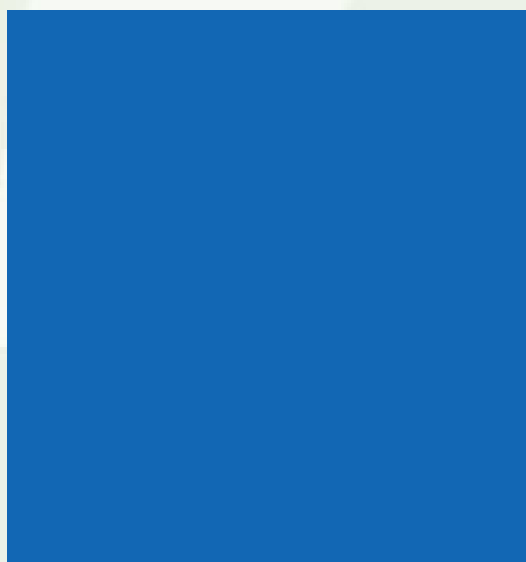


BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Forschungsprogramm KVG II

*Wirkungsanalyse
Bedürfnisabhängige
Zulassungsbeschränkungen für neue
Leistungserbringer (Art. 55a KVG)*

Forschungsbericht Nr. 3/04



BSV /
OFAS /
UFAS /

*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Ufficio federal de las aseguraciones sociales*

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten und Forschungsbereiche zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autoren: Christian Rüefli; Gianna Monaco
Büro Vatter, Politikforschung & -beratung
Gerberngasse 27
3011 Bern
Tel: +41 (0) 31 312 65 75
Fax +41 (0) 31 312 92 65
E-mail: <mailto:vatter@buerovatter.ch>

Auskünfte: Daniel Wiedmer
Bundesamt für Gesundheit
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031 324 07 37
E-mail: daniel.wiedmer@bag.admin.ch

ISBN: 3-905340-98-4

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, CH - 3003 Bern
<http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen>

Bestellnummer: [318.010.3/04d](#)

Forschungsprogramm KVG II

Wirkungsanalyse
Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung
für neue Leistungserbringer (Art. 55a KVG)

Schlussbericht

Christian Rüefli

lic. rer. soc.

Mitarbeit:

Gianna Monaco

lic. sc. pol./DEA en management et
analyse de politiques publiques

Vorwort

Im Rahmen der 1. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) beschloss das Parlament am 24. März 2000 eine ausserordentliche, zeitlich befristete Kostensteuerungsmassnahme, die sich nach Bedarfskriterien richtet. Der Bundesrat machte von seiner Kompetenz im neuen Artikel 55a Gebrauch und verabschiedete die Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Verordnung trat am 4. Juli 2002 in Kraft und läuft am 3. Juli 2005 aus.

Für den Vollzug dieser Massnahme sind gemäss Verordnung die Kantone verantwortlich. Sie können ihren Entscheid über die Einführung eines Zulassungstopps sehr differenziert fällen, indem sie die Beschränkung nur für einzelne Kategorien von Leistungserbringern oder für bestimmte Regionen verfügen.

Im Rahmen der KVG-Wirkungsanalyse soll eine Forschungsarbeit Aufschluss darüber geben, wie die Kantone diese Massnahme konkret umsetzen und welche Auswirkungen feststellbar sind. Im Brennpunkt stehen dabei die medizinische Versorgung in den Regionen, qualitative und quantitative Aspekte, aber auch die Auswirkungen der Massnahme auf die berufliche Karriere der Ärzte (im ambulanten und Spitalbereich).

Eine solche Analyse ist nach wie vor aktuell. Seit das Parlament in der Wintersession 2003 die 2. KVG-Teilrevision scheitern liess, hat der Bundesrat verschiedene KVG-Reformschritte angekündigt, darunter als Folgemassnahme des Zulassungstopps die Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern mit entsprechenden Leitplanken. Die in den drei Jahren mit dem Zulassungstopp gemachten Erfahrungen bilden dabei ein solides Erfahrungsfundament.

Raffaella Miccoli
Bundesamt für Gesundheit
Kranken- und Unfallversicherung

Avant-propos

Le 24 mars 2000, le Parlement a adopté, dans le cadre de la 1^{ère} révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), une mesure de maîtrise des coûts extraordinaire, limitée dans le temps, axée sur la notion de besoin. Le Conseil fédéral a fait usage de la compétence qui lui donnait cette nouvelle disposition (art. 55a) en adoptant l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Cette ordonnance est entrée en vigueur le 4 juillet 2002 et est valable jusqu'au 3 juillet 2005.

Aux termes de cette ordonnance, les cantons sont responsables de son application. Ils ont la possibilité de moduler leur décision de façon très nuancée, dans la mesure où ils peuvent ne geler les admissions que pour certaines catégories de fournisseurs ou pour certaines régions.

Dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal, un mandat de recherche a été lancé afin de savoir, d'une part, comment les cantons ont concrètement appliqué cette mesure et, d'autre part, pour en connaître les effets. Les chercheurs se sont penchés en particulier sur les effets de cette mesure quant à la couverture en soins dans les régions, en termes qualitatifs et quantitatifs et quant à son incidence sur la carrière médicale (ambulatoire et hospitalière).

Cette analyse est plus que jamais d'actualité. En effet, après le rejet de la 2^{ème} révision partielle de la LAMal par le Parlement lors de la session d'hiver 2003, le Conseil fédéral a fait savoir que, entre autres réformes nécessaires de la LAMal, il serait opportun, comme mesure succédant au gel des admissions, d'introduire un modèle de liberté contractuelle entre assureurs et fournisseurs de prestations comportant des garde-fous. A cet égard, on pourra certainement tirer profit de l'expérience acquise durant les trois années du gel des admissions.

Raffaella Miccoli
Office fédéral de la santé publique
Assurance-maladie et accidents

Premessa

Il 24 marzo 2000 il Parlamento ha adottato, nel quadro della 1a revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), un provvedimento straordinario per il contenimento dei costi limitato nel tempo e fondato sulla nozione di fabbisogno. Il Consiglio federale ha fatto uso delle competenze conferitegli da questa nuova disposizione (art. 55a) adottando l'ordinanza sulla limitazione dell'autorizzazione all'esercizio di nuovi fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. L'ordinanza è entrata in vigore il 4 luglio 2002 e sarà valida fino al 3 luglio 2005.

Responsabili dell'applicazione dell'ordinanza sono, ai sensi della stessa, i Cantoni, le cui decisioni potranno essere molto differenziate, dato che le autorizzazioni possono essere bloccate solo per alcune categorie di fornitori di prestazioni e solo in alcune regioni.

Nel quadro dell'analisi degli effetti della LAMal è stato commissionato uno studio degli effetti e delle modalità d'applicazione concrete del provvedimento da parte dei Cantoni. I ricercatori si sono in particolare concentrati sugli effetti del provvedimento, in termini quantitativi e qualitativi, relativamente alla copertura sanitaria nelle regioni, nonché sulla sua incidenza sulle carriere mediche (ambulatoriali ed ospedaliere).

Questa analisi è più che mai d'attualità. Infatti, dopo che il Parlamento ha respinto la 2a revisione parziale della LAMal durante la sessione invernale 2003, il Consiglio federale ha fatto sapere che tra le riforme della LAMal necessarie sarebbe opportuno introdurre, come provvedimento successivo al blocco delle autorizzazioni, un modello di libertà di contrarre tra assicuratori e fornitori di prestazioni che contempra delle limitazioni. Al riguardo si potrà certamente trarre profitto dall'esperienza acquisita durante i tre anni del blocco delle autorizzazioni.

Raffaella Miccoli

Ufficio federale della sanità pubblica

Assicurazione malattie e infortuni

Foreword

On 24 March 2000 the Swiss parliament approved a measure for controlling extraordinary costs as part of the 1st partial revision of the Sickness Insurance Act (SIA). This measure is of a limited duration and is based on necessity. The Federal Council used the competence allotted to it under Art. 55a of the new measure to approve an ordinance on restricting the authorisation to practise for people providing services which are paid for under compulsory sickness insurance. This ordinance came into force on 4 July 2002 and is valid until 3 July 2005.

Under the terms of the ordinance the cantonal authorities are responsible for implementing it. They have a certain degree of freedom with regard to their decisions insofar as they may restrict registration only for certain categories of service providers or for certain regions.

As part of the analysis of the effects of the SIA a research study was commissioned with a view to determining, on the one hand, how the cantonal authorities have in fact applied the ordinance and, on the other, what effects this measure has had. The researchers paid particular attention to the effects of this measure with regard to the quantitative and qualitative level of service provided regionally, as well as to how it is affecting medical careers (in both the outpatient and inpatient sectors).

This analysis is very much up-to-date. In effect, after parliament rejected the 2nd partial revision of the SIA during the 2003 winter session, the Federal Council announced that, among other necessary changes in the SIA, it would be appropriate, as a subsequent measure to the restriction on authorisations, to introduce a contractual freedom model between the insurance companies and the service providers which included guidelines. In this connection it will definitely be possible to learn from the experience gained during the three-year period in which authorisations have been restricted.

Raffaella Miccoli

Swiss Federal Office of Public Health

Sickness and Accident Insurance Department

Inhalt

Inhalt	i
Tabellenverzeichnis.....	iv
Abbildungsverzeichnis.....	vi
Abkürzungsverzeichnis.....	vii
Zusammenfassung	ix
Résumé	xvii
Riassunto.....	xxv
Summary	xxxiii
1 Einführung.....	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Auftrag und Fragestellungen.....	2
1.3 Aufbau des Berichts	3
2 Wirkungsmodell und Analysekonzept.....	5
2.1 Wirkungsebenen und Untersuchungsgegenstände.....	5
2.2 Vollzugsanalyse.....	7
2.3 Wirkungsanalyse.....	9
2.4 Kontextuelle Einflussfaktoren auf die Untersuchungsgegenstände	11
2.5 Wirkungsmodell zur Analyse des Vollzugs und der Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung	15
2.6 Methode und empirisches Vorgehen	16
2.7 Bemerkungen zur Datenlage	16
2.7.1 Datenlage im ambulanten Bereich	17
2.7.2 Datenlage im stationären Bereich	18
3 Die Vollzugspraxis der Kantone.....	21
3.1 Die Zulassung von Medizinalpersonen zur Berufsausübung und zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	21
3.2 Die Beschlussfassung zur Umsetzung der Zulassungsbeschränkung in den Kantonen.....	22
3.3 Übersicht und Vergleich der getroffenen kantonalen Regelungen.....	24
3.3.1 Beschluss und Inkraftsetzung der Vollzugsverordnungen	25
3.3.2 Ausgestaltung der Zulassungsregelungen: Erfasste Kategorien und Ausnahmezulassungen	26
3.3.3 Regelung von Kantonswechselln	31
3.4 Die Vollzugspraxis der Kantone	31
3.4.1 Veränderung der Bewilligungspraxis zur Berufsausübung.....	31

3.4.2	Gemeinsame oder separate Gesuchstellung	32
3.4.3	Prüfungs- und Entscheidungsinstanzen	33
3.4.4	Stellungnahmen vor Zulassungsentscheiden.....	34
3.4.5	Gebühr für Zulassungsentscheid	35
3.4.6	Beurteilungskriterien.....	36
3.4.7	Kontrollmechanismen.....	37
3.4.8	Beschwerdeinstanz und -verfahren	38
3.5	Die Zulassungspraxis der Kantone.....	39
3.5.1	Bei den Kantonen eingegangene BAB-Gesuche.....	39
3.5.2	Umgang mit BAB-Gesuchen während der Übergangsphase.....	43
3.5.3	Von den Kantonen erteilte Berufsausübungsbewilligungen	45
3.5.4	Zulassungsentscheide der Kantone	47
4	Fallstudien	51
4.1	Auswahl der Modellkantone.....	51
4.2	Aufbau der Fallstudien	51
4.3	Kanton Luzern	52
4.3.1	Einführung	52
4.3.2	Umsetzungsphase und Handhabung der Verordnung	53
4.3.3	Gestaltung der Übergangsphase	54
4.3.4	Auswirkungen auf das ambulante Versorgungsangebot	55
4.3.5	Auswirkungen auf die Ärzteschaft.....	57
4.3.6	Auswirkungen auf den Spitalbereich.....	58
4.3.7	Kostenwirkungen	61
4.3.8	Fazit	62
4.4	Kanton Waadt	64
4.4.1	Introduction	64
4.4.2	La législation cantonale	66
4.4.3	La phase de transition.....	68
4.4.4	Effets sur l'offre de soins ambulatoires	69
4.4.5	Effets sur les médecins.....	71
4.4.6	Effets sur le secteur hospitalier	72
4.4.7	Effets sur les coûts.....	75
4.4.8	Conclusions	77
4.4	Kanton Zürich	78
4.4.1	Einführung	78
4.4.2	Umsetzung und Handhabung der Zulassungsverordnung	80
4.4.3	Gestaltung der Übergangsphase.....	82
4.4.4	Auswirkungen auf das ambulante Versorgungsangebot	83

4.4.5 Auswirkungen auf die Ärzteschaft.....	85
4.4.6 Auswirkungen auf den Spitalbereich.....	86
4.4.7 Kostenwirkungen	88
4.4.8 Fazit	89
5 Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung.....	93
5.1 Auswirkungen auf das ambulante Versorgungsangebot.....	93
5.1.1 Quantitative Auswirkungen.....	93
5.1.2 Qualitative Auswirkungen	96
5.1.3 Auswirkungen auf die delegierten Leistungsgeber.....	97
5.2 Auswirkungen auf die Ärzteschaft	97
5.2.1 Ärzte in Spitalanstellung.....	98
5.2.2 Niedergelassene Ärzte.....	100
5.3 Auswirkungen auf den Spitalbereich	100
5.4 Kostenwirkungen der Zulassungsbeschränkung.....	102
5.4.1 Verlauf der Kostenentwicklung	102
5.4.2 Erklärung der Kostenentwicklung.....	105
5.5 Weitere Auswirkungen	106
5.5.1 Erteilung von Weiterbildungstiteln durch die FMH.....	106
5.5.2 Beschwerdeverfahren auf Kantons- und Bundesebene.....	107
6 Synthese und Schlussfolgerungen	109
6.1 Beantwortung der Ausgangsfragen	109
6.1.1 Vollzug von Art. 55a KVG	109
6.1.2 Wirkungen von Art. 55a KVG	110
6.2 Schlussfolgerungen.....	116
Literatur.....	121
In den Fallstudien verwendete Dokumente	123
Fallstudie Luzern:.....	123
Fallstudie Waadt:	124
Fallstudie Zürich:	124
Liste der Gesprächspartner	125
Nationale Ebene:	125
Fallstudie Luzern:.....	125
Fallstudie Waadt:	125
Fallstudie Zürich:	126
Anhang 1: Liste der kantonalen Umsetzungserlasse	127
Anhang 2: Fragebogen der Kantonsbefragung	128

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mehrebenen-Differenzierung des Policy cycles und Untersuchungsgegenstände	6
Tabelle 2: Beschliessende Instanz, Datum des Beschlusses und des Inkrafttretens.....	25
Tabelle 3: Gründe für Ausnahmezulassungen	27
Tabelle 4: Veränderung der Bewilligungspraxis zur Berufsausübung	32
Tabelle 5: Verfahren bei der Gesuchstellung	32
Tabelle 6: Prüfungsinstanz bei Zulassungsgesuchen.....	33
Tabelle 7: Entscheidungsinstanz bei Zulassungsgesuchen.....	34
Tabelle 8: Mögliche Stellungnahmen vor Zulassungsentscheiden.....	34
Tabelle 9: Gebühr für Zulassungsentscheid.....	35
Tabelle 10: Beurteilungskriterien bei der Zulassung von Leistungserbringern.....	36
Tabelle 11: Kontrollmechanismen	37
Tabelle 12: Gesetzliche Grundlage des Beschwerdeverfahrens und Beschwerdeinstanz	38
Tabelle 13: Beschwerdeverfahren gegen die Zulassungsbeschränkung bzw. -entscheide	39
Tabelle 14: Bewilligungspflichtige ärztliche Tätigkeiten	40
Tabelle 15: Von den Kantonen erteilte Berufsausübungsbewilligungen für Ärzte 1995-2001	41
Tabelle 16: Bei den Kantonen eingegangene BAB-Gesuche 2002.....	42
Tabelle 17: Umgang mit BAB-Gesuchen zwischen Juni und dem 3. Juli 2002	43
Tabelle 18: Umgang mit BAB-Gesuchen zwischen Juni und dem 3. Juli 2002	44
Tabelle 19: Umgang mit BAB-Gesuchen nach Inkrafttreten des kantonalen Umsetzungserlasses.....	45
Tabelle 20: Anzahl an Ärzten erteilte Berufsausübungsbewilligungen 2002	46
Tabelle 21: Von santésuisse ausgestellte ZSR-Nummern für Ärzte	49
Tabelle 22: Entwicklung des ärztlichen Versorgungsangebots im Kanton Luzern 1995-2002	52

Tabelle 23: Entwicklung der beim Kanton Luzern eingereichten BAB-Gesuche 2001 und 2002.....	55
Tabelle 24: Aufnahme frei praktizierender Ärzte in die Luzerner Ärztegesellschaft.....	56
Tabelle 25: Praxisschliessungen im Kanton Luzern 1998-2002	56
Tabelle 26: Kosten für ärztliche Leistungen und Kosten pro Arzt (Krankenversicherung; in Fr.) im Kanton Luzern 1999-2002	61
Tabelle 27: Entwicklung des ärztlichen Versorgungsangebots im Kanton Zürich 1995-2002	79
Tabelle 28: Mitgliederentwicklung der AGZ 1995-2003	84
Tabelle 29: Kosten für ärztliche Leistungen und Kosten pro Arzt (Krankenversicherung; in Fr.) im Kanton Zürich 1999-2002	88
Tabelle 30: Entwicklung der Ärztezahlen in der Schweiz.....	94
Tabelle 31: Kosten der ärztlichen Leistungserbringung und Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 1999-2002, in Fr.....	103

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stufen der Politikgenerierung und -umsetzung (modifiziert nach Knoepfel / Bussmann 1997: 70)	5
Abbildung 2: Wirkungsmodell zur Analyse der Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung	15
Abbildung 3: Entwicklung der Arztkosten und der Ärztezahl im Kanton Luzern 1999-2002, indexiert (1999 = 100)	62
Abbildung 4: Entwicklung der Arztkosten und der Ärztezahl im Kanton Zürich 1999-2002, indexiert (1999 = 100)	89
Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit in der Schweiz 1995-2002	94
Abbildung 6: Entwicklung der Arztkosten und der Ärztezahl in der Schweiz 1999-2002, indexiert (1999 = 100)	104

Abkürzungsverzeichnis

AG	Kanton Aargau
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
APS	Année Politique Suisse
AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
AS	Amtliche Sammlung des Bundesrechts
ASMAV	Association suisse des médecins-assistants/chefs de cliniques - section du canton de Vaud
BAB	Berufsausübungsbewilligung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BE	Kanton Bern
BFS	Bundesamt für Statistik
BL	Kanton Basel-Landschaft
BS	Kanton Basel-Stadt
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CDS	Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires
CRASS	Conférence romande des affaires sanitaires et sociales
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale (ici: du canton du Vaud)
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EU	Europäische Union
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum/Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FPMG	Bundesgesetz betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 19. Dezember 1877 (SR 811.11)
FR	Kanton Freiburg
GD	Gesundheitsdirektion (hier: des Kantons Zürich)
GAV	Gesamtarbeitsvertrag
GE	Kanton Genf
GL	Kanton Glarus
GR	Kanton Graubünden
GRSP	Groupement romand des services de santé publique
GSD	Gesundheits- und Sozialdepartement (hier: des Kantons Luzern)
HMO	Health Maintenance Organisation
IV	Invalidenversicherung
JU	Kanton Jura

KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)
LAMal	Loi sur l'assurance maladie
LE	Leistungserbringer
LU	Kanton Luzern
MV	Militärversicherung
NE	Kanton Neuenburg
NW	Kanton Nidwalden
OKP	obligatorische Krankenpflegeversicherung
OW	Kanton Obwalden
SDK	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
SG	Kanton St. Gallen
SH	Kanton Schaffhausen
SO	Kanton Solothurn
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SVMED	Société vaudoise de médecine
SZ	Kanton Schwyz
TG	Kanton Thurgau
TI	Kanton Tessin
UE	Union Européenne
UR	Kanton Uri
UV	Unfallversicherung
VD	Kanton Waadt
Vo	Verordnung
VS	Kanton Wallis
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte
VZK	Verband Zürcher Krankenhäuser
ZG	Kanton Zug
ZGDK	Zentralschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz
ZH	Kanton Zürich
ZSR	Zahlstellenregister

Zusammenfassung

Ausgangslage

Die vorliegende Studie untersucht den Vollzug und die Wirkungen der bedürfnisabhängigen Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer. Gestützt auf Art. 55a KVG erliess der Bundesrat am 3. Juli 2002 eine Verordnung, welche den Kantonen die Möglichkeit eröffnete, die Zulassung von ambulanten Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auf die in den Verordnungsanhängen enthaltenen Höchstzahlen bzw. –dichten zu beschränken. Die Kantone können die von der Zulassungsbeschränkung betroffenen Kategorien von Leistungserbringern festlegen und bei Unterversorgung Ausnahmezulassungen vornehmen und so die Zulassungsbeschränkung differenziert und auf die spezifische kantonale Situation bezogen umsetzen. Die Massnahme ist auf drei Jahre befristet.

Während die Kantone nach wie vor gesundheitspolizeiliche Berufsausübungsbewilligungen für Medizinalpersonen ausstellen, sofern die dazu notwendigen Bedingungen erfüllt sind, entscheiden sie seit Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung auch darüber, ob Leistungserbringer, die im betreffenden Kanton aktiv werden wollen, zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen werden. Als Beurteilungskriterien dienen die Höchstzahlen der Bundesratsverordnung. Durch die Einzelfallprüfung bei Ausnahmezulassungen verfügen die Kantone über ein neues Instrument zur Steuerung der Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich, indem sie einerseits auf die fachliche Zusammensetzung des Versorgungsangebots, andererseits auf die regionale Verteilung der Leistungserbringer Einfluss nehmen können.

