
- Für den Inflow werden pro Fachgebiet die im Jahr 2023 schweizweit erworbenen und anerkannten Weiterbildungstitel ins Verhältnis zum schweizweiten Bestand an Fachärztinnen und -ärzten im Jahr 2022 gesetzt. Es wird dafür die FMH-Ärzttestatistik (FMH 2024) verwendet. Dabei werden der praxis- und der spitalambulante Bereich und die Zahlen für die gesamte Schweiz und nicht nur die GGR berücksichtigt.

Die resultierenden Outflow- und Inflowraten ergeben den prognostizierten Bestand für das Jahr 2030.<sup>24</sup> Der prognostizierte Bestand 2030 wird im Anschluss ins Verhältnis zum Bestand 2025 gesetzt. Die Berechnung des Gewichtungsfaktors wird zuletzt mithilfe der nachfolgenden Formel vorgenommen:

$$\text{Gewichtungsfaktor Altersstruktur} = \left(1 - \frac{\text{prognostizierter Bestand 2030}}{\text{Bestand 2025}}\right) + 1$$

Als Mindestgrösse des Gewichtungsfaktors wird der Wert von 1.00 festgesetzt.<sup>25</sup> Somit kommt der Gewichtungsfaktor zwischen den Werten 1.00 und 2.00 zu liegen. Das nachfolgende Beispiel verdeutlicht die Berechnungsmethodik:

- Anzahl Personen 2025 Fachgebiet A (Bestand 2025): 13
- Anzahl Personen unter 66 Jahren 2030 Fachgebiet A: 8
- Anzahl Personen über 65 Jahren 2030 Fachgebiet A: 5

Der Inflow wird gemäss der nachfolgenden Formel berechnet:

$$\text{Inflow} = \frac{\text{Anzahl Weiterbildungstitel Fachgebiet A 2023}}{\text{Bestand Weiterbildungstitel Fachgebiet A 2022}} = \frac{16}{220} = 7.3 \%$$

Für einen Horizont von fünf Jahren entspricht dies einem Inflow von 36.4 Prozent (= 5 x 7.3 %). Für die Berechnung des prognostizierten Bestands im Jahr 2030 wird folgende Formel angewendet:

$$\begin{aligned} \text{Prognostizierter Bestand 2030} \\ &= 0.9 \times \text{Anzahl Personen unter 66} + 0.15 \times \text{Anzahl Personen über 65} + 0.364 \\ &\quad \times \text{Bestand 2025} = 12.68 \end{aligned}$$

Das Verhältnis des prognostizierten Bestands 2030 zum Bestand 2025 lautet:

$$\frac{\text{Prognostizierter Bestand 2030}}{\text{Bestand 2025}} = \frac{12.68}{13} = 0.97$$

Damit fällt der Gewichtungsfaktor für das Fachgebiet A folgendermassen aus:

$$\text{Gewichtungsfaktor Altersstruktur Fachgebiet A} = (1 - 0.97) + 1 = 1.03$$

**Datengrundlagen/Quellen:** Die Analysen stützen sich auf Daten der kantonalen Register der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, abgerufen per November 2023 mit Einzelfallbesprechung im April 2024 (vgl. Abschnitt Praxisambulanter Bereich, Kapitel 5). Für die Prognoseannahmen werden die FMH-Ärztestatistik (FMH 2024) und ein Bericht des Obsan zum zukünftigen Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzten in der Schweiz (Burla et al., 2023) herangezogen.

### **Gewichtungsfaktor Schnittstelle Grundversorgung Spezialversorgung**

**Inhalt:** Je nach Kanton können Schnittstellen zwischen ärztlichen Fachgebieten unterschiedlich organisiert sein, was nicht in den Versorgungsgraden abgebildet werden kann. In der GGR stellt die Schnittstelle zwischen der Grundversorgung und der Spezialversorgung gemäss Einschätzung der Leistungserbringer der Region im Rahmen der Arbeitsgruppen eine Besonderheit dar. Aufgrund der

<sup>24</sup> Um die Komplexität der Analyse nicht zusätzlich zu erhöhen, wurde darauf verzichtet, bereits einen prognostizierten Bestand für das Jahr 2025 (basierend auf Daten des Jahres 2024) zu berechnen.