Vorgehen

Eine Bestandsaufnahme der kantonalen Umsetzungserlasse und eine standardisierte Kantonsbefragung, bei der 24 der 26 Kantone antworteten, ermöglichen einen systematischen Überblick über die Ausgestaltung der kantonalen Vollzugsregelungen und deren Anwendung sowie über die Entwicklung der Zulassungsgesuche zur Berufsausübung bzw. zur Tätigkeit zulasten der OKP. Mittels qualitativer Fallstudien in drei Kantonen (Luzern, Waadt und Zürich) wurden die Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf das ambulante Versorgungsangebot, die Ärzteschaft und den Arztberuf, den Spitalbereich und die Kostenentwicklung vertieft untersucht. Dazu wurden Interviews mit Exponenten verschiedener Akteurguppen (Gesundheitsbehörden, Ärzteverbände, Spitalverbände) geführt.

Die kantonale Vollzugspraxis

Die Vollzugsanalyse zeigt, dass die Kantone bei der Ausarbeitung der Umsetzungserlasse im Rahmen der vier Regionalkonferenzen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) eine relativ enge Zusammenarbeit pflegten. Dementsprechend fallen die grundsätzliche Ausgestaltung der kantonalen Verordnungen und die Zulassungskriterien innerhalb der SDK-Regionen weitgehend homogen aus. Im Vollzug pflegen einzig die Westschweizer Kantone einen Informationsaustausch, die übrigen Kantone handeln weitgehend autonom.

Bis Ende 2003 wenden 25 der 26 Kantone Art. 55a KVG an und haben eine Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer eingeführt. Ausser in Genf, wo das Gesundheitsamt Weisungen erlassen hat, und im Kanton Nidwalden, der die Bundesratsverordnung direkt anwendet, erfolgte die Umsetzung überall in Form einer regierungsrätlichen Verordnung. Im Kanton Tessin ist ein Gesetz zur Einführung der Zulassungsbeschränkung in Arbeit. Nur die Kantone Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Uri und Zug wenden die Zulassungsbeschränkung auf alle ambulanten Leistungserbringer an, die übrigen Kantone beschränken sie auf alle Ärztekategorien.

Die Zulassungsbeschränkung ist in der Regel so ausgestaltet, dass ÄrztInnen, die erst nach dem 3. Juli 2002 die kantonalen Kriterien zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung erfüllt haben oder diese erst danach beantragt haben, nur noch im Ausnahmefall zugelassen werden. Dies gilt auch für bereits niedergelassene Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit in einen anderen Kanton verlegen, sofern sie dort eine neue Berufsausübungsbewilligung beantragen müssen. Ausnahmezulassungen können in der Regel bei Unterversorgung, bei der Übernahme einer bestehenden Praxis und für die privatärztliche Tätigkeit bei Spitalanstellung, in diversen Kantonen auch aus spezifischen weiteren Gründen, z.B. für die Tätigkeit in einer HMO, erfolgen. Dabei findet sich eine breite Vielfalt von konkreten Kriterien und Bedingungen, die unterschiedlich restriktiv ausgestaltet sind.

Die Kantone stützen ihre Zulassungsentscheide auf unterschiedliche Grundlagen ab. Rund die Hälfte der Kantone wenden neben den in der Bundesratsverordnung enthaltenen Höchstzahlen und –dichten eigene Kriterien an. Sieben Kantone (AG, BL, BS, GL, GR, SH, ZH) orientieren sich explizit am Status quo des 3. Juli 2002 und verzichten ausser in Ausnahmefällen während der Geltungsdauer der Zulassungsbeschränkung konsequent auf jegliche Neuzulassungen. Die übrigen Kantone prüfen im Einzelfall, ob die jeweiligen Zulassungskriterien erfüllt sind oder nicht, und fällen den entsprechenden Entscheid.

Die Zulassungspraxis der Kantone

Nachdem Anfang Juni 2002 der Verordnungsentwurf für die Zulassungsbeschränkung den Kantonen und den Verbänden der Leistungserbringer vorgestellt wurde, setzte eine Welle

von Gesuchen für kantonale Berufsausübungsbewilligungen (BAB) ein, da sich möglichst viele der potenziell betroffenen Medizinalpersonen die Zulassung vorsorglich sichern wollten. Die Ankündigung der Zulassungsbeschränkung führte dazu, dass im Jahr 2002 ungefähr dreieinhalbmal so viele BAB-Gesuche bei den Kantonen eingingen als im Durchschnitt der Vorjahre. Drei Viertel der schätzungsweise rund 2100 bis 2400 Gesuche stammten allein aus dem Monat Juni. Die Bearbeitung der Anträge hatte bei den Kantonen intensiven Mehraufwand zur Folge und stellte eine zusätzliche Belastung der zuständigen Behörden dar. Die genaue Anzahl altrechtlich erteilter BAB konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht verlässlich eruiert werden.

santésuisse erteilt die zur Abrechnung zulasten der OKP nötigen Zahlstellenregisternummern (ZSR-Nummern). Im Jahr 2002 gingen schätzungsweise 2615 Anträge von ÄrztInnen für eine ZSR-Nummer ein. In dieser Zahl sind allerdings auch Personen enthalten, die bereits vor 2002 eine kantonale BAB erhalten hatten und erst später eine Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung aufnehmen wollten. Die Zahl neu erteilter ZSR-Nummern betrug 2002 insgesamt 1183, was dem rund dreieinhalbfachen Volumen der Vorjahre entspricht. 2003 wurden bis im November 646 ZSR-Nummern erteilt, was einen Rückgang auf das Ausgangsniveau darstellt. Dabei gilt es zu beachten, dass zwischen der Erteilung der BAB, der Zulassung durch santésuisse und der Praxiseröffnung jeweils mehrere Monate oder Jahre vergehen können und nicht alle zugelassenen ÄrztInnen letztlich auch praktizieren.

Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf das ambulante Versorgungsangebot

Die bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für Leistungsgeber hat bis Ende 2002 weder zu einem Abbau noch zu einem Stillstand im ambulanten Versorgungsangebot geführt. Die künftige Entwicklung der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit hängt davon ab, wie viele Medizinalpersonen Anspruch auf eine altrechtliche Zulassung haben, da sie vor Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung ein entsprechendes Gesuch stellten, und in Zukunft eine Praxistätigkeit aufnehmen.

Die Entwicklung des ambulanten Versorgungsangebots in der Schweiz ist von einer wachsenden Spezialisierung und zunehmender Konzentration in städtischen Regionen geprägt, während die Grundversorgung und ländliche Gebiete für die ÄrztInnen zunehmend unattraktiv erscheinen. Da die Zulassungsbeschränkung Praxisübergaben erschwert, sehen sich insbesondere Grundversorger und Landpraxen zunehmend mit Nachwuchsproblemen konfrontiert.

Obwohl die Kantone mit der Zulassungsbeschränkung ein Instrument zur Steuerung der fachlichen und regionalen Zusammensetzung des ambulanten Versorgungsangebots erhalten haben, können sie dieses nur beschränkt anwenden, da beim Niederlassungsentscheid der ÄrztInnen nach wie vor und zunehmend wirtschaftliche Erwägungen und Attraktivitätsüberlegungen ausschlaggebend sind, und nicht die Verfügbarkeit einer frei werdenden Praxis.

Dadurch können die bisherigen Tendenzen der Spezialisierung und der Urbanisierung durch die Kantone kaum beeinflusst werden.

Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf die Ärzteschaft und den Arztberuf

In den Augen der Ärzteschaft nimmt die Attraktivität des Arztberufs aufgrund der gesundheitspolitischen Entwicklung der letzten Jahre laufend ab. Die Zulassungsbeschränkung hat bei der Ärzteschaft in Weiterbildung eine erhöhte Verunsicherung ausgelöst, das bestehende Frustrationspotenzial weiter vergrössert und dürfte diverse Personen zu einer Neuausrichtung ihrer beruflichen Karriere veranlasst haben. Diese besteht vorwiegend darin, den Gang in die Selbständigkeit zu verschieben und die Weiterbildung fortzusetzen. Dies wiederum führt nicht nur zu einem höheren Durchschnittsalter der niedergelassenen ÄrztInnen, sondern fördert auch die zunehmende Spezialisierung und fachliche Differenzierung der medizinischen Versorgung.

Da die Anstellung im Gegensatz zur Selbständigkeit höhere Erwartungssicherheit bietet und verbesserte Arbeitsbedingungen im Spital absehbar sind, wenden sich ÄrztInnen vermehrt der Tätigkeit im stationären Bereich zu. Es werden konsequenterweise eine längere Verweildauer und eine sinkende Fluktuation von ÄrztInnen in Spitalanstellungen festgestellt. Die Zulassungsbeschränkung hat diese Tendenz nicht ausgelöst, wohl aber weiter verstärkt.

Setzt sich diese Institutionalisierung der Medizin weiter fort, ist mittel- bis längerfristig eine Verlagerung der ärztlichen Tätigkeit vom ambulanten auf den stationären Bereich zu erwarten in dem Sinne, dass sich das Leistungsvolumen in der freien Praxis stabilisiert, jenes im Spitalbereich hingegen zunimmt. Findet eine derartige Akzentverschiebung statt, dürfte sich das aktuell geltend gemachte Ungleichgewicht zwischen ambulanter Überversorgung und dem Bedarf an zusätzlichen Ärzten in den Spitälern allmählich korrigieren. Die Ärztedichte würde dadurch nicht sinken, aber weniger stark zunehmen.

Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf den Spitalbereich

Auf die Spitäler hatte die Zulassungsbeschränkung bisher keine konkret feststellbaren Auswirkungen. Aufgrund des aus verschiedenen anderen Gründen erhöhten Stellenbedarfs konnte ein Ärztestau von vornherein vermieden werden. Zwar beantragten überdurchschnittlich viele Assistenz- und Oberärzte eine kantonale Berufsausübungsbewilligung, die Spitäler stellten jedoch keine ausserordentliche Fluktuation bzw. keine Abwanderung in die freie Praxis fest. In Privatspitälern kam es aufgrund der durch die Zulassungsbeschränkung erschwerten Umstände bei der Personalrekrutierung in Einzelfällen zu Problemen.

In den Kantonen sind verschiedene Bestrebungen zu verzeichnen, die auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Spitälern abzielen. Die meisten davon stehen in Zusammen-

hang mit der anstehenden Arbeitszeitreduktion für Assistenzärzte per 1. Januar 2005. In einigen Kantonen wurden in den letzten Jahren zwischen dem VSAO und den Kantonsbehörden Abkommen über die Arbeitsbedingungen geschlossen und wird die Arbeitszeit schrittweise reduziert. Die Zulassungsbeschränkung hat nicht zur vermehrten Schaffung von Spitalfacharztstellen geführt, sondern allenfalls lediglich das Interesse einzelner Personen an dieser Anstellungsform geweckt.

Grundsätzlich ist nicht davon auszugehen, dass Art. 55a KVG in direkter Weise zur Attraktivitätssteigerung des stationären Bereichs beigetragen hat. Die Zulassungsbeschränkung hat keinen Einfluss auf die diversen bereits ergriffenen und laufenden Massnahmen ausgeübt.

Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf die Kostenentwicklung

Zwischen 1999 und 2002 hat sich das Wachstum der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Bereich der ärztlichen Leistungen verlangsamt. Es ist davon auszugehen, dass dieser Trend zwar mit einer schwächeren Zunahme der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit in Zusammenhang steht, diese jedoch eher die Fortsetzung der bisherigen Entwicklung darstellt, und nicht eine Folge der Zulassungsbeschränkung. In einer kurzfristigen Betrachtung ist deshalb der Massnahme eine neutrale Kostenwirkung zu attestieren.

Eine Dämpfung des Kostenwachstums im ambulanten Bereich erscheint dann möglich, wenn während der Geltungsdauer der Zulassungsbeschränkung weniger ÄrztInnen eine Praxistätigkeit aufnehmen, als dies ohne diese Massnahme der Fall gewesen wäre. Angesichts der vielen vorsorglichen Zulassungen im Jahr 2002 und der unbekanntem Zahl noch hängiger altrechtlicher Gesuche ist die Unsicherheit zu gross, um eine prospektive Einschätzung vorzunehmen.

Schlussfolgerungen

Die Befunde zu den Auswirkungen der bedürfnisabhängigen Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern führen zu folgenden Schlussfolgerungen:

- *Fehlende Indikatoren zur Erfassung der ambulanten Versorgungssituation:* Es konnten bisher kaum aussagekräftige Indikatoren gefunden werden, welche das Leistungsangebot im ambulanten Bereich verlässlich abbilden können. Dies erschwert eine objektive Beurteilung der Versorgungssituation sowie die Abschätzung und Planung des ambulanten Versorgungsbedarfs. Mangels Bedarfskriterien erfolgte die Umsetzung der bedürfnisabhängigen Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern, indem die meisten Kantone ihre Versorgungslage als ausreichend bezeichneten, den Status quo, d.h. die zum Zeitpunkt des Erlasses vorhandene Anzahl Leistungserbringer, als Ausgangspunkt definierten

und ein Moratorium von Neuzulassungen bis 2005 erliessen. Dieser rein numerische Indikator weist allerdings die zentrale Schwäche auf, dass er das variable Arbeitsvolumen der einzelnen Leistungserbringer nicht berücksichtigt, da dieses nur schwer eruiierbar und deshalb nicht bekannt ist.

- *Nur wenig differenzierte Umsetzung der Zulassungsbeschränkung:* In allen Kantonen wird die Zulassungsbeschränkung pauschal auf die ganze Ärzteschaft angewandt, ohne zwischen einzelnen Fachkategorien zu unterscheiden. In der Zentralschweiz sind ihr alle ambulanten Leistungserbringer unterstellt. Die Möglichkeit der differenzierten Umsetzung der Bundesratsverordnung wurde damit nur beschränkt genutzt. Den Kantonen fehlen die Grundlagen für eine differenzierte Beurteilung der Versorgungssituation und darauf basierende Bedarfsabklärungen. Für sie ist es einfacher, die Ärzteschaft als Ganzes der Zulassungsbeschränkung zu unterstellen und im Einzelfall über Ausnahmezulassungen wegen Unterversorgung zu entscheiden, als auf Verordnungsstufe nach Fachbereichen differenzierte Zulassungsregimes auszuarbeiten.
- *Kantonal differenzierte Handhabung von Ausnahmezulassungen:* Auf der Ebene der Ausgestaltung der Zulassungsbeschränkung findet sich in den kantonalen Umsetzungserlassen eine breite Vielfalt von Detailregelungen. Insbesondere die Gründe für Ausnahmezulassungen und der Detaillierungsgrad der Nebenbedingungen variieren mitunter stark. Innerhalb der SDK-Regionalkonferenzen ist eine gewisse Homogenität festzustellen. Gleichzeitig passten jedoch diverse Kantone die Zulassungsregelungen den spezifischen Bedürfnissen einzelner Institutionen (Spitäler, HMOs) oder lokalen Eigenheiten an. In dieser Hinsicht machten die Kantone vom bestehenden Spielraum weitgehend Gebrauch.
- *Fehlende Möglichkeit der Versorgungssteuerung durch kantonale Zulassungsregelungen:* Das Instrument der Ausnahmezulassung ermöglicht es den Kantonen, die Versorgungslage hinsichtlich der regionalen Konzentration und der fachlichen Spezialisierung der ärztlichen Leistungserbringer zu beeinflussen. Dieses neue Steuerungsinstrument konnte bisher jedoch keine Wirkung entfalten, da zum einen nur wenige Ausnahmezulassungen wegen Unterversorgung beantragt wurden, und zum anderen die Zulassungsbeschränkung zu wenig starke Anreize enthält, um ÄrztInnen zur Eröffnung oder Übernahme einer Praxis in einer als unattraktiv empfundenen Region zu bewegen.
- *Noch keine direkten Wirkungen der Zulassungsbeschränkung beobachtbar:* In einer kurzfristigen Betrachtung sind noch keine Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf das ambulante Versorgungsangebot festzustellen. Die von der Massnahme ausgelösten Verhaltensänderungen haben sich zum Teil noch nicht eingestellt oder schlagen sich noch nicht in den statistischen Daten nieder. Im Jahr 2002 ist eine Fortsetzung und teilweise Verstärkung bereits bestehender Tendenzen (rückläufige Zuwachsrate der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit, Konzentration der Ärzte in urbanen Gebieten, höhere Speziali-

sierung, Institutionalisierung der Medizin) zu beobachten. Diese stehen jedoch kaum in Zusammenhang mit der Zulassungsbeschränkung, sondern gehen primär auf kontextuelle Faktoren (Mentalitätswandel der Ärzteschaft, unsichere Rahmenbedingungen der freien Praxis, verbesserte Arbeitsbedingungen im stationären Bereich) zurück.

- *Künftige Entwicklung vom Verhalten der altrechtlich zugelassenen Ärzte abhängig:* Da infolge der vorgängigen Ankündigung der Zulassungsbeschränkung eine grosse Zahl von Medizinalpersonen noch vor deren Erlass eine kantonale BAB beantragte und damit Anrecht auf die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP erhielt, ist es möglich, dass die potenziellen Wirkungen, d.h. insbesondere die Plafonierung bzw. Reduktion der Anzahl ambulanter Leistungserbringer, bereits im Voraus neutralisiert wurden. Die weitere Entwicklung des ambulanten Versorgungsangebots hängt davon ab, wie viele ärztliche Leistungserbringer noch eine altrechtliche Zulassung erlangten, und wie viele davon sich in freier Praxis niederlassen werden.
- *Starke psychologische Wirkung auf Ärzteschaft:* Die Zulassungsbeschränkung stiess innerhalb der Ärzteschaft auf heftige Kritik und löste hauptsächlich unter den in Spitälern tätigen ÄrztInnen Verunsicherung und Frustration aus. Aus ihrer Sicht trägt die Zulassungsbeschränkung zur weiteren Verschlechterung der zunehmend als unattraktiv empfundenen Rahmenbedingungen der freien Berufsausübung bei und hat viele ÄrztInnen veranlasst, ihre Lebens- und Karriereplanung zu überdenken und sich neu zu orientieren. Die Zulassungsbeschränkung ist nicht die Ursache dieser Entwicklung, hat sie jedoch mit beeinflusst. Die Neuorientierung kann zu einem Berufswechsel, zur Fortsetzung der Weiterbildung und damit zur stärkeren Spezialisierung oder zu einer verstärkten Nachfrage nach Tätigkeiten in Anstellungsverhältnissen führen. Das verstärkte Bedürfnis nach Teilzeitarbeit und die steigende Bedeutung der Lebensqualität können auch zur Folge haben, dass frei praktizierende ÄrztInnen ihre Arbeitszeit reduzieren und dadurch das Leistungsvolumen im ambulanten Bereich insgesamt abnimmt.
- *Kein Einfluss der Zulassungsbeschränkung auf Entwicklungen im Spitalwesen:* In der stationären Leistungserbringung sind verschiedene Reformbemühungen zu beobachten, wie die Reduktion der Arbeitszeit für Assistenzärzte oder die Propagierung des Modells der Spitalfachärzte. Ein direkter Einfluss der Zulassungsbeschränkung auf diese Entwicklungen konnte nicht festgestellt werden. Es wurden weder neue Stellen geschaffen noch vermehrt Spitalfachärzte eingestellt oder die ambulante Leistungserbringung in den Spitälern ausgebaut, um allfällige Folgen der Zulassungsbeschränkung zu kompensieren. Ebenso sind weder Anzeichen für eine Abwanderung von Spitalärzten in die freie Praxis noch für einen Ärztestau in den Spitälern festzustellen.
- *Kostendämpfung durch Zulassungsbeschränkung möglich, aber unwahrscheinlich:* Es ist von einem positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit

und der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszugehen. Daneben sind jedoch auch andere, insbesondere auch nachfrageseitige Faktoren bestimmend für das Volumen der ärztlichen Leistungserbringung und die daraus entstehenden Kosten. Dass die Zulassungsbeschränkung zu einer Dämpfung des Kostenwachstums führt, erscheint unter den Voraussetzungen, dass sowohl die Anzahl frei praktizierender ÄrztInnen als auch deren Leistungsvolumen abnimmt, möglich. Angesichts der ungewissen künftigen Entwicklung der ambulanten Versorgungssituation und der fehlenden Anzeichen für eine Veränderung des Nachfrageverhaltens ist jedoch nicht davon auszugehen, dass diese Voraussetzungen in absehbarer Zeit eintreten.

- *Wirkungsanalyse 2005 sinnvoll:* Die vorliegende Untersuchung konnte bisher keine konkreten Wirkungen der Zulassungsbeschränkung feststellen, da zwischen ihrem Inkrafttreten und den dadurch hervorgerufenen Verhaltensänderungen eine zu geringe zeitliche Distanz besteht, um deren Ergebnisse zu beobachten, und für 2003 noch keine statistischen Daten vorliegen. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, zur vertieften Analyse der eingetretenen Wirkungen zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Studie durchzuführen, wenn sich die Verhaltensänderungen konsolidiert haben und die statistischen Daten zur Verfügung stehen, um die sich daraus ergebenden Entwicklungen darstellen und analysieren zu können.

Résumé

Situation initiale

La présente étude analyse l'application de la limitation, subordonnée à un besoin, de l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations et ses effets. Sur la base de l'art. 55a LAMal, le Conseil fédéral a adopté le 3 juillet 2002 une ordonnance donnant aux cantons la possibilité de limiter les admissions de fournisseurs de prestations ambulatoires qui pratiquent à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il a, dans ce but, fixé des seuils (nombres et densités) dans les annexes de l'ordonnance. Les cantons peuvent désigner les catégories de fournisseurs de prestations touchées par cette mesure et prévoir des admissions exceptionnelles en cas de couverture en soins insuffisante ; ils peuvent ainsi adapter le gel des admissions à la situation cantonale spécifique.

Bien que les cantons continuent de délivrer aux professionnels de la santé, dans la mesure où les conditions requises sont remplies, des autorisations de police sanitaire de pratiquer, ils décident également, depuis l'entrée en vigueur de la limitation des admissions, si les fournisseurs de prestations voulant être actifs dans les cantons concernés sont admis à pratiquer à la charge de l'AOS. Les plafonds définis dans l'ordonnance du Conseil fédéral servent alors de critères. En examinant chaque cas séparément lors d'admissions exceptionnelles, les cantons disposent d'un nouvel instrument pour influencer le système de soins dans le secteur ambulatoire : ils peuvent ainsi agir, d'une part sur la répartition par spécialisation des soins dispensés, d'autre part sur la répartition par région des fournisseurs de prestations.

Procédure

Une évaluation des dispositions cantonales d'application ainsi qu'une enquête standardisée menée auprès des cantons – à laquelle 24 des 26 cantons ont répondu – permettent d'avoir une vue d'ensemble systématique sur deux plans : les dispositions cantonales et leur application, ainsi que l'évolution des demandes concernant l'autorisation à pratiquer à la charge de l'AOS. Des études qualitatives de cas réalisées dans trois cantons (Lucerne, Vaud et Zurich) ont permis d'examiner en profondeur les effets entraînés par la limitation des admissions sur l'offre de soins ambulatoires, le corps médical et la profession de médecin, le domaine hospitalier et l'évolution des coûts. De plus, les représentants de différents groupes d'acteurs (autorités de la santé publique, associations de médecins et d'hôpitaux) ont été interrogés.

Les pratiques cantonales en matière d'application de l'ordonnance

D'après l'analyse de l'application, les cantons ont collaboré entre eux de manière relativement étroite dans le cadre des quatre conférences régionales de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) pour édicter leurs dispositions concernant l'application. La structure des réglementations cantonales ainsi que les critères d'admission est donc très homogène dans les régions de la CDS. Les cantons romands procèdent à des échanges d'informations, alors que les autres cantons agissent de manière plus indépendante.

Fin 2003, sur les 26 cantons interrogés, 25 avaient appliqué l'art. 55a LAMal et limité les admissions de nouveaux fournisseurs de prestations. A l'exception de Genève, dont l'office de la santé a édicté des directives, et du canton de Nidwald, qui applique directement l'ordonnance du Conseil fédéral, l'application s'est effectuée partout sous la forme d'une réglementation de l'exécutif. Au Tessin, une loi portant sur l'introduction de la limitation des admissions est en cours. Seuls les cantons de Lucerne, Nidwald, Obwald, Schwyz, Uri et Zoug appliquent le gel des admissions à tous les fournisseurs de prestations ambulatoires, les autres cantons se limitant à toutes les catégories de médecins.

Le principe du gel des admissions est le suivant : les médecins n'ayant rempli les critères cantonaux pour pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ou déposé leur demande qu'après le 3 juillet 2002 ne seront admis que dans des cas exceptionnels. Cette règle s'applique également aux fournisseurs de prestations établis qui se déplacent dans un autre canton, dans la mesure où ils doivent demander dans ce dernier une nouvelle autorisation de pratiquer. En principe, des admissions exceptionnelles peuvent être accordées en cas de couverture en soins insuffisante, de reprise d'un cabinet et de pratique privée dans un hôpital, ainsi que, dans divers cantons, pour d'autres raisons spécifiques, comme par exemple la pratique au sein d'un HMO. On trouve une multitude de conditions et de critères concrets, plus ou moins restrictifs.

Les cantons fondent leurs décisions d'admission sur des bases différentes. Environ la moitié ont leurs propres critères en plus des seuils (nombres et densités) fixés par l'ordonnance du Conseil fédéral. Sept cantons (AG, BL, BS, GL, GR, SH, ZH) se conforment explicitement au *statu quo* du 3 juillet 2002 et renoncent, sauf exception, à toute nouvelle admission pendant la durée de validité du gel des admissions. Les autres cantons examinent pour chaque cas si les critères sont remplis ou non et décident en conséquence.

Les pratiques cantonales en matière d'admission

La présentation début juin du projet d'ordonnance sur la limitation des admissions aux cantons et aux associations de fournisseurs de prestations a provoqué une vague de demandes

d'octroi d'une autorisation de pratiquer ; la plupart des professionnels de la santé susceptibles d'être touchés par la limitation voulaient en effet se garantir une admission anticipée. Suite à l'annonce du gel des admissions, les demandes d'octroi d'une autorisation de pratiquer enregistrées dans les cantons en 2002 ont été trois fois et demies plus nombreuses que la moyenne des années précédentes. Les trois quarts des demandes (total estimé entre 2100 et 2400) ont été déposées en juillet. L'examen des demandes a engendré pour les cantons un énorme surplus de travail et une surcharge pour les autorités compétentes. La présente étude n'a pas pu déterminer le nombre exact d'autorisations de pratiquer accordées selon l'ancien droit.

Les numéros d'enregistrement (no reg.) nécessaires à la comptabilisation à la charge de l'AOS sont attribués par santésuisse. On estime à 2615 le nombre de médecins ayant demandé un numéro d'enregistrement. Toutefois, ce chiffre comprend également les personnes qui ont reçu une autorisation cantonale de pratiquer avant 2002 mais qui ne voulaient commencer que plus tard de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. Au total, 1183 numéros d'enregistrement ont été attribués en 2002, soit trois fois et demies le volume de l'année précédente. 646 numéros d'enregistrement ont été attribués entre janvier et novembre 2003, ce qui dénote un recul de ces demandes. Quoi qu'il en soit, il convient de relever que plusieurs mois, voire plusieurs années, peuvent s'écouler entre l'attribution d'une autorisation de pratiquer, l'admission par santésuisse et l'ouverture du cabinet ; de plus, tous les médecins ayant reçu une autorisation ne pratiquent pas toujours.

Conséquences de la limitation des admissions sur l'offre de soins ambulatoires

La limitation de l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations subordonnée à un besoin n'a occasionné ni diminution ni interruption de l'offre de soins ambulatoires. L'évolution future du nombre de médecins installés en cabinet privé dépendra du nombre de professionnels de la santé ayant droit à une admission selon l'ancien droit puisque ces personnes ont déposé leur demande avant l'entrée en vigueur de la limitation des admissions et n'ouvriront que plus tard leur cabinet.

L'évolution de l'offre de soins ambulatoires en Suisse est caractérisée par une augmentation de la spécialisation, d'une part, et de la concentration dans les régions urbaines, d'autre part ; en revanche, les médecins sont de moins en moins attirés par les soins de base et les régions rurales. Comme la limitation des admissions complique la reprise d'un cabinet, les fournisseurs de base et les cabinets ruraux ont de plus en plus de difficultés à assurer la relève.

Bien que la limitation des admissions soit un nouvel instrument à la disposition des cantons pour maîtriser la répartition des soins ambulatoires par spécialisation et par région, ceux-ci ne peuvent l'utiliser que de façon limitée. En effet, lorsque les médecins décident de s'établir,

ils continuent d'être confrontés à des considérations d'ordre économique et au degré d'attractivité, plutôt qu'à la seule disponibilité du cabinet qui se libère. Ainsi, les cantons n'ont guère de prise sur la tendance à la spécialisation et à l'urbanisation.

Conséquences de la limitation des admissions sur le corps médical et la profession de médecin

Aux yeux des membres du corps médical, l'évolution de la politique de santé ces dernières années rend la profession de médecin moins attrayante. Le gel des admissions a exacerbé les sentiments d'insécurité et de frustration parmi les médecins en formation postgraduée et probablement amené diverses personnes à réorienter leur carrière professionnelle. Cette réorientation consiste notamment à retarder l'accès à un statut d'indépendant en prolongeant la formation. Ce phénomène a plusieurs conséquences : les médecins sont plus âgés lorsqu'ils s'établissent, ils se spécialisent davantage et les soins sont de plus en plus spécifiques.

Comme le statut d'employé, à l'inverse du statut d'indépendant, offre une garantie plus élevée en ce qui concerne les attentes et que l'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux est à l'ordre du jour, les médecins se tournent davantage vers le domaine hospitalier. On constate effectivement davantage de stabilité et moins de fluctuations chez les médecins employés dans les hôpitaux. Si le gel des admissions n'est pas à l'origine de cette tendance, il l'a néanmoins accentuée.

Si la médecine continue à s'institutionnaliser, il faut s'attendre, à moyen ou à long terme, à un transfert de l'activité médicale du secteur ambulatoire au domaine hospitalier, c'est-à-dire à ce que le volume des prestations en cabinet se stabilise et que celui du domaine hospitalier augmente. L'équilibre entre la couverture ambulatoire excédentaire et le nombre insuffisant de médecins dans les hôpitaux pourrait alors se rétablir progressivement. La densité des médecins ne diminuerait pas vraiment, mais augmenterait un peu moins.

Conséquences de la limitation des admissions sur le domaine hospitalier

Aucune conséquence concrète n'a pu être constatée jusqu'à présent sur les hôpitaux. En raison du besoin accru de places de travail, pour diverses raisons, une densité excédentaire de médecins a pu être évitée dès le début. Si le nombre de médecins-assistants et de chefs de clinique ayant demandé une autorisation cantonale de pratiquer est supérieur à la moyenne, les hôpitaux n'ont pourtant constaté ni fluctuation particulière ni exode des médecins pour une activité en cabinet privé. Dans des cas particuliers, la limitation des admissions a pu confronter certains établissements hospitaliers privés à des problèmes de recrutement du personnel.

On observe au niveau cantonal différents efforts visant à améliorer les conditions de travail dans les hôpitaux. La plupart de ces efforts sont liés à la réduction du temps de travail des

médecins-assistants prévue à partir du 1^{er} janvier 2005 ; ces dernières années, les autorités de certains cantons ont conclu avec l'ASMAC des accords sur les conditions de travail pour le réduire par étapes. Le gel des admissions n'a pas entraîné la création de places de travail pour des spécialistes dans les hôpitaux mais tout au plus éveillé l'intérêt de certaines personnes pour des emplois dans ces derniers.

En principe, on ne peut supposer que l'art. 55a LAMal ait directement contribué à rendre le domaine hospitalier plus attrayant. La limitation des admissions n'a pas influencé les différentes mesures prises ou en cours.

Conséquence de la limitation des admissions sur l'évolution des coûts

L'augmentation des coûts de l'assurance obligatoire des soins au titre des prestations médicales s'est ralentie de 1999 à 2002. On peut supposer que cette tendance est certes liée à une faible augmentation du nombre de médecins pratiquant en cabinet, mais qu'elle s'inscrit dans l'évolution actuelle plutôt qu'elle n'est la conséquence du gel des admissions. Pour une évaluation à court terme, l'incidence de cette mesure sur les coûts est donc réputée neutre.

Freiner la croissance des coûts dans le secteur ambulatoire semble donc possible si, pendant la durée de validité du gel des admissions, le nombre de médecins ouvrant leur propre cabinet est inférieur à ce qu'il aurait été sans cette mesure. Vu le nombre d'admissions anticipées accordées en 2002 et le nombre inconnu de demandes encore pendantes déposées selon l'ancien droit, la marge d'incertitude est trop importante pour permettre une estimation prospective.

Conclusions

Les observations faites sur les effets de la limitation de l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations subordonnée à la clause du besoin conduisent aux conclusions suivantes :

- *Manque d'indicateurs pour examiner la situation des soins ambulatoires* : on n'a guère trouvé d'indicateurs pertinents qui reflèteraient de façon fiable l'offre de prestations dans le secteur ambulatoire. Cette lacune complique un examen objectif de la situation ainsi que l'estimation et la prévision du besoin dans le secteur en question. Faute de critères prouvant le besoin, puisque la plupart des cantons ont jugé suffisant le niveau de leur couverture en soins, le gel des admissions de nouveaux fournisseurs de prestations a été appliqué de la manière suivante : les cantons ont adopté le *statu quo* (c'est-à-dire le nombre des fournisseurs de prestations lors de l'entrée en vigueur de l'ordonnance) et institué un moratoire sur les nouvelles admissions jusqu'en 2005. Purement numérique, cet indicateur présente toutefois une faiblesse fondamentale, à savoir qu'il ne tient pas compte du

volume variable de travail de chaque fournisseur de prestations, qui est difficile à définir et donc inconnu.

- *Peu de différences dans l'application de la limitation des admissions* : tous les cantons ont appliqué la limitation des admissions à tout le corps médical sans faire de distinction entre les catégories de spécialistes. En Suisse centrale, tous les fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire sont soumis à cette mesure. Les cantons n'ont que peu recouru à la possibilité de procéder à une application différenciée de l'ordonnance du Conseil fédéral. Il leur manque les données nécessaires à une évaluation nuancée de la situation des soins ambulatoires permettant l'examen des besoins. Il leur est plus facile de soumettre à la limitation des admissions le corps médical dans son ensemble et de procéder ensuite à des admissions exceptionnelles si la couverture en soins est insuffisante plutôt que de prévoir, dans des réglementations cantonales, des régimes d'admission différents selon le domaine de spécialisation.
- *Différences entre cantons quant aux admissions exceptionnelles* : au niveau de la structure du gel des admissions, les dispositions cantonales concernant l'application divergent dans leur manière de régler les détails. Les raisons justifiant une admission exceptionnelle ainsi que le degré de précision des conditions supplémentaires varient parfois fortement. On constate une certaine homogénéité au sein des conférences régionales de la CDS. Dans le même temps, divers cantons ont néanmoins adapté les réglementations d'admission aux besoins spécifiques d'institutions (hôpitaux, HMO) ou aux caractéristiques locales. A cet égard, les cantons ont largement tiré parti de la marge de manœuvre dont ils disposent.
- *Possibilités insuffisantes pour influencer la couverture en soins par des dispositions cantonales* : la possibilité de procéder à des admissions exceptionnelles permet aux cantons d'influencer la situation quant à la concentration régionale et la spécialisation des médecins. Ce nouvel instrument n'a cependant eu aucun effet jusqu'à présent : d'une part, seules quelques admissions exceptionnelles ont été demandées au titre de couverture en soins insuffisante, et, d'autre part, la limitation des admissions incite trop peu les médecins à ouvrir ou à reprendre un cabinet dans une région considérée comme inattractive.
- *Aucun effet direct constaté pour l'instant* : une évaluation à court terme montre qu'il n'y a encore aucune conséquence de la limitation des admissions sur l'offre de soins ambulatoires. Les changements de comportement auxquels on pouvait s'attendre avec le gel des admissions n'ont pas encore tous eu lieu ou n'apparaissent pas encore dans les statistiques. En 2002, les tendances se sont poursuivies, voire renforcées (baisse du taux de croissance du nombre de médecins en cabinet privé, concentration des médecins dans les régions urbaines, taux élevé de spécialisation, institutionnalisation de la médecine). Celles-ci ne sont pourtant que peu liées au gel des admissions ; au contraire, elles remontent

en premier lieu à des facteurs contextuels (changement de mentalité au sein du corps médical, conditions précaires en cas d'activité en cabinet, amélioration des conditions de travail dans le domaine hospitalier).

- *Evolution future tributaire du comportement des médecins admis selon l'ancien droit* : en raison de l'annonce préalable du gel des admissions, un grand nombre de professionnels de la santé a demandé, avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance, une autorisation cantonale de pratiquer et reçu ainsi le droit à l'admission de pratiquer à la charge de l'AOS. Il est donc possible que les conséquences potentielles – en particulier le plafonnement ou la réduction du nombre de fournisseurs de prestations ambulatoires – aient été neutralisées d'avance. L'évolution ultérieure de l'offre de soins ambulatoires dépend du nombre de médecins qui a obtenu une admission selon l'ancien droit et, parmi eux, de ceux qui ouvriront un cabinet.
- *Impact psychologique important sur le corps médical* : le gel des admissions s'est heurté à de violentes critiques au sein du corps médical et suscité, surtout parmi les médecins pratiquant dans les hôpitaux, des sentiments d'insécurité et de frustration. Selon eux, le gel des admissions favorise la détérioration des conditions de l'activité en cabinet, qui est déjà de plus en plus ressentie comme inattrayante, ce qui a amené de nombreux médecins à revoir leurs projets de vie et leurs plans de carrière et à se réorienter. Si la limitation des admissions n'est pas la cause de cette évolution, il a cependant contribué à l'influencer. Une réorientation peut conduire à un changement de profession, au prolongement de la formation et, ainsi, à une plus forte spécialisation ou à une augmentation de la demande de postes liés à un contrat. Le besoin accru en temps partiel et l'importance croissante de la qualité de vie peuvent amener les médecins installés en cabinet à réduire leur temps de travail, diminuant ainsi le volume des prestations ambulatoires dans son ensemble.
- *Aucune conséquence sur l'évolution du domaine hospitalier* : différents efforts de réforme ont été entrepris au niveau des prestations fournies dans le domaine hospitalier, comme la réduction du temps de travail pour les médecins-assistants ou la progression du modèle de médecin hospitalier. Aucune conséquence directe du gel des admissions n'a pu être observée sur cette évolution : on n'a pas cherché à compenser cette mesure par la création de nouveaux postes ou de postes de médecins hospitaliers ni à augmenter la fourniture des prestations ambulatoires à l'hôpital. De la même manière, aucun indice n'indiquant un exode des médecins hospitaliers pour une activité en cabinet ou une densité excédentaire de médecins dans les hôpitaux.
- *Freiner les coûts en limitant les admissions : possible, mais peu probable* : on peut supposer une corrélation positive entre le nombre de médecins pratiquant en cabinet et l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire de soins. Toutefois, d'autres facteurs, notamment du côté de la demande, sont également décisifs pour déterminer le volume

des prestations médicales et les frais qui en résultent. Il semble possible que la limitation des admissions contribue à freiner la croissance des coûts, pour autant que le nombre de médecins installés, ainsi que le volume des prestations qu'ils fournissent, diminuent. Cependant, l'évolution future de la situation des soins ambulatoires étant incertaine et les indices indiquant une modification du comportement du côté de la demande inexistant, on ne peut s'attendre à ce que ces conditions soient remplies dans un proche avenir.

- *Analyse des effets 2005 judiciaire* : la présente étude n'a relevé aucune conséquence concrète entraînée par le gel des admissions jusqu'à présent ; en effet, le temps entre son entrée en vigueur et les changements de comportement qui en découlent est trop court pour en observer les résultats ; de plus, les données statistiques ne sont pas encore disponibles pour 2003. C'est pourquoi, il semble judicieux de réaliser une nouvelle étude à une date ultérieure, en vue d'analyser en profondeur les effets enregistrés entre-temps ; lorsque les changements de comportement se seront consolidés et que les données statistiques seront disponibles, cette nouvelle étude permettra d'examiner et d'analyser l'évolution qui en ressortira.

Riassunto

Situazione iniziale

Il presente studio analizza l'applicazione e gli effetti della limitazione delle autorizzazioni in funzione del bisogno per i nuovi fornitori di prestazioni. Il 3 luglio 2002 il Consiglio federale ha emanato in virtù dell'articolo 55a LAMal un'ordinanza che permette ai Cantoni di limitare alle quantità o alle densità previste negli allegati dell'ordinanza le autorizzazioni per i fornitori di prestazioni ambulatoriali ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I Cantoni possono stabilire le categorie di fornitori di prestazioni interessate dalla limitazione delle autorizzazioni e, in caso di carenza, provvedere al rilascio di autorizzazioni straordinarie, così da applicare la limitazione in modo differenziato e conforme alla situazione di ogni Cantone.

I Cantoni continuano a rilasciare autorizzazioni di polizia sanitaria per l'esercizio di una professione medica qualora siano adempiute le condizioni necessarie. Dall'entrata in vigore della limitazione delle autorizzazioni essi decidono però anche se rilasciare ai fornitori di prestazioni che vogliono insediarsi nel Cantone l'autorizzazione ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il criterio di valutazione è costituito dalle quantità massime stabilite dall'ordinanza del Consiglio federale. La possibilità di valutare caso per caso il rilascio di autorizzazioni straordinarie fornisce ai Cantoni un nuovo strumento per regolare l'assistenza sanitaria nel settore ambulatoriale, permettendo loro di influenzare la struttura dell'offerta di assistenza e la distribuzione dei fornitori di prestazioni a livello regionale.

Metodo

Un inventario degli atti legislativi d'applicazione cantonali e un'inchiesta standard cui hanno risposto 24 dei 26 Cantoni interpellati permettono una visione d'insieme delle caratteristiche dei disciplinamenti esecutivi cantonali e della loro applicazione nonché dell'evoluzione delle richieste di autorizzazione ad esercitare una professione o ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per mezzo di un'analisi qualitativa di casi concreti in tre Cantoni (Lucerna, Vaud e Zurigo) sono stati esaminati approfonditamente gli effetti della limitazione delle autorizzazioni sull'offerta di assistenza ambulatoriale, sul corpo medico e sulla professione di medico, sul settore ospedaliero e sull'evoluzione dei costi. Allo scopo sono state eseguite diverse interviste con rappresentanti delle differenti parti in causa (autorità sanitarie, associazioni di medici, associazioni ospedaliere).

Prassi esecutiva dei Cantoni

L'analisi dell'esecuzione mostra che i Cantoni hanno collaborato relativamente bene all'elaborazione degli atti esecutivi d'applicazione nel quadro delle quattro conferenze regionali della Conferenza svizzera dei direttori della sanità (CDS). Per questo motivo l'organizzazione fondamentale delle ordinanze cantonali e dei criteri d'ammissione all'interno delle regioni della CDS è perlopiù omogenea. Solo i Cantoni della Svizzera occidentale provvedono ad uno scambio di informazioni nel quadro dell'esecuzione, mentre gli altri Cantoni agiscono generalmente in modo autonomo.

Alla fine del 2003 l'articolo 55a LAMal era applicato da 25 Cantoni su 26, che hanno introdotto una limitazione delle autorizzazioni per i fornitori di prestazioni. A parte a Ginevra, dove l'ufficio della sanità ha emanato direttive, e nel Canton Nidvaldo, dove è applicata direttamente l'ordinanza del Consiglio federale, i Cantoni hanno provveduto all'applicazione tramite ordinanze dei Consigli di Stato. Nel Canton Ticino è in elaborazione una legge per l'introduzione della limitazione delle autorizzazioni. Solo i Cantoni di Lucerna, Nidvaldo, Obvaldo, Svitto, Uri e Zugo applicano la limitazione a tutti i fornitori di prestazioni ambulatoriali; tutti gli altri l'applicano solo a tutte le categorie di medici.