<sup>25</sup> Der Gewichtungsfaktor Altersstruktur liegt minimal bei 1.0. Ein Gewichtungsfaktor unter 1.0 würde bedeuten, dass Fachgebiete mit vielen jungen Fachärztinnen und -ärzten eher reguliert werden sollten. Dies entspricht jedoch nicht der Logik der Berücksichtigung der Altersstruktur als Ausschlusskriterium von Fachgebieten mit vielen älteren Ärztinnen und Ärzten.

gewählten Versicherungsmodelle sowie dem hohen Anteil an Personen mit gesundheitsnahen Berufen wird davon ausgegangen, dass im Vergleich zu anderen Kantonen öfters der direkte Weg zum Spezialisten resp. zur Spezialistin gewählt wird. Damit fällt der Anteil der Kosten, welche normalerweise beim Hausarzt resp. bei der Hausärztin anfallen, in den Bereich der Spezialversorgung, was dort zu höheren Kosten führt.

Umsetzung: Die Identifikation dieser Besonderheit wurde in Zusammenarbeit mit verschiedenen Leistungserbringern der Region im Rahmen der Arbeitsgruppen vorgenommen. Die beiden kantonalen Behörden erarbeiteten diesen Gewichtungsfaktor mit Unterstützung der BSS Volkswirtschaftliche Beratung. Aufgrund der Resultate der Analysen sehen die beiden kantonalen Behörden keinen Gewichtungsfaktor vor und stellen diesen deshalb in den Anhängen 2 resp. 4 nicht dar.

Methodik: Es werden die Verhältniszahlen «Anzahl Konsultationen Spezialversorgung / Anzahl Konsultationen Grundversorgung» nach Spezialfachgebiet und Wohnkanton gebildet und anschliessend geprüft, ob die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft überdurchschnittliche hohe Werte aufweisen. So wird geprüft, ob bei jenen Spezialgebieten, wo man viele «direkte» Patientenkontakte erwartet, für die GGR tatsächlich eine Besonderheit besteht.

Datengrundlagen/Quellen: Datenpool und Tarifpool der SASIS AG, Jahr 2022.

### **Gewichtungsfaktor Patientenströme**

Inhalt: Im Bericht von Jörg et al. (2024, S. 50-51) wird der Gewichtungsfaktor wie folgt beschrieben: «Im Zusammenhang mit Patientenströmen lassen sich u. a. systemexterne (z. B. Arbeitsmobilität, Wochenaufenthalt, Zweitwohnungen und Tourismus) und systeminterne Faktoren (z. B. unzureichende Versorgung am Wohnort) unterscheiden. Systemexterne Faktoren für Patientenströme sind Beweggründe, die nicht mit dem Gesundheitssystem selbst zu tun haben. Wenn Pendlerinnen und Pendler Versorgungsangebote am Arbeitsort aufsuchen, weil es für sie praktischer ist, hat dies nichts mit dem Versorgungsangebot am Wohnort zu tun. Patientenströme aufgrund von systemexternen Faktoren sind häufig Ausdruck der persönlichen Präferenzen von Patientinnen und Patienten und somit aus versorgungsplanerischer Sicht unproblematisch. Patientenströme aufgrund von systeminternen Faktoren können hingegen mit Rücksicht auf die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung problematisch sein. Bei der Berechnung des Versorgungsgrads wird von den bestehenden Patientenströmen ausgegangen. Möchte ein Kanton in einer bestimmten Region steuernd auf bestimmte ausser- oder innerkantonale Patientenströme einwirken, so kann dies zumindest partiell mit dem Gewichtungsfaktor erfolgen.»