Di regola, la limitazione delle autorizzazioni è disciplinata in modo che i medici che hanno adempiuto dopo il 3 luglio 2002 i criteri cantonali per esercitare a carico dell'assicurazione malattie o che hanno chiesto l'autorizzazione dopo questa data vengono ormai ammessi solo in casi eccezionali. Questo vale anche per fornitori di prestazioni già attivi che vogliono trasferirsi in un altro Cantone, nel caso in cui necessitino di una nuova autorizzazione per esercitare la professione. Autorizzazioni straordinarie possono essere di regola rilasciate in caso di carenza di fornitori di prestazioni, se viene ripreso uno studio medico già esistente, per l'attività medica privata di medici d'ospedale e, in diversi Cantoni, per altre ragioni specifiche, p. es. per l'esercizio dell'attività in un centro HMO. I criteri e le condizioni variano considerevolmente e sono diversamente restrittivi.

Anche le basi decisionali dei Cantoni variano. Circa la metà dei Cantoni applica criteri propri oltre alle quantità e alle densità massime stabilite dall'ordinanza del Consiglio federale. Sette Cantoni (AG, BL, BS, GL, GR, SH, ZH) si riferiscono esplicitamente alla situazione del 3 luglio 2002 e per la durata della limitazione, a parte in casi eccezionali, non rilasciano alcuna nuova autorizzazione. Gli altri Cantoni valutano caso per caso se i criteri per l'autorizzazione siano adempiuti o meno ed emanano di conseguenza una decisione.

Prassi dei Cantoni in materia di autorizzazioni

Dopo che all'inizio di giugno 2002 era stato presentato ai Cantoni e alle organizzazioni dei fornitori di prestazioni il disegno dell'ordinanza per la limitazione delle autorizzazioni, vi fu

un'ondata di richieste di autorizzazione cantonale all'esercizio della professione, poiché il personale medico potenzialmente interessato dal provvedimento voleva assicurarsi preventivamente un'autorizzazione. L'annuncio della limitazione delle autorizzazioni ha provocato nel 2002 un aumento di tre volte e mezzo rispetto agli anni precedenti delle richieste di autorizzazione inoltrate ai Cantoni. Tre quarti delle circa 2100-2400 richieste sono pervenuti nel solo mese di giugno. Il disbrigo delle richieste ha comportato un notevole aumento del carico amministrativo dei Cantoni ed un ulteriore onere per le autorità competenti. Nel quadro di questa ricerca non è stato possibile stabilire il numero esatto delle autorizzazioni rilasciate conformemente al diritto previgente.

Santésuisse assegna il numero del registro del codice creditori (numero RCC) necessario per fatturare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Nel 2002 circa 2615 medici hanno fatto richiesta di un numero RCC. In questa cifra sono tuttavia comprese anche persone che avevano ottenuto un'autorizzazione ad esercitare già prima del 2002 e che volevano avviare più tardi un'attività a carico dell'assicurazione malattie. Nel 2002 sono stati attribuiti in totale 1183 nuovi numeri RCC, il che corrisponde circa al triplo della quantità degli anni precedenti. Nel 2003, fino a novembre, sono stati attribuiti 646 nuovi numeri RCC, vale a dire la quantità abituale. Va comunque considerato che dal momento del rilascio dell'autorizzazione fino all'ammissione da parte di santésuisse e all'apertura di uno studio possono passare diversi mesi o anni e che non tutti i medici ammessi ad esercitare alla fine lo fanno effettivamente.

Effetti della limitazione delle autorizzazioni sull'offerta di assistenza ambulatoriale

Alla fine del 2002 la limitazione in funzione del bisogno delle autorizzazioni per i fornitori di prestazioni non aveva ancora portato ad una riduzione o ad una stabilizzazione dell'offerta di assistenza ambulatoriale. La futura evoluzione del numero dei medici che esercitano in uno studio dipende dal numero di coloro che, avendo presentato la richiesta prima dell'entrata in vigore della limitazione delle autorizzazioni, hanno il diritto di esercitare in base al diritto previgente e ne faranno uso.

L'evoluzione dell'offerta di assistenza ambulatoriale in Svizzera è contraddistinta da una crescente specializzazione e concentrazione nelle regioni urbane, mentre l'assistenza di base e le zone rurali diventano sempre meno attraenti per i medici. Soprattutto i medici attivi nell'assistenza di base e gli studi medici nelle zone rurali hanno problemi nel garantire il ricambio, poiché la limitazione delle autorizzazioni ostacola la cessione degli studi.

Sebbene la limitazione delle autorizzazioni rappresenti per i Cantoni uno strumento per il controllo della struttura dell'offerta di prestazioni sia quanto alle specializzazioni, sia quanto alla distribuzione territoriale, essi possono servirsene solo in misura ridotta, poiché i medici

decidono dove stabilirsi sempre più in base a considerazioni di tipo economico e di attrattiva piuttosto che in base alla possibilità di riprendere uno studio medico già esistente. In questo modo ai Cantoni sarà pressoché impossibile invertire l'attuale tendenza alla specializzazione e all'urbanizzazione dell'offerta.

Ripercussioni della limitazione delle autorizzazioni sul corpo medico e sulla professione di medico

Per i medici le attrattive della propria professione scemano in continuazione a causa dell'evoluzione della politica sanitaria negli ultimi anni. La limitazione delle autorizzazioni ha generato incertezze presso i medici che seguono una formazione di perfezionamento, ha incrementato ulteriormente il sentimento di frustrazione già esistente e potrebbe aver spinto diverse persone ad un riorientamento della propria carriera. Questo consiste in prevalenza nel rinvio del progetto di mettersi in proprio e nella continuazione del perfezionamento, il che si traduce non solo in un innalzamento dell'età media dei medici con uno studio privato, bensì anche in una crescente specializzazione e differenziazione dell'offerta di assistenza medica.

Poiché l'assunzione offre aspettative più sicure rispetto all'attività indipendente ed è prevedibile che negli ospedali le condizioni di lavoro miglioreranno, i medici privilegiano sempre più un'attività nel settore ospedaliero. Di conseguenza in questo settore si registrano un aumento della durata dei rapporti di lavoro ed un calo del ricambio del personale. La limitazione delle autorizzazioni non ha originato questa tendenza, ma l'ha di certo accentuata.

Se l'istituzionalizzazione della medicina continuerà di questo passo, a medio e lungo termine v'è da attendersi uno spostamento dell'attività medica dal settore ambulatoriale a quello ospedaliero, nel senso che il volume delle prestazioni negli studi medici si stabilizzerà, mentre aumenterà nel settore ospedaliero. Se dovesse verificarsi un tale spostamento, si potrebbe correggere lo squilibrio che sussiste attualmente tra l'eccessiva offerta nel settore ambulatoriale e la necessità di medici supplementari negli ospedali. Questo non farebbe diminuire la densità di medici, ma ne rallenterebbe la crescita.

Ripercussioni della limitazione delle autorizzazioni sul settore ospedaliero

Finora la limitazione delle autorizzazioni non ha avuto ripercussioni concrete sugli ospedali. In seguito all'accresciuto bisogno di personale, dovuto ad altri motivi, si è potuta evitare una schiera di medici in attesa. Infatti, nonostante un numero di medici assistenti e primari superiore alla media abbia richiesto un'autorizzazione cantonale per l'esercizio della professione, gli ospedali non hanno registrato variazioni straordinarie o una fuga di medici verso gli studi

privati. A causa degli ostacoli posti dalla limitazione delle autorizzazioni, alcuni ospedali privati hanno avuto problemi in singoli casi nel reclutare personale.

I Cantoni stanno intraprendendo sforzi per migliorare le condizioni di lavoro negli ospedali, soprattutto mediante la riduzione del tempo di lavoro dei medici assistenti, prevista per il 1° gennaio 2005. Negli ultimi anni, le autorità di alcuni Cantoni hanno concluso con l'ASMAC convenzioni sulle condizioni lavorative che porteranno ad una progressiva riduzione del tempo di lavoro. La limitazione delle autorizzazioni non ha generato una maggiore creazione di posti di medico specialista ospedaliero, ma ha tutt'al più destato l'interesse di alcune persone per questo tipo di impiego.

Fondamentalmente non v'è da ritenere che l'articolo 55a LAMal abbia contribuito direttamente ad aumentare l'attrattiva del settore ospedaliero. La limitazione delle autorizzazioni non ha avuto alcun influsso sui vari provvedimenti già presi e in corso.

Ripercussioni della limitazione delle autorizzazioni sull'evoluzione dei costi

Tra il 1999 ed il 2002 la crescita dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel settore delle prestazioni mediche ha subito un rallentamento. Questa tendenza è legata ad una crescita meno forte del numero dei medici attivi con uno studio privato, che a sua volta rappresenta piuttosto la continuazione dell'evoluzione del passato che una conseguenza della limitazione delle autorizzazioni. A breve scadenza il provvedimento è neutrale sul piano delle ripercussioni sui costi.

Un contenimento della crescita dei costi nel settore ambulatoriale è possibile se durante il periodo della limitazione delle autorizzazioni il numero di medici che avrà iniziato un'attività in proprio sarà stato minore rispetto al loro numero nel caso in cui non fosse stato adottato il provvedimento. Considerando le molte autorizzazioni rilasciate in seguito alle richieste inoltrate preventivamente nel 2002 e il numero ancora sconosciuto di richieste pendenti soggette al diritto previgente, la situazione è troppo incerta per fare una stima in prospettiva.

Conclusioni

Le constatazioni relative agli effetti della limitazione in funzione del bisogno delle autorizzazioni per i fornitori di prestazioni portano a concludere quanto segue:

- *Mancanza di indicatori per l'accertamento della situazione dell'assistenza ambulatoriale:* finora non si sono potuti trovare indicatori affidabili che rispecchino l'offerta di prestazioni nel settore ambulatoriale. Per questo motivo è difficile eseguire una valutazione della situazione nonché la stima e la pianificazione delle necessità di assistenza ambulatoriale. In mancanza di criteri per stabilire i bisogni, la maggior parte dei Cantoni ha appli-

cato la limitazione delle autorizzazioni considerando sufficiente l'assistenza disponibile sul proprio territorio, definendo come limite massimo il numero di fornitori di prestazioni presenti al momento dell'entrata in vigore dell'ordinanza e decidendo una moratoria delle nuove autorizzazioni fino al 2005. Questo indicatore puramente numerico ha tuttavia il difetto fondamentale di non tenere presente la variabilità del volume di prestazioni dei singoli fornitori, dal momento che esso non è noto, in quanto è difficile da determinare.

- *Applicazione poco differenziata della limitazione delle autorizzazioni:* la limitazione viene applicata in tutti i Cantoni all'intero corpo medico, senza fare distinzioni tra le singole categorie di specialisti. Nella Svizzera centrale vi sono soggette tutte le prestazioni ambulatoriali. La possibilità di applicare l'Ordinanza del Consiglio federale in modo differenziato è stata dunque sfruttata solo in parte. Ai Cantoni mancano le basi per poter valutare in modo differenziato la situazione dell'assistenza e per accertare i differenti bisogni in questo settore. Per essi è più semplice assoggettare l'intero corpo medico alla limitazione e rilasciare in singoli casi autorizzazioni straordinarie per carenza d'offerta d'assistenza piuttosto che elaborare a livello di ordinanza disciplinamenti diversi in base alle specializzazioni.
- *Prassi differente a seconda dei Cantoni nel rilascio di autorizzazioni straordinarie:* per quanto riguarda le caratteristiche della limitazione delle autorizzazioni, gli atti legislativi d'applicazione cantonali presentano una vasta gamma di disposizioni particolari. Soprattutto i motivi per il rilascio di autorizzazioni straordinarie e la precisione delle condizioni accessorie possono variare notevolmente. All'interno delle conferenze regionali CDS si riscontra una certa omogeneità. Allo stesso tempo però, diversi Cantoni hanno adeguato i disciplinamenti d'autorizzazione alle esigenze specifiche di singole istituzioni (ospedali, centri HMO) o alle circostanze locali. Sotto questo profilo, i Cantoni hanno approfittato del margine di manovra a loro disposizione.
- *Scarse possibilità di controllo dell'offerta d'assistenza mediante i disciplinamenti d'autorizzazione cantonali:* le autorizzazioni straordinarie sono uno strumento che dovrebbe permettere ai Cantoni di influenzare la situazione dell'assistenza per quel che riguarda la densità regionale e la specializzazione dei medici. Finora però il nuovo strumento di controllo non ha avuto alcun effetto poiché sono state richieste solo poche autorizzazioni straordinarie per carenza d'offerta d'assistenza e la limitazione delle autorizzazioni non incentiva sufficientemente i medici ad aprire o a rilevare uno studio in una regione considerata poco attraente.
- *Non si osservano effetti diretti della limitazione delle autorizzazioni:* a breve termine non si sono constatate ripercussioni della limitazione delle autorizzazioni sull'offerta d'assistenza ambulatoriale. I cambiamenti di comportamento indotti dal provvedimento non hanno ancora avuto effetti o non trovano riscontro nei dati statistici. Nel 2002 si so-

no osservati una prosecuzione e in parte un rafforzamento delle tendenze già esistenti (rallentamento della crescita del numero di medici con uno studio privato, concentrazione dei medici nelle zone urbane, aumento della specializzazione, istituzionalizzazione della medicina). Questo non ha però probabilmente alcuna relazione con la limitazione delle autorizzazioni, bensì dipende principalmente da fattori legati al contesto (cambio di mentalità dei medici, condizioni quadro insicure per i medici indipendenti, miglioramento delle condizioni nel settore ospedaliero).

- *Evoluzione futura legata al comportamento dei medici con un'autorizzazione in conformità al diritto previgente:* poiché in seguito al preannuncio della limitazione delle autorizzazioni un gran numero di medici ha chiesto, prima dell'entrata in vigore dell'ordinanza, un'autorizzazione cantonale per l'esercizio della professione ed ha quindi ottenuto il diritto ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, v'è da ritenere che i possibili effetti, in particolare la limitazione, se non la riduzione del numero massimo di fornitori di prestazioni ambulatoriali, siano stati vanificati già in partenza. La futura evoluzione dell'offerta di prestazioni ambulatoriali dipenderà dal numero dei medici che hanno ottenuto un'autorizzazione in base al diritto previgente e di quanti cominceranno un'attività in uno studio privato.
- *Notevoli effetti psicologici sul corpo medico:* la limitazione delle autorizzazioni è stata vivamente criticata dai medici ed ha destato insicurezza e frustrazione soprattutto tra i medici attivi in ospedale. Secondo loro, la limitazione delle autorizzazioni contribuisce a peggiorare ulteriormente le condizioni quadro, ritenute sempre meno attraenti, per l'esercizio di un'attività in proprio ed ha indotto molti medici a rivalutare i propri piani professionali e di vita ed a riorientarsi. La limitazione delle autorizzazioni non è la causa di questa evoluzione, ma l'ha influenzata. Il riorientamento può portare ad un cambiamento di professione, alla continuazione del perfezionamento e quindi ad una maggiore specializzazione oppure ad un aumento della domanda di rapporti di lavoro dipendente. Quale conseguenza del crescente bisogno di lavoro a tempo parziale e dell'aumentata importanza della qualità di vita, può accadere che medici con uno studio privato riducano il tempo di lavoro facendo diminuire complessivamente il volume delle prestazioni nel settore ambulatoriale.
- *Nessun effetto della limitazione delle autorizzazioni sull'evoluzione nel settore ospedaliero:* nel settore delle prestazioni ospedaliere si osservano diversi tentativi di riforma, quali la riduzione del tempo di lavoro dei medici assistenti o la diffusione del modello dei medici specialisti d'ospedale. Da quanto si è potuto osservare, la limitazione delle autorizzazioni non ha avuto alcun influsso diretto su questi sviluppi. Per compensare eventuali conseguenze della limitazione delle autorizzazioni, né sono stati creati posti, né è stato assunto un maggior numero di medici specialisti d'ospedale, né è stata aumentata l'offerta

di prestazioni ambulatoriali negli ospedali. Non si registra neppure una fuga dei medici d'ospedale verso l'attività indipendente e non vi è una schiera di medici in attesa di un posto in ospedale.

- *Un contenimento dei costi grazie alla limitazione delle autorizzazioni è possibile, ma improbabile:* v'è da ritenere che vi sia un legame positivo tra il rallentamento della crescita del numero dei medici con uno studio privato e l'evoluzione dei costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Vi sono però anche altri fattori, soprattutto sul fronte della domanda, che determinano il volume delle prestazioni mediche e dei costi che ne derivano. La limitazione delle autorizzazioni potrebbe condurre ad un contenimento dei costi qualora diminuissero il numero dei medici con uno studio privato e il volume delle loro prestazioni. Viste l'incertezza della futura evoluzione della situazione dell'assistenza ambulatoriale e la mancanza di segnali che indichino un cambiamento del comportamento sul fronte della domanda non c'è tuttavia da attendersi che le premesse necessarie sussistano entro tempi brevi.
- *Un'analisi degli effetti nel 2005 è ragionevole:* il presente studio non ha potuto constatare effetti concreti della limitazione delle autorizzazioni, poiché è passato troppo poco tempo dall'entrata in vigore dell'ordinanza per poter vedere i risultati del cambiamento di comportamento da essa indotto e non sono ancora disponibili dati statistici per il 2003. Per questo motivo sarà ragionevole eseguire un ulteriore studio per analizzare a fondo gli effetti quando i cambiamenti di comportamento si saranno consolidati e saranno disponibili dati statistici che permettano di illustrare e analizzare gli sviluppi.

Summary

Background

The aim of the present study was to examine the implementation and the effects of the restrictions on authorisations for new medical services providers. On the basis of Art. 55a of the Sickness Insurance Act (SIA), the Federal Council issued an ordinance on 3 July 2002 by which the cantonal authorities may restrict the authorisation of doctors who provide outpatient services which are reimbursed under compulsory sickness insurance (CSI) to the maximum numbers or densities set out in the appendices to the ordinance. The cantonal authorities may decide on the categories of service providers to which the restrictions apply and, in the case of a shortage, they may make exceptions, thus applying the restrictions at their discretion, depending on the situation in their specific canton. The measure is limited to three years.

While the cantonal authorities continue to issue doctors with permits for private practice, if they meet the necessary requirements, since the restrictions came into force they also decide whether service providers who wish to practise in their canton may be allowed to provide services which are reimbursed under CSI. The criteria applied are the maximum figures set out in the Federal Council's ordinance. Thanks to the fact that they may consider individual cases for exceptional authorisations, the cantonal authorities now have a new means of controlling the provision of outpatient treatment in that they can influence, on the one hand, the professional composition of the services provided and, on the other, the regional distribution of the service providers.

Method

The results of an assessment of cantonal ordinances concerning implementation and a standard questionnaire sent to each canton, to which 24 out of 26 replied, provided a systematic overview of the cantonal regulations for implementation and how they are applied, as well as of how applications to practise and to provide treatment which is reimbursed under CSI are processed. Through qualitative case studies carried out in three cantons (Lucerne, Vaud and Zurich) it was possible to gain a more detailed picture of the effects of restricting authorisations on the provision of outpatient services, doctors and the medical profession, the hospital sector and trends in costs. To this effect, representatives of various bodies which are directly involved (health authorities, medical associations, hospital associations) were interviewed.

Implementation by the cantonal authorities

The analysis of how the cantonal authorities are implementing the law showed that they tend to work closely together with regard to drawing up ordinances for implementation within the four regional Swiss Health Directors Conferences (HDCs). Subsequently, the basic thrust of the cantonal ordinances and the criteria applied for issuing authorisations are largely identical within the HDC regions. As far as regards implementation, the French-speaking cantons tend to exchange information, while the other cantons tend to act more independently.

By the end of 2003, 25 of the 26 cantons had started to apply Art. 55a of the SIA and had introduced restricted authorisation of service providers. With the exception of Geneva, where the health department has issued instructions, and Nidwalden, which is applying the Federal Council's ordinance directly, implementation is governed by a cantonal council ordinance. In the Tessin the cantonal authorities are working on a law to introduce restrictions on authorisations. It is only in the cantons of Lucerne, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Uri and Zug that restrictions with regard to authorisations are applied to all providers of outpatient treatment; in the other cantons they are limited to all categories of doctors.

As a rule, the restrictions on authorisations are worded in such a way that doctors who met the cantonal criteria for providing services which are reimbursed under sickness insurance only after 3 July 2002 or applied for authorisation to practise after that date are granted such authorisation only in exceptional cases. This also applies to doctors who have already set up a practice and move their surgery to another canton, insofar as they have to apply for a new authorisation in the new canton. As a rule, exceptions are made where there is a shortage of service providers, when a doctor takes over an existing practice and for private treatment within a hospital, although in various cantons exceptions may also be made for other specific reasons, e.g. for practice within an HMO. In this respect there is a broad range of concrete criteria and conditions which vary as to how restrictive they are.

The cantonal authorities base their decisions regarding authorisations on various aspects. Around half of them apply their own criteria in addition to the maximum numbers and densities set out in the Federal Council's ordinance. Seven cantons (Aargau, Basle-Land, Basle-Stadt, Glarus, Grisons, Schaffhausen and Zurich) base their decisions exclusively on the status quo as at 3 July 2002 and will not authorise any new practices, excluding exceptional cases, as long as the restrictions on authorisations are in force. In the other cantons, each individual case is examined with regard to meeting the criteria and the corresponding decision is then taken.

Authorisation by the cantonal authorities

After the draft ordinance on restricting authorisations was put before the cantons and the various associations of service providers at the beginning of June 2002, there was a rush of applications for cantonal authorisations since as many as possible of the doctors who risked being affected wanted to obtain an authorisation before the ordinance came into force. The announcement of restrictions on authorisations led to around three and a half times as many applications being submitted to the cantonal authorities during 2002 as were received on average in previous years. Three-quarters of the estimated 2100 to 2400 applications were submitted in June alone. Processing these applications gave the cantonal authorities considerably more work and put more pressure on the departments responsible. The precise number of authorisations issued under the old law could not be determined accurately in the present study.

Santésuisse allots payment office code numbers (POC numbers) for reimbursement under CSI. In 2002 it was estimated that 2615 doctors applied for POC numbers. This figure does include people who had received an authorisation before 2002 and only later opened a practice providing services reimbursed by the sickness insurance companies, however. In 2002 the total number of POC numbers allotted was 1183, which corresponds to around three and a half times that for the previous year. In the first 11 months of 2003 646 POC numbers were allotted, representing a return to the original level. In this connection it should be pointed out that several months or even years may elapse between the issuing of an authorisation to practise, authorisation by santésuisse and a practice being opened, and also that not all doctors who receive an authorisation actually go into practice.