Umsetzung: Die GDK hat dem Obsan in Zusammenarbeit mit BSS ein Mandat erteilt, um «signifikante»<sup>26</sup> Patientenströme zu quantifizieren, die auf eine einseitige regionale Abhängigkeit hinweisen (Jörg & Kaiser, 2024). Aufgrund der Resultate des Mandats (vgl. Jörg & Kaiser, 2024) sehen die beiden kantonalen Behörden keinen Gewichtungsfaktor vor und stellen diesen deshalb in den Anhängen 2 und 4 nicht dar. Aus den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft gibt es keine «signifikanten» Patientenströme in Kantone ausserhalb der GGR. Die Ergebnisse weisen zwar darauf hin, dass es in einigen Fachgebieten «signifikante» Patientenströme vom Kanton Basel-Landschaft in den Kanton Basel-Stadt gibt (Jörg & Kaiser, 2024). Ausser in der Grundversorgung ist es aufgrund des Berichts aber nicht möglich zu unterscheiden, ob diese Patientenströme aus dem Bezirk Arles-

---

<sup>26</sup> Mit «signifikant» ist in diesem Zusammenhang nicht die statistische Signifikanz gemeint, sondern es beschreibt, dass die Patientenströme aufgrund der gewählten Indikatoren eine kritische Grösse aufweisen.



heim oder aus anderen Bezirken stammen. Patientenströme aus dem Bezirk Arlesheim in den Kanton Basel-Stadt werden als unproblematisch angesehen, da die Anbindung an die Stadt oft gleich schnell oder schneller ist, als bspw. nach Liestal. Bei regulierten Fachgebieten, in welchen der Bericht «signifikante» Patientenströme aufzeigt,<sup>27</sup> kann bei allen anderen basellandschaftlichen Bezirken mittels der Ausnahme von der Warteliste eine Zulassung erfolgen, falls es Hinweise gibt, dass dadurch ein regionaler Angebotsmangel entschärft oder behoben wird.

Aus Kantonen ausserhalb der GGR ergeben die Analysen folgende signifikante Patientenströme in die GGR: Aus den Kantonen Aargau und Solothurn jeweils in die Fachgebiete Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Jörg & Kaiser, 2024). Da die Grundversorgung nicht reguliert wird, hätten allfällige Massnahmen in den Kantonen Aargau und Solothurn keine Auswirkungen auf die Regulierungen in der GGR.

Methodik: Zur Identifikation «signifikanter» Patientenströme wurden Indikatoren und Kriterien definiert (Jörg & Kaiser, 2024, S. 3):

- «Outflow: Der Outflow bezeichnet das Ausmass des Leistungsvolumens von ambulanten ärztlichen Leistungen ausserhalb der Wohnregion der behandelten Patientinnen und Patienten.
- Exportindex: Der Exportindex bildet das Verhältnis zwischen Outflow und Inflow ab und gibt einen Hinweis dafür, wie einseitig die Versorgungsabhängigkeit zwischen zwei Regionen ist.
- Anteil praxisambulante Leistungen: Bestimmte ambulante Leistungen werden vorwiegend in Spitälern erbracht, weil sie an die Spitalinfrastruktur gebunden sind. Je geringer der Anteil des praxisambulanten Leistungsvolumens in einem Fachgebiet ist, umso unwahrscheinlicher ist es, dass interkantonale Patientenströme durch zusätzliche lokale Versorgungsangebote reduziert werden können.»

Anhand einer Sekundärdatenanalyse werden die «signifikanten» Patientenströme zwischen Kantonen (interkantonale Patientenströme) sowie zwischen Versorgungsregionen innerhalb desselben Kantons (innerkantonale Patientenströme) identifiziert.

Datengrundlagen/Quellen: Jörg et al. (2024). Alle Auswertungen seitens Obsan und BSS basieren auf dem Datenjahr 2022.

---

<sup>27</sup> Von den regulierten Fachgebieten sind dies die Orthopädie und die Oto-Rhino-Laryngologie (vgl. Jörg & Kaiser, 2024).