The effects of the restrictions on authorisations on the provision of outpatient services

By the end of 2002 restricting the issuing of authorisations for medical service providers according to demand had not led to a reduction nor to stagnation in the provision of outpatient services. Future trends in the number of doctors in private practice depend on how many people are entitled to an authorisation under the old law, because they submitted the required application before the restrictions came into force, and intend to open a practice in the future.

In Switzerland, developments in outpatient services are characterised by increasing specialisation and a rising concentration in urban areas, while general practice and rural areas appear to be less attractive to doctors. Since the restrictions on authorisations make it more difficult to take over an existing practice, general practitioners and rural surgeries in particular are finding it increasingly difficult to find young partners.

Although for the cantonal authorities the restrictions on authorisations represent a means of controlling the professional and geographical aspects of the provision of outpatient treatment, they are limited as to how they can use this means because economic considerations and attractiveness are still, and increasingly, major factors governing a doctor's decision as to where to open a surgery, and not the availability of an existing practice. Even with the new restrictions the cantonal authorities can exert very little influence on the current trend towards specialisation and urban locations.

The effects of the restrictions on authorisations on doctors and the medical profession

From the point of view of the medical profession, the attraction of a career in medicine has been continually decreasing over the past few years owing to political developments in relation to medicine. Among doctors who are in advanced training the restrictions on authorisations have led to heightened insecurity, given rise to further potential frustration and may well have encouraged a number of people to modify plans for their future career. This involves principally delaying going into private practice and continuing in advanced training. In turn, this not only results in a higher average age among doctors in private practice but also encourages specialisation and professional differentiation with regard to medical treatment. Since being employed, as opposed to being independent, offers a greater reliability and working conditions in hospitals are expected to improve, an increasing number of doctors are going into the inpatient sector. Consequently, they are staying on longer in hospitals, which means a lower rate of turnover of hospital staff. The restrictions on authorisations did not instigate this trend but have certainly encouraged it.

If this institutionalisation of medicine continues a medium to long-term shift from outpatient to inpatient treatment is to be expected in that the volume of services available in private practices will stabilise while those provided by hospitals will increase. If the emphasis changes in this way, the current all too evident imbalance between a high rate of outpatient care and the need for additional doctors in hospitals will gradually correct itself. The number of doctors per head of the population would thus not fall but increase at a slower rate.

The effects of the restrictions on authorisations on the hospital sector

As far as the hospital sector is concerned, the restrictions have so far had no discernible effects. Owing to an increased demand for doctors, which is due to other reasons, a flood of doctors have not had to be turned away. Although an above average number of assistant doctors and senior consultants have applied for cantonal authorisations to practice, hospitals have not noticed any unusual turnover or any rush to open private practices. A small number

of private hospitals have had problems owing to difficulties in recruiting staff brought about by the restrictions.

Among the cantonal authorities various efforts are being made to improve working conditions in hospitals. Most of these efforts concern a reduction in working hours for assistant doctors which will come into force on 1 January 2005. Over the past few years a number of cantons have signed agreements with the Swiss Association of Assistant Doctors and Senior Consultants concerning working conditions, and working hours are being gradually reduced. The introduction of the restrictions on authorisations has not led to the creation of more positions for specialists in hospitals but merely raised interest in this type of position among individuals.

On the whole it cannot be assumed that Art. 55a of the SIA has directly helped to increase the attraction of the inpatient sector. The restrictions on authorisations do not affect the various measures that have already been taken and are still being applied.

The effects of the restrictions on authorisations on trends in costs

Between 1999 and 2002 there was a smaller rate of increase in the cost of treatment given by doctors which is reimbursed under compulsory sickness insurance than in previous years. It can be assumed that this trend is linked with a smaller increase in the number of doctors in private practice, although this is most probably a continuation of an earlier trend rather than a consequence of the restrictions on authorisations. From a short-term point of view, this measure can therefore be said to have had a neutral effect on costs.

It would seem to be possible to slow down the rate of growth in costs in the outpatient sector only if fewer doctors open private practices while the restrictions are in force than would otherwise have been the case. In view of the large number of authorisations issued in 2002 and the unknown number of pending applications which will be dealt with under the old law there is too much uncertainty to make an assessment.

Conclusions

The findings concerning the effects of restricting authorisations for new medical service providers according to demand allow the following conclusions to be drawn:

- *Lack of indicators for assessing the situation with regard to outpatient treatment:* Until now very few suitable indicators could be found which could be used to obtain a reliable picture of the provision of services available in the outpatient sector. This makes it all the more difficult to objectively assess the situation with regard to the provision of such services, as well as to evaluate and plan for the demand for outpatient treatment. Owing

to the lack of criteria for demand, the restrictions on issuing authorisations for new medical service providers have been implemented on the basis of the status quo in that most cantons judged their existing services to be sufficient, i.e. they defined the original situation as the number of service providers when the ordinance came into force and issued a moratorium on new authorisations until 2005. This purely numerical indicator has an essential weakness in that it does not take into account the varying amount of work each service provider has, since this is very difficult to determine and is therefore unknown.

- *Very little difference in the implementation of the restrictions on authorisations:* All cantonal authorities apply the restrictions globally to the entire medical profession, without differentiating between individual areas of medicine. In central Switzerland all providers of outpatient services are subject to the restrictions. The possibility of selective implementation as foreseen in the Federal Council's ordinance is thus being used only to a limited extent. The cantonal authorities do not have the necessary facts at their disposal to properly assess the situation with regard to the provision of services and to estimate, on that basis, real demand. It is easier for them to subject all doctors to the restrictions and to consider individual cases for exemption on the grounds of a shortage of services than to draw up differentiated principles at an ordinance level for issuing authorisations according to the different areas of medicine.
- *Cantonal differences in issuing exceptional authorisations:* As far as concerns the formulation of the restrictions, there is a broad range of detailed regulations in the cantonal instructions for implementation. In particular, there are considerable differences in the reasons for issuing exceptional authorisations and the degree of detail of secondary conditions. Within the regional HDCs there is a certain homogeneity. At the same time, however, various cantonal authorities have adapted the regulations concerning authorisation to the specific needs of individual institutions (hospitals, HMOs) or local characteristics. In this respect, the cantonal authorities have made good use of the scope given them.
- *Lack of ability to control the provision of outpatient medical services through cantonal authorisation regulations:* The possibility of exempting applicants from the restrictions enables the cantonal authorities to influence the situation with regard to provision from the point of view of regional concentration and specialisation among service providers. It has not yet been possible to translate this new means of control into effective results, however, since on the one hand only few exceptional authorisations have been applied for on the grounds of shortage of services and, on the other, the restrictions provide too little incentive for doctors to open or take over a practice in a region which is considered unattractive.

- *Direct effects of the restrictions still not evident:* From observations made over a short period of time it was not possible to conclude that the restrictions have had any effect on the provision of outpatient treatment. The change of behaviour caused by this measure has in part not yet started to happen or is not yet evident from statistical data. In 2002 existing trends persisted and to some extent became more marked (drop in the rate of increase in the number of doctors in private practice, concentration of doctors in urban areas, increased specialisation, institutionalisation of medicine). This cannot be directly attributed to the restrictions, however, but rather to specific factors (change of mentality among doctors, uncertainty regarding basic conditions for independent practices, improved working conditions in the inpatient sector).
- *Future developments depend on the attitude of doctors established in private practice before the restrictions came into force:* Since a large number of doctors applied for cantonal authorisations for private practice before the restrictions came into force, owing to a corresponding official announcement, and are therefore entitled to an authorisation to provide services that are reimbursed under CSI, it is possible that the potential effects, i.e. in particular the levelling off or reduction in the number of doctors providing outpatient services, have been neutralised in advance. Future developments in the provision of outpatient services depend on how many doctors were granted an authorisation under the old law and how many of them will open private practices.
- *Marked psychological effect on the medical profession:* Within the medical profession the restrictions were met by strong criticism and led mainly to uncertainty and frustration among doctors working in hospitals. From their point of view the restrictions only serve to worsen the basic conditions for private practices, which are already seen as increasingly unattractive, and they have led many doctors to review and modify their plans for the future, including their future career. The restrictions are not the cause of this development but have played a major part in bringing it about. New professional plans can result in a total change of career, continuation in advanced training and consequently more specialisation, or increased demand for positions in hospitals and clinics. The rising demand for part-time work and the increasing importance of the quality of life may also lead to doctors in private practice reducing their working hours, which would result in a drop in services in the outpatient sector.
- *The restrictions have not affected development in the hospital sector:* In the inpatient sector several attempts at reform are being made, such as reducing working hours for assistant doctors or promoting the hospital specialist model. No direct effect of the restrictions was seen on these developments. New jobs have not been created and more hospital specialists have not been taken on, neither have outpatient services in hospitals been expanded to compensate for the possible consequences of the restrictions.

Nevertheless, there are no signs of a movement of hospital doctors into private practice nor of an excess of doctors in hospitals.

- *Reduction in rising costs through the restrictions possible but not probable:* It can be assumed that there is a positive correlation between the number of doctors in private practice and the rising cost of compulsory sickness insurance. In addition, though, there are other factors, in particular those concerning demand, which determine the provision of medical services and the costs they engender. If both the number of doctors in private practice and the volume of services they provide fall, it is possible that the restrictions will lead to a reduction in the rate of increase of costs. In view of the uncertain future development of the outpatient sector and the lack of indication that demand will change it cannot be assumed that these conditions will be fulfilled in the foreseeable future, however.
- *Need for an analysis of the effects in 2005:* The results of the present study do not indicate any concrete effects of the restrictions to date, since the period of time between their coming into force and evidence of behavioural change is too short for any results to be seen, and since no statistical data are yet available for 2003. For this reason it would seem desirable to carry out a further in-depth analysis of the effects of the restrictions at a later date, when the behavioural changes have come about and statistical data are available, in order to be able to determine and analyse the real effects of the restrictions.

1 Einführung

1.1 Ausgangslage

Im Rahmen der Diskussion um die Aufhebung des Kontrahierungszwangs fügte das Parlament im März 2000 Art. 55a ins KVG¹ ein. Der Bundesrat erhielt dadurch die Kompetenz, "für eine befristete Zeit von bis zu drei Jahren die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Artikeln 36–38 von einem Bedürfnis abhängig [zu] machen." Während der Bundesrat die entsprechenden Kriterien festlegt, können die Kantone die betroffenen Leistungserbringer bestimmen. Dieser Schritt erfolgte einerseits im Hinblick auf die bilateralen Abkommen mit der EU, andererseits als kurzfristige und zeitlich begrenzte ausserordentliche Massnahme für eine wirksamere Kosteneindämmung im ambulanten Bereich (BSV 2002a: 3; APS 2000: 200f.).

Nachdem im Herbst 2000 ein erster Entwurf für eine Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern (Art. 136a KVG) in der Vernehmlassung grundsätzlich abgelehnt worden war, fand auf Initiative von Bundesrätin Dreifuss hin im November 2000 ein Runder Tisch zum Thema "Bedürfnisklausel" statt. Aus diesem ging eine Arbeitsgruppe² hervor, die zur Aufgabe hatte, Grundlagen zur Festlegung von Versorgungsdichten zu erarbeiten. Die Arbeitsgruppe skizzierte die Grundzüge einer Regelung zur Umsetzung von Art. 55a KVG und Kriterien für die Umschreibung des Bedürfnisses (BSV 2001a und 2001b).

Am 3. Juli 2002 beschloss der Bundesrat in Anwendung von Art. 55a KVG, die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung einzuschränken. Die zu diesem Zweck erlassene Verordnung³ (nachfolgend Bundesratsverordnung) enthält für 34 Kategorien von Leistungserbringern Höchstzahlen und –dichten pro Kanton, pro Grossregion und für die Schweiz insgesamt. Es handelt sich dabei um eine ausserordentliche, zeitlich befristete Massnahme, die bis zum Inkrafttreten einer Ersatzregelung, spätestens aber bis am 3. Juli 2005 gilt.

Art. 55a KVG entsprechend legen die Kantone fest, welche Leistungserbringer einer Zulassungsbeschränkung unterliegen. Damit ist es ihnen auch freigestellt, vollständig auf die Anwendung der Bundesratsverordnung zu verzichten. Sofern ein Kanton sich für die Einführung des Zulassungsstopps entscheidet, kann er einzelne Kategorien von Leistungserbringern davon ausnehmen (Art. 2 Bst. a der Bundesratsverordnung) oder bei Unterversorgung in

¹ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)

² Die Arbeitsgruppe "Runder Tisch/Bedürfnisklausel" stand unter der Leitung eines externen Beraters und setzte sich aus VertreterInnen des BSV, der FMH, von santésuisse, des VSAO, H+, der SDK und der medizinischen Fakultäten in der Schweiz zusammen.

³ Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.103)

Kategorien, welche der Zulassungsbeschränkung unterstehen, Ausnahmezulassungen erteilen (Art. 3). Damit kann die Umsetzung sehr differenziert und an die jeweilige kantonale Versorgungssituation angepasst erfolgen. Entsprechend ist in der Vollzugspraxis der Kantone eine breite Varianz zu erwarten.

1.2 Auftrag und Fragestellungen

Der Auftrag der Projektbegleitgruppe formuliert eine Reihe von Fragestellungen, welche sich einerseits auf den Vollzug der bundesrätlichen Verordnung in den Kantonen, andererseits auf die Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf das medizinische Versorgungsangebot, auf die Spitäler, auf den Ärzteberuf und auf die Entwicklung der Kosten beziehen:

Vollzug von Art. 55a KVG:

- Machen die Kantone von ihrem Recht zur Einführung eines Zulassungsstopps Gebrauch?
- Wenn ja, wie regeln sie diesen im Detail? Wird der Zulassungsstopp tatsächlich nur für Leistungserbringer verfügt, welche sich neu niederlassen wollen? Wie werden Zulassungen bei einem Wechsel in einen anderen Kanton behandelt? Auf welche Daten, Grundlagen stützen sich die Kantone bei ihren Entscheiden? Wie entwickelt sich die Koordination der Kantone in dieser Frage?

Wirkungen:

- Welches sind die Auswirkungen der Massnahme auf die quantitative und qualitative medizinische Versorgung in den Regionen?
- Welches sind die Auswirkungen des Ärztestopps auf den Ärzteberuf sowie auf die längerfristigen Perspektiven für die Ärztedichte?
- Wie ist die Wirtschaftlichkeit der Massnahme zu beurteilen? Leistet sie einen Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten?
- Welche Auswirkungen hatte die Ankündigung der bevorstehenden Umsetzung des Zulassungsstopps im Sommer 2002? Wie viele Gesuche wurden bei den Kantonen (Berufsausübungsbewilligung) und bei santésuisse (Zahlstellenregister-Nummer) gestellt?
- Hat die konkrete Umsetzung von Artikel 55a KVG zu einem Abbau im Angebot der Leistungserbringer oder zu einem Stillstand geführt?
- Welche sind die Wirkungen auf die Spitäler? Werden vermehrt SpitalfachärztInnen eingestellt? Werden die Wirkungen der Massnahme dadurch abgedeckt? Sind generell Massnahmen seitens der Spitäler/Kantone zu verzeichnen, die eine Attraktivitätssteigerung des stationären Bereichs zum Ziel haben? Wenn ja, was hat Art. 55a dazu beigetragen?

- Dämmt die neue Regelung die Kostenentwicklung präventiv ein?
- Gibt es Anzeichen, dass durch die Schaffung von Spitalarztstellen der Wettbewerb zugunsten der öffentlichen Spitäler beeinflusst wird?
- Treten allenfalls andere Wirkungen ein und welche sind es?

Aus den gestellten Forschungsfragen lassen sich sechs jeweils eigenständige Untersuchungsgegenstände ableiten: (1) die kantonalen Vollzugsbestimmungen über die Zulassungsbeschränkung, (2) die Zulassungsentscheide, die aufgrund dieser Bestimmungen gefällt werden, sowie deren Auswirkungen auf (3) das ambulante medizinische Versorgungsangebot, (4) den Spitalbereich, (5) den Ärzteberuf und (6) die Kosten. Das nachfolgend erläuterte Analysekonzept beschreibt, wie diese Bereiche analysiert werden sollen. Da sich die Fragestellungen vorwiegend auf die ärztlichen Leistungserbringer beziehen und die Kantone die Zulassungsbeschränkung mit wenigen Ausnahmen fast ausschliesslich auf die Ärzteschaft anwenden, beschränkt sich die vorliegende Untersuchung ebenfalls auf diese und geht nur im Bedarfsfall auf nicht-ärztliche Leistungserbringer ein.

1.3 Aufbau des Berichts

Der Aufbau des vorliegenden Berichts orientiert sich weitgehend am analytischen Vorgehen. Das nächste Kapitel beschreibt das der Studie zugrunde liegende Wirkungsmodell und das daraus abgeleitete Analysekonzept zur Beantwortung der Fragestellungen. Kapitel 3 enthält eine Bestandesaufnahme zur kantonalen Vollzugspraxis sowie eine Übersicht über die eingegangenen Zulassungsgesuche und die kantonale Entscheidpraxis im Zeitverlauf. Im vierten Kapitel finden sich drei Fallstudien, in welchen die Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung in drei Kantonen detailliert beschrieben werden. Das anschliessende Kapitel führt die Fallstudien und die Ergebnisse verschiedener Expertengespräche zusammen und dient der Betrachtung der Auswirkungen auf das ambulante Leistungsangebot, die Ärzteschaft, den Spitalbereich und die Kostenentwicklung. Das Schlusskapitel fasst die einzelnen Befunde zusammen, beantwortet die eingangs aufgeführten Forschungsfragen und zieht die Schlussfolgerungen aus den gewonnenen Erkenntnissen.

2 Wirkungsmodell und Analysekonzept

2.1 Wirkungsebenen und Untersuchungsgegenstände

Die Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern und ihre Auswirkungen lassen sich in die untenstehende Kategorisierung der verschiedenen Stufen der Politikgenerierung und -umsetzung (Policy cycle) nach Knoepfel/Bussmann (1997: 70) einordnen, worin acht teilweise parallel ablaufende Stufen (Pfeile) unterschieden werden können, die jeweils zu bestimmten Zwischenergebnissen (Kasten) führen (Abbildung 1). Das Stufenmodell unterscheidet zwischen verschiedenen Evaluationsgegenständen mit jeweils massgeblichen Evaluationskriterien. Die Schattierung hebt die im Mittelpunkt der vorliegenden Evaluation stehenden Evaluationsgegenstände hervor (vgl. Abschnitt 2.1). Gemäss dieser Kategorisierung lassen sich drei Wirkungsebenen einer öffentlichen Politik unterscheiden: Outputs, Impacts und Outcomes.

Die *Outputs* stellen die eigentlichen Produkte einer öffentlichen Politik dar. Die Outputs lassen sich an den an den im Policy Design formulierten operativen Zielen messen. Werden diese Ziele nicht erreicht, wird von Vollzugsdefiziten gesprochen. Die *Impacts* bezeichnen die Verhaltensänderungen bei den von einer staatlichen Massnahme angesprochenen Akteuren (Politikadressaten). Diese Verhaltensänderungen können in der erwarteten oder in einer nicht intendierten Art und Weise ausfallen oder aber ausbleiben. Im ersten Fall ist eine Politik effektiv, in den letzten beiden Fällen nicht. Als *Outcomes* werden im Wirkungsmodell die Auswirkungen auf das durch die öffentliche Politik zu lösende Problem bezeichnet.

Abbildung 1: Stufen der Politikgenerierung und -umsetzung (modifiziert nach Knoepfel/ Bussmann 1997: 70)

Evaluationsgegenstand	Evaluationskriterien
Politikkonzept	
↓ Programmformulierung	
Policy Design	Kohärenz von Verwaltungsprogrammen
↓	
Behördenarrangement	Eignung der Vollzugsorganisation
↓	
Outputs	Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit der Outputproduktion
↓ Entscheidungen der Politikadressaten, ihr Verhalten	
↓ entsprechend den Outputs zu ändern	
Impacts	Effektivität (Verhalten der betroffenen Akteure)
↓ Reale Wirkung der Verhaltensänderung der Politik	
↓ adressaten auf das zu lösende Problem	
Outcomes	Wirksamkeit und wirkungsbezogene Wirtschaftlichkeit
↓ Politikevaluation	
Ergebnisse der Politikevaluation	Qualität der Evaluation
↓ Feedbacks (auf jeder Stufe) zum Politikkonzept	

Aufgrund der Fragestellungen gilt es zu eruieren, wie die vom Bund verordnete Zulassungsbeschränkung von den Kantonen angewandt und vollzogen wird, und zu welchen Auswirkungen die Massnahme geführt hat. Angesichts der föderalistischen Vollzugspraxis der hier zu untersuchenden Regelung ist dabei der Policy cycle zu differenzieren, da die Kantone nicht bloss reine Vollzugsorgane des Bundes sind. Zwar sind sie für den Vollzug von Bundesregelungen zuständig, verfügen jedoch dabei über einen grossen Handlungsspielraum und nehmen eine eigenständige Politikformulierung vor (vgl. Braun 2003). Somit finden sich innerhalb einer öffentlichen Politik für jede Staatsebene unterschiedliche Politikadressaten, die mittels staatlicher Massnahmen zu Verhaltensänderungen angeregt werden sollen, um ein als politisch bedeutsam erachtetes Problem zu lösen (vgl. Knoepfel/Bussmann 1997: 63). Die Regelung auf Bundesebene richtet sich an die Kantone und enthält mit den Höchstzahlen von Leistungserbringern quantitative Vorgaben, die von den Kantonen zu erfüllen sind. Somit ist die Bundesratsverordnung der *Output* der Bundespolitik. Die Adressaten dieser Politik sind die Kantone, und die kantonale Vollzugspraxis stellt ihren *Impact* dar. Die Politikbetroffenen (Knoepfel/Bussmann 1997: 63) sind in erster Linie die von der Zulassungsbeschränkung erfassten ambulanten Leistungserbringer. Dazu gehören aber auch weitere Akteure, auf die sich die Zulassungsbeschränkung auswirkt, wie Spitäler, Versicherer und Patienten.