## A.2 Regulierungsfaktoren

Formel zur Berechnung des Regulierungsfaktors:

$$\text{Regulierungsfaktor} = \frac{\text{GGR Versorgungsgrad}}{\text{Produkt der GGR Gewichtungsfaktoren}}$$

Zur Berechnung des GGR Gewichtungsfaktors (GF) der Nicht-OKP-Leistungen werden die folgenden Bevölkerungszahlen verwendet (BFS 2024b):

- Ständige Wohnbevölkerung Kanton Basel-Landschaft per Ende Dezember 2023: 298'837
- Ständige Wohnbevölkerung Kanton Basel-Stadt per Ende Dezember 2023: 200'031
- Ständige Wohnbevölkerung GGR per Ende Dezember 2023: 498'868

Fachgebiete	Versorgungsgrade			GF Nationale Unter-/Überver-	GF Toleranzbereich	GF Nicht-OKP-Leistungen			GF Weiterbildungsfak-	GF Altersstruktur	Produkt GF	Regulierungsfaktor
	BL	BS	GGR	GGR	GGR	BL	BS	GGR	GGR	GGR	GGR	GGR
Anästhesiologie	80 %	94 %	86 %	0.96	1.10	1.00	1.00	1.00	1.02	1.19	1.27	0.68
Angiologie	128 %	121 %	125 %	0.97	1.10	1.00	1.00	1.00	1.03	1.03	1.12	1.12
Chirurgie	77 %	74 %	76 %	0.95	1.10	1.00	1.00	1.00	1.00	1.26	1.32	0.57
Dermatologie und Venerologie	103 %	99 %	101 %	1.00	1.09	1.00	1.00	1.00	1.05	1.19	1.37	0.74
Endokrinologie und Diabetologie	103 %	111 %	106 %	1.05	1.10	1.00	1.00	1.00	1.08	1.23	1.53	0.69
Gastroenterologie	112 %	94 %	105 %	0.97	1.09	1.00	1.00	1.00	1.01	1.16	1.23	0.85
Hämatologie	101 %	102 %	102 %	0.96	1.10	1.00	1.00	1.00	1.07	1.00	1.14	0.89
Handchirurgie	124 %	126 %	125 %	0.97	1.10	1.01	1.00	1.01	1.02	1.00	1.10	1.14
Infektiologie	121 %	69 %	100 %	0.96	1.10	1.00	1.00	1.00	1.06	1.00	1.12	0.89

Kardiologie	93 %	85 %	90 %	0.96	1.09	1.00	1.00	1.00	1.03	1.00	1.08	0.83
Kinderchirurgie	59 %	50 %	55 %	1.00	1.10	1.00	1.00	1.00	1.00	1.02	1.12	0.49
Medizinische Onkologie	91 %	83 %	88 %	0.96	1.10	1.00	1.01	1.00	1.01	1.08	1.15	0.76
Nephrologie	72 %	49 %	62 %	0.96	1.10	1.00	1.00	1.00	1.05	1.00	1.12	0.56
Neurochirurgie	44 %	41 %	43 %	1.00	1.10	1.00	1.00	1.00	1.02	1.09	1.22	0.35
Neurologie	97 %	96 %	97 %	0.98	1.10	1.00	1.00	1.00	1.03	1.01	1.12	0.87
Nuklearmedizin	106 %	117 %	110 %	1.00	1.10	1.00	1.00	1.00	1.10	1.00	1.21	0.91
Ophthalmologie	115 %	107 %	112 %	0.96	1.08	1.00	1.00	1.00	1.04	1.13	1.22	0.92
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates	120 %	124 %	122 %	0.96	1.09	1.00	1.00	1.00	1.01	1.05	1.11	1.09
Oto-Rhino-Laryngologie	137 %	124 %	132 %	0.97	1.10	1.00	1.00	1.00	1.04	1.14	1.26	1.05
Pathologie	105 %	102 %	104 %	1.00	1.10	1.00	1.00	1.00	1.02	1.02	1.14	0.91
Physikalische Medizin und Rehabilitation	124 %	108 %	117 %	0.96	1.10	1.00	1.00	1.00	1.00	1.24	1.32	0.89
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	149 %	107 %	132 %	0.96	1.10	1.00	1.00	1.00	1.02	1.00	1.09	1.22
Pneumologie	97 %	93 %	95 %	1.05	1.10	1.00	1.00	1.00	1.03	1.14	1.35	0.70
Radiologie	105 %	95 %	101 %	0.95	1.08	1.00	1.00	1.00	1.02	1.01	1.06	0.95
Radio-Onkologie und Strahlentherapie	54 %	70 %	60 %	1.00	1.10	1.00	1.00	1.00	1.00	1.50	1.64	0.37
Rheumatologie	133 %	124 %	129 %	1.05	1.10	1.00	1.00	1.00	1.04	1.31	1.59	0.82
Urologie	97 %	93 %	95 %	0.97	1.10	1.00	1.00	1.00	1.04	1.01	1.11	0.86