In den Kantonen konkretisiert sich die Bundespolitik wiederum als eigenständiges Vollzugsprogramm, bestehend aus Policy Design und Behördenarrangement, welches zu behördlichen Entscheiden über die Zulassung von Leistungserbringern (*Outputs*) führt. Die Politikadressaten sind hier die von der Zulassungsbeschränkung erfassten ambulanten Leistungserbringer. Deren daraus resultierendes Verhalten stellt den *Impact* der Kantonspolitik dar, dessen Konsequenzen sich anhand der *Outcomes* beobachten lassen. Diese sind für Bundes- und Kantonspolitik identisch, da sie sich auf dasselbe Ausgangsproblem beziehen. Entsprechend deckt sich auch der Kreis der Politikbetroffenen auf Bundes- und Kantonebene.

Die so hergeleitete Mehrebenen-Differenzierung des Policy cycle lässt sich im Grundsatz wie folgt (Tabelle 1) skizzieren (in Klammern: Untersuchungsgegenstände gemäss Abschnitt 1.2):

Tabelle 1: Mehrebenen-Differenzierung des Policy cycles und Untersuchungsgegenstände

	Output	Impact	Outcome
Bund	Zulassungsverordnung	Kantonale Verwaltungsprogramme (1)	Konsequenzen der Verhaltensänderungen: Auswirkungen auf Politikbetroffene (ambulante Leistungserbringer, Spitäler, Versicherer, Patienten) (3), (4), (5), (6)
Kantone	Zulassungsentscheide (2)	Verhaltensänderungen der ambulanten Leistungserbringer	

Für die vorliegende Untersuchung sind somit aus Sicht des Bundes die beiden Wirkungsstufen *Impacts* und *Outcomes* von Interesse. Mit ersterer ist im konkreten Fall die kantonale

Umsetzung der Zulassungsbeschränkung gemeint, mit letzterer deren Auswirkungen auf vier Ebenen: auf das ambulante medizinische Versorgungsangebot, auf die Spitäler, auf den Ärzterberuf und auf die Entwicklung der Kosten. Die Untersuchung umfasst somit zwei Teilbereiche (vgl. Tabelle 1): eine Vollzugsanalyse (Untersuchungsgegenstände (1) und (2)) sowie eine Wirkungsanalyse (Untersuchungsgegenstände (3) bis (6)).

2.2 Vollzugsanalyse

In der Vollzugsanalyse interessiert die Frage, ob und wie die Kantone die in der bundesrätlichen Verordnung enthaltenen Massnahmen anwenden. Deren Auswirkungen sind abhängig von der kantonalen Praxis beim Vollzug von Art. 55a KVG, die aufgrund der vorhandenen Gestaltungsfreiheit zwischen den Kantonen in verschiedener Hinsicht variieren kann. Somit sind diverse Unterschiede in der Ausgestaltung der kantonalen Umsetzung der Zulassungsbeschränkung zu erwarten und entsprechend zu untersuchen. Hinsichtlich der kantonalen Vollzugsprogramme sind die folgenden Dimensionen von Interesse:

- *Rechtsform des Erlasses:* Den Kantonen ist prinzipiell freigestellt, in welcher Rechtsform sie die Zulassungsbeschränkung einführen. Nach anfänglicher Unsicherheit, ob dies in Form eines Gesetzes oder eines Regierungsbeschlusses erfolgen solle, empfahl die Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) den Kantonen die Umsetzung mittels einer regierungsrätlichen Verordnung (Amtl. Bull. NR 2002 1304).
- *Zeitpunkt des Inkrafttretens:* Während die Bundesratsverordnung ab dem 4. Juli 2002 gilt, entscheidet jeder Kanton selber, ab welchem Zeitpunkt seine Regelung zur Zulassungsbeschränkung in Kraft tritt. Damit finden sich unterschiedlich lange Übergangsphasen, in welcher für die Verwaltungen und die Gesuchsteller eine gewisse Unsicherheit bestand. Gleichzeitig resultierten daraus unterschiedliche Rahmenbedingungen für die betroffenen Leistungserbringer, welche je nach Situation zu verschiedenen Verhaltensänderungen führen konnten.
- *Geltungsbereich der Zulassungsbeschränkung:* Sofern die Kantone für alle oder einzelne Kategorien der von der Verordnung erfassten Leistungserbringer noch einen Bedarf feststellen, können sie diese Kategorien von der Zulassungsbeschränkung ausnehmen. Ebenso können sie entscheiden, wie sie die Zulassung neuer Leistungserbringer bei einer Unterschreitung der in der Verordnung festgelegten Höchstzahlen handhaben wollen. Art. 3 der Verordnung räumt den Kantonen zudem die Möglichkeit ein, trotz der Zulassungsbeschränkung zusätzliche Leistungserbringer zuzulassen, um eine fachliche Unterversorgung zu vermeiden. Insofern ist die konkrete Ausgestaltung der Zulassungsbestimmungen von zentralem Interesse. Dabei ist insbesondere auch der Frage nachzugehen, wie Praxisübernahmen geregelt werden, und ob von der Zulassungsbeschränkung nur Leis-

tungserbringer betroffen sind, die sich erstmalig niederlassen wollen, oder ob sie auch für solche gilt, die ihre Tätigkeit von einem Kanton in einen anderen verlegen wollen.

- *Entscheidungsgrundlagen:* Weil im ambulanten Bereich Kriterien für eine umfassende Bedarfsplanung fehlen, sind die Zulassungsentscheide der Kantone auf die in den Verordnungsanhängen enthaltenen Höchstzahlen bzw. Versorgungsdichten abzustützen. Nur so ist eine rasche und einfache Umsetzung der Zulassungsbeschränkung möglich (BSV 2001a: 24 und 2002a: 4). Denkbar ist allerdings, dass die Kantone anstelle oder in Ergänzung dieser Werte zusätzliche Entscheidungsgrundlagen heranziehen.
- *Koordination unter den Kantonen:* Die Kantone sind dazu angehalten, sich bei ihren Entscheidungen über die Zulassung von Leistungserbringern untereinander zu koordinieren und die Versorgungssituation in den Nachbarkantonen und in ihren Regionen zu beachten (Art. 2 Abs. 2 der Bundesratsverordnung). Für die vorliegende Untersuchung ist in diesem Zusammenhang von Interesse, wie diese Koordination erfolgt.
- *Umgang mit vorsorglichen Berufsausübungsgesuchen:* Weil bisher eine kantonale Berufsausübungsbewilligung faktisch auch die Tätigkeit für die Krankenversicherung ermöglichte, sofern die Voraussetzungen des KVG erfüllt waren, fallen alle Berufsausübungsgesuche, die vor Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung eingereicht wurden, nicht unter diese Regelung. Die Kantone können Vorschriften erlassen, nach denen Bewilligungen zur Berufsausübung nur unter bestimmten Voraussetzungen erteilt werden, z.B. dass der Leistungserbringer auch wirklich tätig wird. Ob derartige Vorschriften erarbeitet werden und wie sie ausgestaltet sind hat einen zentralen Einfluss auf die Wirkung der Zulassungsbeschränkung, da sie darüber entscheiden, wie rasch die kantonalen Höchstzahlen für bestimmte Leistungserbringer ausgeschöpft oder aufgrund der rechtskräftig eingereichten Gesuche bereits überschritten sind.
- *Entscheidungsinstanz und Beschwerdemöglichkeit:* Da die Kantone neben der Berufsausübungsbewilligung unter der Zulassungsbeschränkung auch zu entscheiden haben, ob Leistungserbringer zur Tätigkeit für die Krankenversicherung zugelassen werden, müssen sie festlegen, wer diesen Zulassungsentscheid fällt und wie sich das Beschwerdeverfahren gestaltet. Auch hier können kantonale Unterschiede bestehen.

Der Output auf kantonaler Ebene wird anhand der folgenden Indikatoren untersucht:

- *Anzahl Gesuche und Anzahl Bewilligungen:* Während die Bewilligungspraxis der Berufsausübung durch die Bundesratsverordnung nicht tangiert wird, beeinflussen all die oben genannten Faktoren die Entscheidungen der Kantone, welche Leistungserbringer künftig zulasten der Krankenversicherung tätig sein dürfen, und welche nicht. Die vorliegende Untersuchung beinhaltet folglich auch die Bewilligungspraxis der Kantone und strebt an, für jede von der Zulassungsbeschränkung betroffene Kategorie eine Übersicht über die Anzahl der bei den Kantonen eingereichten und von diesen bewilligten bzw. ab-

gelehnten Gesuchen um Berufsausübung bzw. Tätigkeit für die Krankenversicherung zu erstellen.

- *Betroffenheit Schweizer/EU-Bürger*: Eines der Argumente zur Einführung der Zulassungsbeschränkung in Art. 55a KVG war, dass sich mit Inkrafttreten der bilateralen Abkommen zwischen der Schweiz und der EU die Zahl ärztlicher Leistungserbringer und entsprechend auch die Kosten für die ambulante Leistungserbringung stark erhöhen könnten (APS 2000: 201). Somit ist auch von Interesse, inwieweit Ärzte aus EU-Staaten von der Zulassungsbeschränkung betroffen sind und ob sich diese Massnahme bezüglich der Herkunft (Schweiz bzw. EU) auf die Zusammensetzung der Ärzteschaft ausgewirkt hat.

2.3 Wirkungsanalyse

Während die Vollzugsanalyse mittels einer Bestandesaufnahme der kantonalen Vollzugspraxis (getroffene Regelungen und Zulassungsentscheide) vorgenommen werden kann, gestaltet sich die Wirkungsanalyse etwas komplexer. Sie sieht sich vor die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, "ob und in welchem Ausmass räumlich und zeitlich identifizierbare Veränderungen in der gesellschaftlichen Wirklichkeit auftreten, die sich möglicherweise auf eine öffentliche Politik zurückführen lassen" (Klöti 1997: 49). In dieser Studie wird untersucht, zu welchen Veränderungen die Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern in den folgenden Bereichen geführt hat:

- *Ambulantes Versorgungsangebot*⁴: Die augenfälligste Auswirkung der Zulassungsbeschränkung bezieht sich auf die Anzahl Leistungserbringer in den von der Regelung betroffenen Kategorien. Es ist somit danach zu fragen, zu welchen Veränderungen die Ankündigung der Verordnung, ihr Erlass und die kantonale Umsetzung hinsichtlich der Anzahl der verschiedenen Leistungserbringer geführt haben. Des Weiteren ist der Frage nachzugehen, zu welchen strukturellen Verschiebungen die Zulassungsbeschränkung innerhalb des Versorgungsangebots geführt hat. Dies betrifft einerseits die räumliche Verteilung, andererseits die fachliche Spezialisierung der ärztlichen Versorgung.
- *Ärztenschaft*: Da die meisten Kantone Art. 55a KVG lediglich auf Ärzte anwenden, ist diese Gruppe die am direktesten betroffene. Die Zulassungsbeschränkung tangiert die Wirt-

⁴ Im Mittelpunkt des Interesses der vorliegenden Studie stehen die ärztlichen Leistungserbringer, da die Zulassungsbeschränkung mit wenigen Ausnahmen ausschliesslich auf die Ärzteschaft angewandt wird. Da die Ärzte nicht nur über die eigenen Leistungen, sondern auch über diejenigen anderer Leistungserbringer wie z.B. Physiotherapeuten, Spitex-Pflegerinnen etc., entscheiden (EDI 2002: 11), ist möglich, dass sich eine Begrenzung der Anzahl Ärzte auch auf diese so genannten delegierten Leistungserbringer auswirkt. Es ist denkbar, dass aufgrund der Zulassungsbeschränkung die – von Ärzten durch ihre Verordnungspraxis beeinflusste – Nachfrage nach ihren Leistungen plafoneiert oder eingeschränkt wird und sich dadurch die ökonomische Situation dieser Anbieter verschlechtert, was sich auf die Zusammensetzung des ambulanten Versorgungsangebots auswirken kann.

schaftsfreiheit der Ärzte und stellt damit eine wesentliche Veränderung der Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung dar (Ayer 2000). Somit ist zu untersuchen, welche konkreten Auswirkungen sich auf die Karrieremöglichkeiten ergeben haben, und zu welchen Strategien Ärzte greifen, die beim Erlass der Zulassungsbeschränkung vor dem Gang in die freie Praxis standen, und die nicht zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen wurden. Die Zulassungsbeschränkung betrifft auch diejenigen Ärzte, die bereits in freier Praxis tätig sind. Von ihnen gehen in der Schweiz jährlich rund 460 in Pension (VSAO-Journal 3/2001). In der Regel werden bestehende Arztpraxen von nachrückenden Ärzten übernommen, die von einer Spitalanstellung in die freie Praxis wechseln. Die Zulassungsbeschränkung schafft dabei neue Rahmenbedingungen, indem sie die Eröffnung neuer Praxen weitgehend verhindert und die Praxisübernahme grundsätzlich als einzige Option für den Gang in die freie Praxis offen lässt. Aufgrund der erhöhten Nachfrage dürften frei werdende Praxen an Attraktivität und Wert gewinnen. Entsprechend interessieren die Auswirkungen dieser veränderten Ausgangslage.

- *Spitalbereich:* In der Regel absolviert ein Arzt nach dem Staatsexamen eine Phase der Weiterbildung, die zwischen fünf und zehn Jahren dauert und in der Tätigkeit als Assistenzarzt im Spital besteht. Spitäler nehmen damit aus ärztlicher Sicht eine Doppelfunktion als Dienstleistungs- und Weiterbildungsstätte ein (Battaglia 1999). Indem durch die Zulassungsbeschränkung der Abgang von Ärzten aus dem Spitalbereich in die freie Praxis eingeschränkt wird, rückt die Stellensituation in den Spitälern ins Blickfeld. Zum einen interessiert die Frage der Verfügbarkeit von Weiterbildungsstellen für Studienabgänger, zum anderen allfällige Massnahmen, um Ärzte nach Abschluss ihrer Weiterbildung weiterhin beschäftigen zu können. Denkbar sind beispielsweise die Weiterbeschäftigung von Ärzten in Spitalambulatorien oder die Schaffung von Stellen für Spitalfachärzte (BSV 2002a: 8). Eine Frage bezieht sich auch auf das Verhältnis zwischen öffentlich und privat finanzierten Spitälern. Da Privatspitäler vor allem auf dem Belegarztsystem beruhen und deshalb weniger Ausbildungsplätze für Ärzte in Weiterbildung zur Verfügung stellen, und private Institutionen teilweise andere administrative Rahmenbedingungen aufweisen als öffentliche Spitäler, ist der Frage nachzugehen, ob sich hinsichtlich der Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung im stationären Bereich systematische Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Spitälern ergeben.
- *Kosten:* Die Gesundheitskosten stellen eine weitere wichtige Zieldimension der Zulassungsbeschränkung dar. In einem interkantonalen Vergleich der öffentlichen Gesundheitsausgaben und der Versicherungskosten hat sich die Ärztedichte als derjenige Faktor herausgestellt, der am höchsten mit dem Kostenniveau korreliert (Rüefli/Vatter 2001). *santésuisse* macht geltend, eine Arztpraxis in der Schweiz löse jährliche Durchschnittskosten von rund 500'000 Franken aus (*santésuisse* 2002). Der Bund erhofft sich durch

die Beschränkung der Ärztezahl eine Dämpfung der Kostenentwicklung. Es ist deshalb auch den Kostenwirkungen dieser Massnahme nachzugehen. Im Vordergrund stehen dabei die Kosten der ärztlichen Leistungserbringung, welche von Privaten und Krankenversicherern getragen werden. Weiter interessieren auch die Kosten, die bei der Umsetzung der Zulassungsbeschränkung durch die Kantone anfallen, sowie allfällige Anpassungskosten, die auf die Zulassungsbeschränkung zurückzuführen sind, z.B. bei strukturellen Veränderungen im stationären Bereich.

2.4 Kontextuelle Einflussfaktoren auf die Untersuchungsgegenstände

Die Zulassungsbeschränkung stellt nur einen von mehreren Einflussfaktoren und Entwicklungen dar, die gestaltend auf die untersuchten Bereiche einwirken. Wenn nun auf der Wirkungsebene Veränderungen festzustellen sind, gilt es herauszufinden, ob diese auf die Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern oder auf andere Ursachen zurückzuführen sind. Angesichts der interessierenden Untersuchungsgebiete sind deshalb die folgenden externen Faktoren in ein umfassendes Wirkungsmodell einzubeziehen:

- *Inkrafttreten der bilateralen Abkommen mit der EU:* Am 1. Juni 2002 ist das Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Union in Kraft getreten, welches zu einer schrittweisen gegenseitigen Öffnung des Arbeitsmarkts führt und die Gleichbehandlung der jeweiligen Arbeitskräfte vorsieht. Dieses Abkommen wird durch die gegenseitige Anerkennung von Berufsdiplomen ergänzt. Während zuvor die Kantone in eigener Kompetenz über die Zulassung ausländischer Ärzte zur Berufsausübung entschieden, gelten seither für Medizinalpersonen aus der EU weitgehend dieselben Voraussetzungen wie für Schweizer. Die zwölfjährige Einführungsphase des Freizügigkeitsabkommens sieht vor, dass die Inländergleichbehandlung für EU-Arbeitskräfte, die vor dem 1. Juni 2002 bereits in der Schweiz tätig waren, ab Inkrafttreten des Abkommens gilt.⁵ Neu einwandernde Erwerbstätige sind allerdings während einer Übergangsfrist von fünf Jahren den bestehenden arbeitsmarktlichen Beschränkungen unterworfen. Die Kantone verfügen über Höchstzahlen für Aufenthalts- und Arbeitsbewilligungen (Ausländerkontingente) und können weiterhin den Inländervorrang geltend machen.⁶ Das Freizügigkeitsabkommen erleichtert damit Leistungserbringern aus der EU den Zugang zum schweizerischen Arbeitsmarkt, was zu einer Vergrösserung des Angebots an Gesundheitsdienstleistungen führen kann. Die Angst vor einer Ärzteschwemme und eines daraus resultierenden Kostenanstiegs stellte denn auch ein Argument für die Schaffung von Art. 55a KVG dar (APS 2000: 201). Auch die FMH ging davon aus, dass die Perso-

⁵ Dies betrifft z.B. die rund 3400 Ärzte ausländischer Herkunft, die Ende 2001 in Schweizer Spitälern tätig waren, deren Titel sofort anerkannt sind (Hänggeli 2002: 1158).

⁶ Wegleitung FMH-BAG Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. www.fmh.ch/index.cfm?l=d&a=1&m=30&o=1012&obj=1. Vgl. auch BSV (2001a: 10ff.).

nenfreizügigkeit zu einer weiteren Zunahme frei praktizierender Ärzte führe, die Rekrutierungsprobleme einiger Spitäler jedoch nicht zu lindern vermöge. Das in der Schweiz bestehende diesbezügliche Verteilungsproblem werde somit weiter verstärkt (Hänggeli 2002: 1159).

- *Veränderungen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medizinalpersonen:* In Zusammenhang mit den bilateralen Abkommen erfolgte im Jahr 2002 eine Revision des Freizügigkeitsgesetzes (FMPG)⁷. Damit übernahm der Bund die Oberaufsicht über die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinalpersonen, deren Ausgestaltung und Durchführung nach wie vor der FMH obliegt. Die privaten FMH-Titel wurden durch eidgenössische Facharzttitel ersetzt, welche ihrerseits den entsprechenden europäischen Titeln gleichgestellt sind. Damit wird die für die Umsetzung der Personenfreizügigkeit notwendige gegenseitige Anerkennung sichergestellt. Die Voraussetzungen zum Erwerb eines Facharzttitels bleiben unverändert. Neu haben hingegen nur noch Inhaber eines eidgenössischen Facharzttitels Anspruch auf eine kantonale Berufsausübungsbewilligung. Die FMH hat ihrerseits per Januar 2002 eine Revision ihrer internen Weiterbildungsordnung vorgenommen (Hänggeli 2001).

Der Zugang zum Medizinstudium unterliegt in den Kantonen Zürich, Bern, Basel-Stadt und Freiburg seit 1998 dem Numerus clausus (APS 1999: 319). Aufgrund der damit verbundenen Reduktion der Ausbildungskapazitäten ist davon auszugehen, dass ab 2004 auch die Anzahl Studienabgänger abnimmt. Dieser Umstand wirkt sich auf die Zahl künftiger Leistungserbringer aus, indem zum einen in den Spitälern weniger Assistenzärzte zur Verfügung stehen werden, zum anderen der Zustrom in die freie Praxis abnehmen wird. Gilliland (2001b: 150) geht allerdings davon aus, dass sich diese Effekte nicht vor 2015 bemerkbar machen werden.

- *Ärztedemographie und Arztberuf:* Verschiedene Entwicklungen verändern die Beschaffenheit der schweizerischen Ärzteschaft. Zum einen nimmt zwar die Ärztedichte kontinuierlich zu⁸, gleichzeitig ist jedoch der Anteil der Ärzte mit Praxistätigkeit⁹ an der Gesamtheit der berufstätigen Ärzte seit 1939 (71%) kontinuierlich gesunken und betrug 2002 noch 55% (Hänggeli et al. 2001: 41 und FMH 2003a: 803). Eine der prägnantesten Tendenzen betrifft die zunehmende Spezialisierung der Ärzteschaft, welche dazu führt, dass

⁷ Bundesgesetz betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 19. Dezember 1877 (SR 811.11)

⁸ 1985 zählte die Schweiz 9298 frei praktizierende Ärzte (142 pro 100'000 Einwohner), im Jahr 2001 waren es 14'178 (195 pro 100'000 Einwohner) (BSV 2002b: 151). Gilliland (2001c) prognostiziert einen weiteren Anstieg der Ärztedichte bis 2015/2020, weil jährlich mehr Ärzte eine Praxis eröffnen werden, als in den Ruhestand treten. Da jedoch davon auszugehen ist, dass die Zahl der Studierenden, der Diplomabgänger und der im Spital tätigen Ärzte künftig stagniert, wird sich die Zunahme der Ärztedichte abschwächen.

⁹ Dazu zählt die FMH Ärzte, die in eigener medizinischer Verantwortung Patienten behandeln, sowie Ärzte mit Spitaltätigkeit, die ihr Einkommen ganz oder teilweise aus Patientenhonoraren beziehen (Hänggeli et al. 2001: 41).

der Anteil der Allgemeinmediziner innerhalb der Ärzteschaft laufend leicht abnimmt (Seifert 1998: 4). 1990 verfügten 62,8% der Ärzte über einen FMH-Facharztstitel (BSV 1992: 101), 2002 waren es 65,6% (BSV 2002b: 150). Nachdem zwischen 1990 und 2001 das Durchschnittsalter der berufstätigen Ärzte von 47 auf 45 Jahre gesunken war (Eggl 2003: 9), ist gemäss Gilliland (2001b: 150) aufgrund stagnierender Studierendenzahlen künftig wieder von einer Alterung auszugehen. Weiter ist eine Feminisierung der Ärzteschaft festzustellen. Während sich der Frauenanteil unter den Medizinstudierenden zwischen 1992/93 und 2001/02 von 43 auf 52% erhöht hat (Angaben des BFS¹⁰), verdoppelte sich die Anzahl Ärztinnen zwischen 1972 und 1999 ungefähr (Gilliland 2001a: 126). Der Frauenanteil entwickelt sich allerdings je nach Art der Berufstätigkeit und Fachgebiet (Hänggeli et al. 2001: 43). Damit einher geht eine zunehmende Entwicklung zur Teilzeitarbeit in der Arztpraxis und zur Bildung von Gruppenpraxen (Seifert 1998: 7; Hänggeli et al. 2001: 43). Diese Trends beeinflussen nicht nur die individuellen ärztlichen Karrieren, sondern auch das verfügbare Leistungsvolumen insgesamt.

- *Veränderungen im ambulanten Sektor:* Das ambulante Versorgungsangebot im schweizerischen Gesundheitswesen ist gewissen Veränderungen unterworfen, die sich insbesondere auf die Rahmenbedingung der Leistungserbringung beziehen. Die wichtigsten Entwicklungen stehen in Zusammenhang mit der Vergütung ärztlicher Leistungen. Zum einen wird per 1. Januar 2004 das neue Tarifsystem TARMED eingeführt. TARMED beinhaltet zum einen die gesamtschweizerische Harmonisierung der Tarifstruktur ambulanter Leistungen, zum anderen eine Aufwertung der intellektuellen und manuellen ärztlichen Leistungen gegenüber technisch-apparativen Leistungen (vgl. Weissenburger 2001). Es ist zu erwarten, dass sich die daraus resultierenden Einkommensverschiebungen künftig auf die fachliche Zusammensetzung bzw. die Spezialisierung der Ärzteschaft auswirken wird. Zum anderen wurde im Rahmen der zweiten KVG-Revision¹¹ die Lockerung des Kontrahierungszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringern diskutiert. Diese Massnahme wird die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Ärzteschaft grundlegend verändern. Es ist zu erwarten, dass die Stärkung des Wettbewerbsprinzips sich auf die Zahl und die Qualität der ärztlichen Leistungserbringer auswirkt, aber auch die Karriereplanung der in Aus- oder Weiterbildung stehenden Ärzte beeinflusst.
- *Veränderungen im Spitalbereich:* Verschiedene aktuelle Entwicklungen im stationären Bereich beeinflussen den Verlauf von ärztlichen Karrieren. Ihnen zugrunde liegt die Arbeitssituation von Ärzten in Spitälern. Die Doppelfunktion der Spitäler als Dienstleistungs- und Weiterbildungsstätte (s.o.) hat zur Folge, dass die medizinische Ver-

¹⁰ Zahlen des BFS (www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber15/donbas_hsw/studbas_d.htm)

¹¹ Die zweite Revision des KVG wurde zwischen 2001 und 2003 im Parlament beraten. Nach der Ablehnung der Vorschläge der Einigungskonferenz durch den Nationalrat am 17. Dezember 2003 ist das Geschäft jedoch gescheitert.

sorgung im stationären Bereich hauptsächlich durch Assistenzärzte sichergestellt wird, welche aufgrund der Struktur der ärztlichen Weiterbildung häufig ihre Stelle wechseln und mangels längerfristiger Beschäftigungsmöglichkeiten nach Abschluss ihrer Weiterbildung in die freie Praxis wechseln (Schaller et al. 1999). Gleichzeitig herrschen unattraktive Arbeitsbedingungen mit hoher Präsenzzeit. Um diesen Umständen zu begegnen, wurden in den letzten Jahren verschiedene Reformen der ärztlichen Leistungserbringung im Spital eingeleitet. Eine davon betrifft die Propagierung des Berufsprofils des Spitalfacharztes¹². Seit 2000 haben die Kantone Luzern, Bern, Zürich und St. Gallen diese neue Funktion eingeführt (APS 2002: 198). Die Schaffung derartiger Stellen wird allgemein als Möglichkeit gesehen, die Arbeitsbelastung der Assistenz- und Oberärzte zu reduzieren, die Kontinuität der ärztlichen Betreuung im Spital zu erhöhen, die Attraktivität von Spitalanstellungen zu steigern und dadurch auch den Zustrom in die freie Praxis einzudämmen (vgl. VSAO-Journal 2/02: 10; BSV 2002a: 8). In demselben Kontext steht die im März 2002 erfolgte Änderung des Arbeitsgesetzes, mit welcher die Arbeits- und Ruhezeitvorschriften auf Assistenzärzte in Weiterbildung ausgedehnt werden. Die Kantone haben diesen Schritt bis zum 1. Januar 2005 umzusetzen (AS 2002 2547; vgl. VSAO-Journal 4/5/02: 8f.). Die Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf die ärztliche Situation im Spitalbereich sind vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen zu betrachten. So ist denkbar, dass der Erlass der Zulassungsbeschränkung eine Katalysatorwirkung entfaltet hat, indem die Kantone oder Spitäler dazu angeregt wurden, bereits laufende Massnahmen zu beschleunigen oder neue zu ergreifen, um die Arbeitsbedingungen für Assistenzärzte zu verbessern.

Andere denkbare Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf den Spitalbereich sind ein Ärztemangel, der daraus hätte resultieren können, dass eine grosse Zahl von Ärzten mit abgeschlossener Weiterbildung den Gang in die Selbständigkeit unternahm, bevor die Zulassungsbeschränkung dies verunmöglichte. Umgekehrt wurde hingegen u.a. vom VSAO befürchtet, die Massnahme führe zu einem Ärztestau in den Spitälern, weil diejenigen Ärzte, die am Eröffnen einer eigenen Praxis gehindert würden, länger im Spital tätig blieben und die verfügbaren Weiterbildungsstellen blockierten.¹³ Im Laufe dieser Untersuchung ist nachzugehen, ob sich eines dieser Phänomene eingestellt hat.

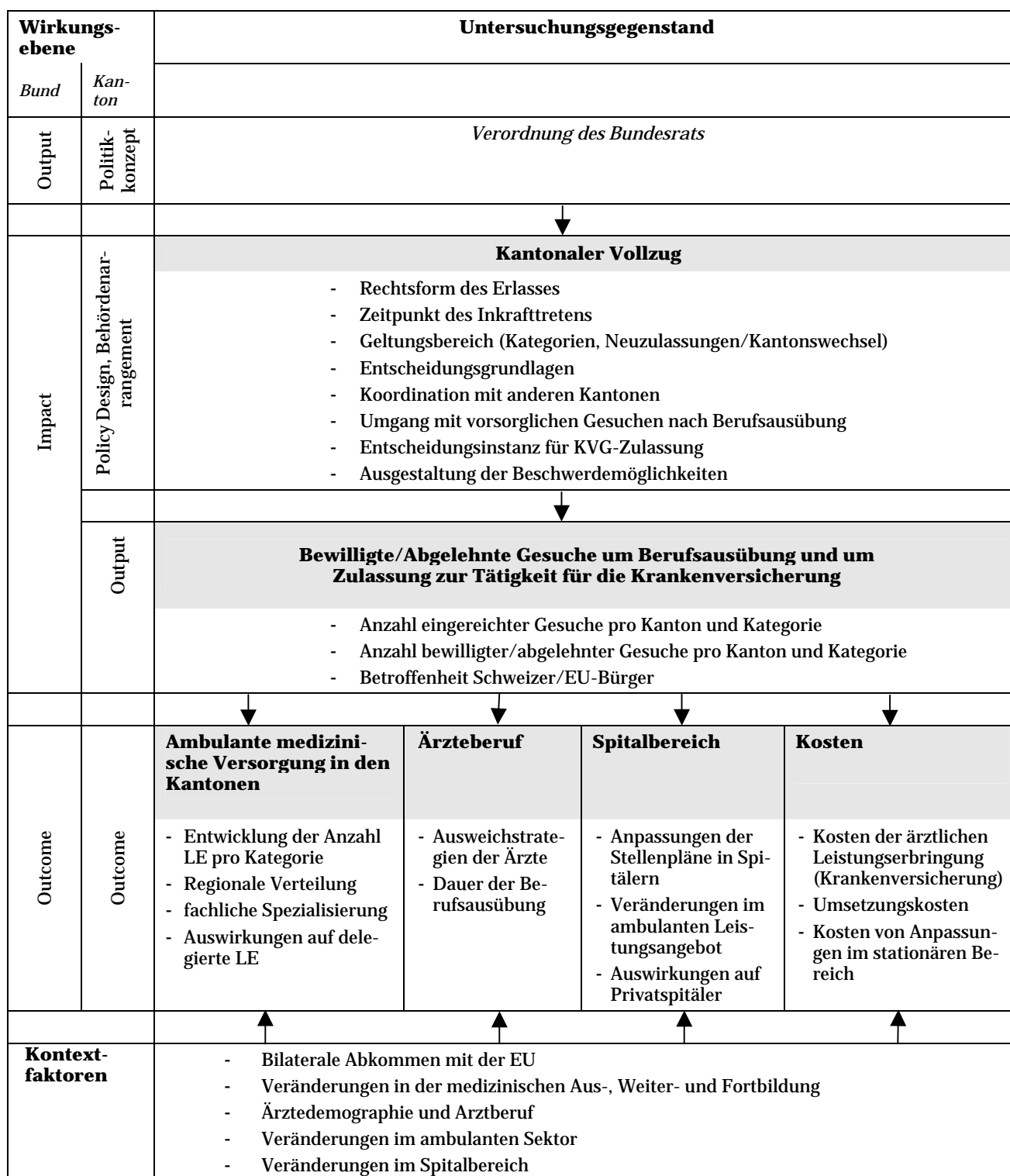
¹² Bei Spitalfachärzten handelt es sich um Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung, welche unbefristet und mit klar definierter Arbeitszeit primär für die Dienstleistung in Spitälern, d.h. für die ärztliche Betreuung von Patienten, angestellt sind (VSAO-Journal 2/02: 10).

¹³ Communiqué des VSAO vom 11. Juni 2002 (VSAO-Journal 6/02: 5).

2.5 Wirkungsmodell zur Analyse des Vollzugs und der Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung

Die obigen Ausführungen zu den Untersuchungsgegenständen und zu den Einflussfaktoren lassen sich im folgenden Wirkungsmodell zusammenfassend darstellen (Abbildung 2):

Abbildung 2: Wirkungsmodell zur Analyse der Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung



LE = Leistungserbringer

2.6 Methode und empirisches Vorgehen

Um die Fragestellungen zu beantworten und die Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern zu analysieren, kam ein mehrstufiges Vorgehen zur Anwendung. Die Erhebung der kantonalen Vollzugspraxis erfolgte mittels einer standardisierten schriftlichen Befragung der Gesundheitsdirektionen aller 26 Kantone. Die vollständige Erfassung der Vollzugsprogramme (Policy Design und Behördenarrangement) sowie der Outputs auf kantonaler Ebene ermöglichte einen systematischen Überblick über die in Abschnitt 2.2 erörterten Dimensionen des kantonalen Vollzugs, über die Entwicklung der Anzahl Berufsausübungs- und Zulassungsgesuche und über die kantonale Entscheidungspraxis. Gleichzeitig wurden auch erste Angaben über die Wirkungen der Zulassungsbeschränkung erfragt. Ergänzend zur Vollerhebung bei den Kantonen wurden die eigenen Erhebungen der Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) und Daten des Zahlstellenregisters von santésuisse konsultiert.

Mittels einer Serie von Expertengesprächen mit Vertretern der wichtigsten Ärzteverbände auf nationaler Ebene wurden allgemeine Informationen zu den Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung erhoben, die sich nicht auf eine konkrete kantonale Situation beziehen. Diese Gespräche dienten insbesondere der Analyse der Auswirkungen auf den Ärzteberuf.

Anhand der Ergebnisse der Kantonsbefragung und von Hinweisen aus Gesprächen mit Verbandsvertretern auf nationaler Ebene wurde eine Auswahl von drei Modellkantonen getroffen, die sich hinsichtlich ihrer Vollzugspraxis voneinander unterscheiden. Die ausgewählten Kantone sind Gegenstand von Fallstudien, die sich methodisch aus zwei Komponenten zusammensetzen. Neben einer vertieften quantitativen Analyse der Entwicklung der Gesuche und Bewilligungen um Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung und der Anzahl Leistungserbringer in einem Kanton wurden strukturierte Leitfadeninterviews mit zentralen Akteuren geführt, um anhand dieser Beispiele die Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung zu dokumentieren und qualitativ zu analysieren.

Da die Zulassungsbeschränkung auf Bundesebene erst seit kurzem in Kraft ist, ist eine quantitative Analyse der Kostenwirkungen nur in sehr beschränktem Ausmass möglich. Anhand der Erkenntnisse zu den Auswirkungen auf das ambulante Leistungsangebot und auf den Spitalbereich und in Abhängigkeit der verfügbaren Kostendaten kann jedoch eine qualitative prospektive Abschätzung der Kostenwirkungen vorgenommen werden.

2.7 Bemerkungen zur Datenlage

Um Veränderungen in den in Abschnitt 2.3 erörterten Wirkungsbereichen beschreiben, dokumentieren und analysieren zu können, sind möglichst zuverlässige, systematisch erhobene und vergleichbare Datengrundlagen erforderlich. Diesbezüglich stellt sich hingegen das Problem, dass im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung nur wenige Datenquellen vorhanden sind, die auf verschiedenen Grundlagen beruhen und einem jeweils spezifischen Er-

kenntnisinteresse dienen. Deshalb sind sie unterschiedlich aufgebaut, nur bedingt vergleichbar und folglich in ihrer Aussagekraft eingeschränkt (vgl. Eggli 2003: 8). Die fehlenden Informationsgrundlagen über die Anzahl berufstätiger Medizinalpersonen, über den Umfang ihres Leistungsvolumens und über die Anzahl der zulasten der Krankenversicherung tätigen Leistungserbringer verunmöglichten denn auch bisher die Bildung von Kriterien zur Beurteilung der Versorgungssituation und zur Erstellung von Bedarfsplanungen im ambulanten Bereich (vgl. BSV 2001a). Besonders problematisch erscheint dabei der Umstand, dass über den Beschäftigungsgrad bzw. über die Arbeitszeiten der Ärzteschaft in der Schweiz keine Informationen greifbar sind (Eggli 2003: 13).

2.7.1 Datenlage im ambulanten Bereich

Im Rahmen der vorliegenden Studie werden verschiedene Indikatoren zur Beschreibung der Entwicklung in der ambulanten Versorgung verwendet, auf welche im Folgenden kurz eingegangen werden soll.

Die zuverlässigsten und umfassendsten Angaben zur ambulanten Versorgungssituation finden sich in der Ärztestatistik der FMH. Diese bezieht sich auf rund 95% aller in der Schweiz ansässigen Ärzte und wird jährlich von der FMH publiziert. Sie unterscheidet grundsätzlich zwischen Ärzten mit und ohne Praxistätigkeit und ist jeweils nach (Fach-)Arztitel und nach Kanton aufgeschlüsselt. Ärzte mit Praxistätigkeit sind Ärzte, die in eigener medizinischer Verantwortung Patienten behandeln, sowie Ärzte, die neben der Spitaltätigkeit, zusätzlich Patientenhonorare beziehen. Es sind dies z.B. Ärzte mit privater Praxistätigkeit (Voll- und Teilzeit), Spitalärzte (Chef-, Leitende, Beleg-, gegebenenfalls Oberärzte) mit Praxistätigkeit, Ärzte mit Praxistätigkeit, die zusätzlich in irgendeiner Form auch angestellt sind, oder angestellte Ärzte, die zusätzlich eine Praxistätigkeit ausüben (FMH 2003a: 820). Ärzte ohne Praxistätigkeit sind berufstätige Ärzte, die nicht in der Kategorie "Ärzte mit Praxistätigkeit" enthalten sind, d.h. Chef-, Leitende und Oberärzte, Assistenten und Ärzte mit anderer Berufstätigkeit (Verwaltung, Industrie, Versicherungen etc.). Die FMH-Statistik unterscheidet somit nicht exakt zwischen der Tätigkeit im ambulanten und im stationären Bereich. Die Angabe "Ärzte mit Praxistätigkeit" enthält etwas mehr Ärzte, als effektiv im ambulanten Bereich tätig sind. Die genaue Höhe der Differenz kann nicht eruiert werden, sie fällt jedoch umso höher aus, je mehr Ärzte an Spitälern beschäftigt sind (BSV 2001a: 13). Informationen über den Beschäftigungsgrad oder über Teilzeitarbeit finden sich in der FMH-Statistik ebenso wenig wie Angaben über Praxiseröffnungen und -schliessungen oder über die Anzahl Einzel- und Gruppenpraxen.¹⁴

¹⁴ Direktauskünfte von Christoph Kreyden, Abteilungsleiter Dienstleistungen/Mitgliedschaft der FMH, Bern, 1. Dezember 2003 und Reto Steiner, Abteilung Kommunikation der FMH, 5. Dezember 2003.

Die kantonalen Gesundheitsbehörden führen jeweils ein Bewilligungsregister, in welchem die ausgestellten Berufsausübungsbewilligungen (BAB) erfasst werden. Aufgrund der kantonal variierenden Gesetzgebung über die Ausübung von Medizinalberufen sind diese Register jedoch unterschiedlich aufgebaut und nach uneinheitlichen Kategorien gegliedert (Eggli 2003: 9). So ist z.B. in manchen Kantonen für die privatärztliche Tätigkeit im Rahmen einer Spitalanstellung eine BAB erforderlich, in anderen nicht (vgl. hierzu Tabelle 14 auf Seite 40). Bei der Analyse der kantonalen Zahlen zu den beantragten und ausgestellten BAB ist jeweils zu beachten, dass diese Angaben auf von Kanton zu Kanton unterschiedlichen Grundgesamtheiten beruhen. Die Kantone erfassen zudem nur die Anzahl ausgestellter Bewilligungen pro Kategorie. Ob, wann und in welcher Form von dieser Bewilligung Gebrauch gemacht wird, kann in der Regel nicht festgestellt werden. Die Zahl der erteilten BAB gibt somit keine Auskunft über die effektive Tätigkeit der Leistungserbringer. Stellt ein Arzt seine Aktivitäten ein oder verlagert er sie in einen anderen Kanton, schlägt sich das in den kantonalen Statistiken ebenso wenig nieder wie sein Beschäftigungsgrad. Ist ein Arzt in verschiedenen Funktionen gleichzeitig tätig, kann es auch sein, dass er über mehrere Bewilligungen verfügt.

Ähnliche Probleme stellen sich in Zusammenhang mit den Angaben aus dem Zahlstellenregister (ZSR) von *santésuisse* (Eggli 2003: 9). Diese Datenbank beinhaltet die Abrechnungsnummern der bei *santésuisse* registrierten Leistungserbringer und dient einzig administrativen Zwecken. Die ZSR-Nummer erfasst als Einheiten nicht Personen oder Organisationen, sondern Rechnungsteller. Das hat zur Folge, dass mehrere Personen sich eine einzelne ZSR-Nummer teilen bzw. einzelne Leistungserbringer je nach Tätigkeit über mehrere Nummern abrechnen können. Da das Register nicht statistischen Zwecken dient, wird es nicht systematisch nachgeführt und kann somit auch nicht mehr aktive bzw. verstorbene Leistungserbringer enthalten. Die Kategorisierung der Ärzte richtet sich zudem nach tarifrelevanten Kriterien und stimmt nicht notwendigerweise mit den FMH-Fachtiteln überein. Auch das ZSR-Register enthält keine Angaben über den Beschäftigungsgrad von Leistungserbringern, ermöglicht dagegen Aussagen über das Fakturierungsvolumen der Träger einer Abrechnungsnummer. Zu beachten ist ebenfalls, dass viele Leistungserbringer erst einige Jahre nach Erhalt der kantonalen BAB eine ZSR-Nummer beantragen, was die Aussagekraft dieses Indikators weiter einschränkt ("Fragen und Probleme betreffend den Zulassungsstopp für Leistungserbringer", Schreiben von *santésuisse* an die kantonalen Gesundheitsdepartemente vom 17. Juli 2002).

2.7.2 Datenlage im stationären Bereich

Ähnliche Probleme stellen sich bei der Dokumentation des stationären Bereiches. Eine grundlegende Schwierigkeit ergibt sich aus dem Umstand, dass die politische Steuerung des Spitalwesens in der Schweiz zunehmend über Globalbudgets und Leistungsaufträge erfolgt

(vgl. Bolgiani 2002), was zur Folge hat, dass die Kantonsbehörden über keine detaillierten Informationen zur Stellensituation an den Spitälern verfügen, weil sie nicht mehr zentral gesammelt werden. Die dazu verfügbaren Datentabellen der Krankenhausstatistik des BFS (BFS 2003: 22f.) decken zwar einen grossen Teil der Schweizer Spitäler ab, sind jedoch zu wenig differenziert aufgebaut, um die quantitative Verteilung der verschiedenen Hierarchiestufen von im Spital tätigen Ärzten abzubilden.

Einige Angaben können teilweise aus der FMH-Statistik gezogen werden, deren Tabelle "Basisorganisationen nach Beitragskategorie" seit dem Jahr 2000 die Mitgliederzahlen der kantonalen Ärztesellschaften nach Beitragskategorie aufschlüsselt und es so zumindest ermöglicht, zwischen selbständig und unselbständig tätigen Ärzten sowie leitenden Ärzten zu unterscheiden. Nicht nach Kantonen gegliedert sind jedoch die Mitgliederzahlen des VSAO bzw. seiner Regionalsektionen.