Tabelle A2 Gewichtungsfaktoren (GF) und Berechnung der Regulierungsfaktoren (diverse Datenquellen, s. Anhänge A.1 und A.2, Versorgungsgrade gemäss EDI-Verordnung)

## A.3 Fragebogen zur Erhebung des spitalambulanten ärztlichen Angebots

Für die Umsetzung der VZH werden die nachfolgend in Tabelle A3.1 und A3.2 aufgeführten Variablen im Rahmen eines Excels erhoben.

<b>Grundlagen</b>	Um die Daten elektronisch weiterverarbeiten zu können, bitten wir Sie, das Formular entsprechend dieser Anleitung auszufüllen und keine Mutationen an der Vorlage anzubringen. Eine ausführlichere Anleitung ist dem Schreiben beigelegt. Die Daten legen die Grundlage zur Ermittlung des ambulanten, ärztlichen Angebots (basierend auf Art. 55a KVG sowie der Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich). Es werden nur Fachgebiete berücksichtigt, für welche das Bundesamt für Gesundheit Versorgungsgrade zur Verfügung stellt.
<b>Administrative Angaben</b>	
BUR Nr.	Gemäss Krankenhausstatistik (KS)
<b>Methodische Angaben</b>	
Verwendete Methode: Tätigkeitserhebung oder REKOLE	Bitte wählen Sie aus den Antwortmöglichkeiten "REKOLE" oder "Tätigkeitserhebung" diejenige Methode für die Aufteilung der ambulanten, stationären und allfälligen weiteren Leistungen wie Lehre und Forschung, die verwendete Methode aus.
Verwendete Zeiteinheit: Stichtag oder Zeitraum	Bitte wählen Sie aus den Antwortmöglichkeiten "Stichtag" oder "Zeitraum" diejenige Zeiteinheit aus, welche Sie verwendet haben. Bei der Angabe der Anzahl Mitarbeitenden ist unabhängig von der gewählten Zeiteinheit immer der Stichtag 31.12.2023 anzugeben.
<b>Tabelle</b>	
VZÄ	Bitte geben Sie die Summe der im ambulanten Bereich durchschnittlich geleisteten VZÄ aller im Zeitraum vom 01.01.23 - 31.12.23 oder der am Stichtag 31.12.2023 geleisteten VZÄ aller ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel an. Dabei sind nur im Spital angestellte Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel zu berücksichtigen, d.h. ohne ausschliesslich für Lehre und Forschung tätige Ärztinnen und Ärzte sowie ohne Ärztinnen und Ärzte die nicht zuhanden der OKP abrechnen.
Vakante VZÄ	Bitte geben Sie die den Durchschnittswert der vakanten VZÄ des Zeitraums vom 01.01.23 - 31.12.23 oder zum Stichtag 31.12.2023 je Facharztbereich an. Die angegebenen Vakanzen müssen nachweislich ausgeschrieben oder bereits besetzt, jedoch noch nicht angetreten sein. Das Budgetieren und neu Ausschreiben einer Stelle ist in diesem Sinne nicht als Vakanz zu verstehen. Dabei sind nur Vakanzen von im Spital angestellten Ärztinnen und Ärzten mit Facharztstitel zu berücksichtigen, d.h. ohne ausschliesslich für Lehre und Forschung tätige Ärztinnen und Ärzte sowie ohne Ärztinnen und Ärzte die nicht zuhanden der OKP abrechnen.
Anzahl Mitarbeitende	Bitte geben Sie die Summe der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte am Stichtag 31.12.2023 an. Dabei sind nur im Spital angestellte Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel zu berücksichtigen, d.h. ohne ausschliesslich für Lehre und Forschung tätige Ärztinnen und Ärzte sowie ohne Ärztinnen und Ärzte die nicht zuhanden der OKP abrechnen.
Durchschnittlicher ambulanter Anteil	Bitte geben Sie hier den durchschnittlichen Anteil ambulanter Tätigkeit aller im entsprechenden Fachgebiet berücksichtigten Mitarbeitenden an.

Tabelle A3.1 Anleitung für die Erhebung der tätigen Ärzteschaft und deren ambulant geleisteten Vollzeitäquivalente



Name Betrieb:		BUR NR. Betrieb:		
Verwendete Methode: Tätigkeitserhebung oder REKOLE		Verwendete Zeiteinheit: Stichtag oder Zeitraum		
Facharzttitel	VZÄ: Summe der durchschnittlich im ambulanten Bereich geleisteten VZÄ aller im Zeitraum vom 01.01.2023-31.12.2023 (Durchschnitt) oder am Stichtag 31.12.2023 tätigen Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel	Vakante VZÄ: Durchschnittswert der vakanten VZÄ des Zeitraums vom 01.01.2023-31.12.2023 oder am Stichtag 31.12.2023 im ambulanten Bereich	Anzahl Mitarbeitende: Summe der am Stichtag 31.12.2023 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel	Durchschnittlicher ambulanter Anteil (d.h. ohne stationäre Tätigkeit und ohne Lehre und Forschung)
Anästhesiologie				
Angiologie				
Chirurgie				
Dermatologie und Venerologie				
Endokrinologie und Diabetologie				
Gastroenterologie				
Hämatologie				
Handchirurgie				
Infektiologie				
Kardiologie				
Kinderchirurgie				
Medizinische Onkologie				
Nephrologie				
Neurochirurgie				
Neurologie				
Nuklearmedizin				
Ophthalmologie				
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates				
Oto-Rhino-Laryngologie				

Pathologie				
Physikalische Medizin und Rehabilitation				
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie				
Pneumologie				
Radiologie				
Radio-Onkologie und Strahlentherapie				
Rheumatologie				
Urologie				
<b>Total</b>				

Tabelle A3.2 Erhebung der tätigen Ärzteschaft und deren ambulant geleisteten Vollzeitäquivalente (VZÄ)

## A.4 Kantonale Gewichtungsfaktoren

Fachgebiete	Toleranzbereich		Nicht-OKP-Leistungen		Nationale Unter-/Übersorgung	
	BL	BS	BL	BS	BL	BS
Angiologie	1.10	1.10	1.00	1.00	0.97	0.97
Handchirurgie	1.10	1.10	1.01	1.00	0.97	0.97
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates	1.09	1.09	1.00	1.00	0.96	0.96
Oto-Rhino-Laryngologie	1.10	1.10	1.00	1.00	0.97	0.97
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	1.10	1.10	1.00	1.00	0.96	0.96

Tabelle A4 Kantonale Gewichtungsfaktoren (diverse Datenquellen, s. Anhang A.1)

## A.5 Auflistung regulierte Fachgebiete und Höchstzahlen

In der Tabelle A5 werden die regulierten Fachgebiete sowie die Bestandteile der Berechnung der Höchstzahl dargestellt, die basierend auf der folgenden Formel berechnet wird:

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

Regulierte Fachgebiete	Versorgungsgrad		Tatsächliche VZÄ		Gewichtungsfaktor		Höchstzahl	
	BL	BS	BL	BS	BL	BS	BL	BS
Angiologie	128 %	121 %	7.27	10.34	1.07	1.07	6.0	9.1
Handchirurgie	124 %	126 %	17.08	11.87	1.08	1.07	14.8	10.0
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates	120 %	124 %	94.49	91.60	1.05	1.05	82.8	77.7
Oto-Rhino-Laryngologie	137 %	124 %	30.51	26.10	1.07	1.07	23.8	22.5
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	149 %	107 %	3.10	12.97	1.06	1.06	2.2	12.8

Tabelle A5 Auflistung der regulierten Fachgebiete und Höchstzahlen (Datenquellen: Versorgungsgrade gemäss EDI-Verordnung, Tatsächliche VZÄ: diverse Datenquellen, s. Kapitel 5 Methode zur Erfassung des ambulanten, ärztlichen Angebots, Gewichtungsfaktor: Entspricht dem Produkt der einzelnen kantonalen Gewichtungsfaktoren gemäss Tabelle A4)