Das Problem des unterschiedlichen Beschäftigungsgrades stellt sich auch im stationären Bereich. Über die Arbeitsbedingungen von Ärzten im Spital liegen nur punktuelle, aber keine systematischen Informationen vor (Eggli 2003: 13). Auch die Arbeitsgruppe "Bedürfnisklausel" musste feststellen, dass zu wenig Informationen über die Anzahl Stellen, die Anzahl offener Stellen oder die Art und Zahl der durch ausländische Ärzte besetzten Stellen vorhanden sind (BSV 2001a: 29).

3 Die Vollzugspraxis der Kantone

3.1 Die Zulassung von Medizinalpersonen zur Berufsausübung und zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Das KVG sieht für frei praktizierende Ärzte kein formelles Zulassungsverfahren zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vor. Personen, die über eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung verfügen, können zulasten der Krankenversicherung tätig sein, sofern sie die Voraussetzungen des KVG bezüglich Aus- und Weiterbildung erfüllen (BSV 2001a: 6ff.; BSV 2001b: 8f.). Art. 55a KVG ermöglicht es dem Bundesrat, diese Praxis einzuschränken, was er mit seiner Verordnung vom 3. Juli 2002 auch tat.

Die Kantone regeln im Rahmen ihrer eigenen Gesetzgebung die Zulassung zur Berufsausübung im Gesundheitswesen (Ayer 2000: 7).¹⁵ In der Regel ist dafür eine ausdrückliche Bewilligung erforderlich, welche mit bestimmten Auflagen verbunden sein kann (BSV 2001a: 8). Über diese gesundheitspolizeilichen Regelungen hinaus bestehen keine weiteren Steuerungsmechanismen (European Observatory 2000: 23). Im Gegensatz zum stationären Bereich unterliegt die Zulassung frei praktizierender Ärzte auch keiner kantonalen Planung (EDI 2002: 11; BSV 2001b: 9).

In Anwendung von Art. 55a KVG erteilte der Bundesrat durch seine Verordnung vom 3. Juli 2002 den Kantonen neu die Kompetenz, die Zulassung von Leistungserbringern auf eine festgelegte Höchstzahl zu begrenzen. Diese Zulassungsbeschränkung bezieht sich nun nicht auf die Bewilligung der Berufsausübung, die nach wie vor nach kantonalem Recht erteilt werden kann und muss, sondern lediglich auf die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP. Diese erfolgt somit nicht mehr automatisch, sondern nach einer Prüfung des Einzelfalls durch die kantonalen Behörden. Die Bundesratsverordnung sieht vor, dass die Kantone einzelne Kategorien von Leistungserbringern von der Zulassungsbeschränkung ausnehmen (Art. 2 Bst. a) oder bei Unterversorgung in Kategorien, für welche die Höchstzahlen gelten, Ausnahmezulassungen erteilen können (Art. 3).

Für Ärzte in freier Praxis stellt die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP eine existenzielle Voraussetzung dar.¹⁶ Insofern kommt den kantonalen Zulassungsentscheiden eine grosse Bedeutung zu, indem sie gleichzeitig auch über die Möglichkeiten der freien Berufsausübung

¹⁵ Als Rahmenbedingungen gibt der Bund in Art. 11 FMFG vor, dass Inhaber eines eidgenössischen ärztlichen Weiterbildungstitels dazu berechtigt sind, in der ganzen Schweiz den Arztberuf selbständig auszuüben, und dass die Kantone Berufsausübungsbewilligungen nur an Inhaber eines eidgenössischen oder anerkannten ausländischen Weiterbildungstitels abgeben dürfen.

¹⁶ Die ambulante Leistungserbringung durch Ärzte wurde im Jahr 2000 zu 54,6% durch die OKP (Grundversicherung) finanziert. 34% entfielen auf Direktzahlungen von privaten Haushalten für nicht gedeckte Leistungen ("out of pocket") und Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung. Private Versicherungen steuerten 7%, die übrigen Sozialversicherungszweige (UV, IV, MV) 4,5% zur Finanzierung der Ärzte bei (BFS 2002: T9).

befinden. Durch die Einzelfallprüfung verfügen die Kantone ausserdem über ein neues Instrument zur Steuerung der Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich, indem sie nun einerseits auf die fachliche Zusammensetzung des Versorgungsangebots, andererseits auf die regionale Verteilung der Leistungserbringer Einfluss nehmen können. Diese Steuerungsmöglichkeit erfasst allerdings nur diejenigen Leistungserbringer, welche nach Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung die Tätigkeit zulasten der OKP aufnehmen wollten. Vor dem 3. Juli 2002 gestellte Anträge für eine Berufsausübungsbewilligung werden gemäss Art. 5 der Bundesratsverordnung von der Zulassungsbeschränkung nicht erfasst.

Da die Kantone bei der Ausgestaltung der Zulassungsbeschränkung über einen grossen Handlungsspielraum verfügen, ist hinsichtlich der Nutzung des neuen Steuerungsinstruments eine entsprechend breite Varianz zu erwarten. Von Bedeutung sind diesbezüglich insbesondere die Frage, welche Leistungserbringer von der Zulassungsbeschränkung erfasst werden, und die Ausgestaltung der Bestimmungen über die Ausnahmezulassungen bei Unterversorgung.¹⁷ Daneben können sich die kantonalen Zulassungsbestimmungen auch in weiteren Merkmalen unterscheiden, z.B. in der Höhe von Gebühren oder in der Befristung von Bewilligungen.

Anhand der systematischen Auswertung aller verfügbaren kantonalen Umsetzungserlasse zu Art. 55a KVG und der Ergebnisse einer schriftlichen Umfrage bei allen 26 Kantonen kann die kantonale Vollzugspraxis vergleichend dargestellt und analysiert werden. Zunächst erfolgt jedoch eine kurze Darstellung der Phase der kantonalen Beschlussfassung, die auf der Basis der Dokumentation des SDK-Zentralsekretariats¹⁸ erstellt wurde.

3.2 Die Beschlussfassung zur Umsetzung der Zulassungsbeschränkung in den Kantonen

Der Erlass der Zulassungsbeschränkung löste in den Kantonen einige Unsicherheit über die Vollzugsmodalitäten aus. Zum einen bestand Unklarheit über die Qualität der in den Verordnungsanhängen enthaltenen Höchstzahlen, zum anderen stellten sich grundsätzliche juristische Fragen zur Umsetzung. Darüber hinaus stellte die grosse Zahl vor dem 4. Juli 2002 eingegangener Zulassungsgesuche die Kantone vor Probleme. An einer SDK-Vorstandssitzung vom 4. Juli 2002 wurde beschlossen, dass die SDK-Regionen¹⁹ eine Koordinationsfunktion

¹⁷ Der Begriff "Unterversorgung" ist weder in der Bundesratsverordnung noch im dazugehörigen Kommentar (BSV 2002a) näher definiert.

¹⁸ Der Zugang zu der Dokumentation des SDK-Zentralsekretariats wurde von Roland Unternährer gewährt. Ihm sei an dieser Stelle dafür herzlich gedankt.

¹⁹ Die SDK ist in vier regionale Konferenzen unterteilt: Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS: BE, FR, TI, VD, NE, GE, JU), Nordwestschweizer Sanitätsdirektorenkonferenz (BE, SO, BS, BL, AG, JU, LU), Sanitätsdirektorenkonferenz der Ostschweizer Kantone und des Fürstentums Liechtenstein (ZH, GL, SH, AR, AI, SG, GR, TG, FL mit ZG als ständiger Gast), Zentralschweizer Gesundheitskonferenz (ZGDK: LU, UR, SZ, NW, OW, ZG). Daneben existieren zwei weitere Gremien, die kantonale Gesundheitsämter versammeln: Das Groupement romand des services

übernehmen und die Vollzugsinhalte und –abläufe untereinander harmonisieren sollten. Die Behandlung von Gesuchen, die nach dem 3. Juli 2002 eintreffen, sollte sistiert werden, bis die Kantone ihre Vollzugsbestimmungen in Kraft gesetzt hatten. (Auszug aus dem Protokoll des SDK-Vorstands vom 4. Juli 2002).

Die Ergebnisse der Kantonsbefragung (vgl. dazu 3.4) zeigen, dass von den 24 antwortenden Kantonen alle ausser Appenzell Ausserrhoden bei der Ausarbeitung des kantonalen Umsetzungserlasses vor allem im Rahmen der SDK-Regionalkonferenzen (vgl. Fussnote 19) mit anderen Kantonen zusammenarbeiteten. Dabei war Luzern sowohl in der ZGDK als auch in einer Arbeitsgruppe der Nordwestschweizer Kantone vertreten. Bern beteiligte sich sowohl an der Nordwestschweizer Arbeitsgruppe als auch an den Arbeiten der Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS). Die Kantone der SDK-Ost blieben weitgehend unter sich.

Die bei der SDK gesichteten Unterlagen zeigen, dass vor allem innerhalb der CRASS eine intensive Zusammenarbeit zur Umsetzung der Zulassungsbeschränkung stattfand. Die darin versammelten Kantone liessen u.a. eine eigene Studie erarbeiten, um die Zahlen des Verordnungsanhangs zu überprüfen. Die Nordwestschweizer Kantone bildeten eine Arbeitsgruppe unter der Leitung des Kantons Basel-Stadt, die in zwei Sitzungen "umfassende Vorschläge zu einer einheitlichen Umsetzung der Verordnung in den Kantonen" erarbeitete (Schreiben des Sanitätsdepartements des Kantons Basel-Stadt an die SDK vom 4. September 2002).

In der Zentralschweiz leisteten die Rechtsdienste der Kantone Luzern und Zug Vorarbeit zuhanden der ZGDK. Alle Zentralschweizer Gesundheitsdepartemente mit Ausnahme von Luzern führten eine Umfrage durch, um die Zahlen in Anhang 1 der Bundesratsverordnung zu überprüfen und die effektive Versorgungssituation zu erheben. Es war vorgesehen, spätestens im November 2002 die kantonalen Vollzugsverordnungen zu erlassen. Dabei orientierten sich die Zentralschweizer Kantone am Verordnungsentwurf, den der Kanton Aargau bereits bis Ende August erarbeitet hatte (Protokoll und Beilage 4 der ZGDK-Sitzung vom 30. August 2002). Zur interkantonalen Zusammenarbeit im Rahmen der SDK-Ost liegen keine näheren Informationen vor.

Während bei der Erarbeitung der kantonalen Umsetzungserlasse und der Vollzugsmodalitäten ein reger Austausch zwischen den Kantonen herrschte, der hauptsächlich im Rahmen der regionalen SDK-Konferenzen erfolgte, arbeiten im eigentlichen Vollzug gemäss der Kantonsbefragung einzig die Westschweizer Kantone (Freiburg, Jura, Neuenburg, Waadt und Wallis) zusammen. Ihren Angaben entsprechend pflegen sie einen Informationsaustausch über die Kategorien auf der Warteliste, über unbesetzte Stellen, verfügbare Arztpraxen und verweigerter Zulassungen. Von den Deutschschweizer Kantonen gab lediglich der Kanton Schaffhausen

de santé publique (GRSP: BE, FR, TI, VD, VS, NE, GE, JU) und der Arbeitsausschuss der Inner-schweizer Sanitätsdirektorenkonferenz ISA.

an, im Fall einer Praxisverlegung Rücksprache mit dem Kanton Zürich gehalten zu haben, um sicherzustellen, dass der betreffende Leistungserbringer seine Zulassung im Kanton Zürich aufgab.

3.3 Übersicht und Vergleich der getroffenen kantonalen Regelungen

Mit zwei Ausnahmen haben nach Inkraftsetzung der bundesrätlichen Verordnung über die Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern vom 3. Juli 2002 alle Kantone Umsetzungsbestimmungen erlassen. Der Kanton Nidwalden hat bisher auf eine Vollzugsverordnung verzichtet und wendet die Bundesratsverordnung direkt an.²⁰ Im Kanton Tessin verfügt die Regierung aufgrund der kantonalen Gesetzgebung²¹ nicht über die Kompetenz, Bundesrecht direkt anzuwenden, weshalb der Erlass eines Gesetzes durch das Kantonsparlament erforderlich ist. Am 18. Juni 2003 legte die Kantonsregierung die Botschaft²² zu einem Gesetz über die Anwendung der Zulassungsbeschränkung vor, im Herbst befasste sich die vorbereitende Gesundheitskommission des Kantonsparlaments mit dem Vorschlag.²³ Das Gesetz wird nach der Beratung und Verabschiedung durch das Parlament und nach Ablauf der Referendumsfrist in Kraft treten, d.h. frühestens im ersten Halbjahr 2004.

Zwecks einer Bestandesaufnahme der kantonalen Vollzugspraxis wurden alle verfügbaren kantonalen Umsetzungserlasse (vgl. Liste in Anhang 1) gesammelt und miteinander verglichen.²⁴ Die nachfolgenden Tabellen bieten eine Übersicht über die Erlasse und ihre wichtigsten Eigenschaften. Von Interesse ist dabei auch, wie homogen sich der Vollzug innerhalb der vier SDK-Regionalkonferenzen gestaltet. Dabei werden die Kantone Bern und Jura, die sowohl der Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) als auch der Nordwestschweizer Sanitätsdirektorenkonferenz angehören, der CRASS zugeordnet, da sie sich bei den Umsetzungsarbeiten schwergewichtig an dieser Regionalkonferenz orientierten. Der Kanton Luzern, der gleichzeitig Mitglied der ZGDK und der Nordwestschweizer Sanitätsdirektorenkonferenz ist, wird der ZGDK zugerechnet, da er als grösster Zentralschweizer Kanton eine gewisse Vorreiterrolle ausübt.

²⁰ www.nw.ch/regierung_verwaltung/direktionen/gesundheit_soiales/gesundheitsamt/aktuelles/aerztestopp.html

²¹ Art. 78 cpv. 1 lett. a bzw. Art. 78 cpv. 2 della Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato

²² Decreto legislativo concernente l'applicazione dell'art. 55a della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione contro le malattie per il periodo dal 4 luglio 2002 al 3 luglio 2005 (Messaggio no. 5402 dal 18 giugno 2003; www.ti.ch/CAN/SegGC/comunicazioni/GC/odg-mes/5402.htm).

²³ Rapporto della Commissione speciale sanitaria sul messaggio 18 giugno 2003 riguardante il decreto legislativo concernente l'applicazione dell'art. 55a della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione contro le malattie per il periodo dal 4 luglio 2002 al 3 luglio 2005, 27. November 2003

²⁴ Beim Zitieren einzelner Artikel aus kantonalen Erlassen werden der Einfachheit halber das Kantonskürzel und die Abkürzung Vo verwendet: SO-Vo, VD-Vo etc. Die Abkürzung "BR-Vo" verweist auf die Bundesratsverordnung.

3.3.1 Beschluss und Inkraftsetzung der Vollzugsverordnungen

Tabelle 2 listet die Kantone in der chronologischen Reihenfolge der Beschlussfassung auf. Sie zeigt, dass in praktisch allen Kantonen die Ausführungsbestimmungen zu Art. 55a KVG durch die Kantonsregierung erlassen wurden. Einzig in Genf erfolgte die Konkretisierung in Form von Weisungen der Direction Générale de la Santé. Die grosse Mehrheit der Kantone (22) erliessen ihre Ausführungsbestimmungen noch im Jahr 2002. Am frühesten erfolgte die Beschlussfassung in den Kantonen der SDK-Ost, welche ihre Verordnungen praktisch innerhalb derselben Woche Ende Oktober 2002 erliessen. Ebenfalls ziemlich geschlossen, mit Ausnahme von Jura und Waadt, entschieden die Regierungen der Westschweizer Kantone Mitte Dezember 2002. Innerhalb von drei Wochen entschieden die Kantone der SDK-Nordwestschweiz, mit Ausnahme von Jura. Im Vergleich mit den übrigen SDK-Regionen erfolgten die Beschlüsse in der Zentralschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (ZGDK) zeitlich stärker gestaffelt zwischen Oktober 2002 und März 2003.

Tabelle 2: Beschliessende Instanz, Datum des Beschlusses und des Inkrafttretens

	SDK-Region	Beschluss durch	Beschluss	Zeitpunkt des Inkrafttretens	Abstand zu BR-Verordnung in Tagen
GL	SDK-Ost	Kantonsregierung	11.10.2002	4.7.2002 ¹	1
SH	SDK-Ost	Kantonsregierung	22.10.2002	4.7.2002 ¹	1
SG	SDK-Ost	Kantonsregierung	22.10.2002	4.7.2002 ¹	1
GR	SDK-Ost	Kantonsregierung	22.10.2002	4.7.2002 ¹	1
TG	SDK-Ost	Kantonsregierung	22.10.2002	4.7.2002 ¹	1
ZH	SDK-Ost	Kantonsregierung	23.10.2002	4.7.2002 ¹	1
AI	SDK-Ost	Kantonsregierung	22.10.2002	22.10.2002	111
ZG	ZGDK	Kantonsregierung	24.10.2002	9.11.2002	129
OW	ZGDK	Kantonsregierung	29.10.2002	1.11.2002	121
AR	SDK-Ost	Kantonsregierung	29.10.2002	4.7.2002 ¹	1
SO	SDK-NW	Kantonsregierung	19.11.2002	1.12.2002	151
AG	SDK-NW	Kantonsregierung	20.11.2002	1.1.2003	182
BL	SDK-NW	Kantonsregierung	26.11.2002	1.1.2003	182
LU	ZGDK	Kantonsregierung	3.12.2002	1.1.2003	182
UR	ZGDK	Kantonsregierung	3.12.2002	1.12.2002 ¹	151
BS	SDK-NW	Kantonsregierung	10.12.2002	15.12.2002	165
FR	CRASS	Kantonsregierung	17.12.2002	1.1.2003	182
BE	CRASS	Kantonsregierung	18.12.2002	1.1.2003	182
VS	CRASS	Kantonsregierung	18.12.2002	1.1.2003	182
NE	CRASS	Kantonsregierung	18.12.2002	1.1.2003	182
GE	CRASS	Gesundheitsdirektion	?	1.1.2003	182
JU	CRASS	Kantonsregierung	25.2.2003	1.1.2003 ¹	182
SZ	ZGDK	Kantonsregierung	11.3.2003	21.3.2003	261
VD	CRASS	Kantonsregierung	26.3.2003	8.4.2003	279

¹ Inkrafttreten rückwirkend

In 22 Kantonen erfolgte die Inkraftsetzung bis und mit dem 1. Januar 2003. Mit Ausnahme von Appenzell Innerrhoden setzten sämtliche Kantone der SDK-Ost ihre Verordnungen rückwirkend per 4. Juli 2002 in Kraft. Ebenfalls eine Ausnahme findet sich innerhalb der CRASS, deren Mitglieder ausser dem Kanton Waadt den 1. Januar 2003 als Datum der Inkraftsetzung wählten. Es ist davon auszugehen, dass in diesen beiden Regionalkonferenzen das Vorgehen weitgehend koordiniert erfolgte. Dieser Eindruck bestätigt sich für die Nordwestschweizer Konferenz und die ZGDK nicht, da die darin versammelten Kantone ihre Verordnungen jeweils auf unterschiedliche Zeitpunkte in Kraft setzten.

Neben den Kantonen Nidwalden und Tessin, welche bisher keine eigenen Umsetzungserlasse erarbeiteten, fällt die relativ späte Beschlussfassung und Inkraftsetzung der Vollzugsbestimmungen in den Kantonen Schwyz und Waadt auf.

3.3.2 Ausgestaltung der Zulassungsregelungen: Erfasste Kategorien und Ausnahmezulassungen

Die Kantone können nicht nur einzelne Kategorien von Leistungserbringern von der Zulassungsbeschränkung ausnehmen (Art. 2 der Bundesratsverordnung), sondern auch Ausnahmezulassungen einzelner Leistungserbringer vorsehen, insbesondere bei Unterversorgung (Art. 3 der Bundesratsverordnung).

Die kantonalen Verordnungen dienen demnach hauptsächlich der Festlegung der von der Zulassungsbeschränkung erfassten Leistungserbringer, der Ausnahmezulassungen gemäss Art. 3 der Bundesratsverordnung und gegebenenfalls des Zulassungsverfahrens. Im Folgenden sollen die wichtigsten Unterschiede der kantonalen Regelungen kurz skizziert werden.

Bezüglich der von der Zulassungsbeschränkung erfassten Kategorien ist festzustellen, dass einzig die sechs Zentralschweizer Kantone (LU, UR, SZ, OW, ZG; NW implizit) die Bundesratsverordnung vollumfänglich anwenden und alle ambulanten Leistungserbringer von Neuzulassungen ausschliessen. Die übrigen Kantone haben ausschliesslich die Ärztinnen und Ärzte der Zulassungsbeschränkung unterstellt. Auffallend ist der Umstand, dass in allen Kantonen sämtliche Ärztekategorien der Zulassungsbeschränkung unterliegen, d.h. dass kein Kanton von der Möglichkeit, auch innerhalb der Fachkategorien zu differenzieren, Gebrauch gemacht hat.

Die Definition der von der Zulassungsbeschränkung erfassten Leistungserbringer erfolgt entweder positiv, d.h. durch explizite Nennung der betroffenen Kategorien (9 Kantone: AI, AR, FR, GL, SG, SH, SO, VS, ZH) oder negativ d.h. durch Nennung der von der Zulassungsbeschränkung ausgenommenen Kategorien (10 Kantone: AG, BE, BL, BS, GE, GR, JU, NE, TG, VD). In dieser Hinsicht wurde die Ausgestaltung der Verordnung mit Ausnahme der ZGDK innerhalb der Regionalkonferenzen uneinheitlich gehandhabt.

Die Zulassungsregelungen sind unterschiedlich definiert. Fünf Kantone der SDK-Ost (AI, AR, GL, SH und ZH) halten als Grundsatz fest, dass für die Geltungsdauer der kantonalen Verordnung keine neuen Leistungserbringer mehr zugelassen werden, ausser in bestimmten Ausnahmefällen. Die meisten Kantone (14) definieren dagegen lediglich die Kriterien für Ausnahmezulassungen. Während Genf sich auf die Nennung der erfassten Kategorien beschränkt, verweist die Luzerner Verordnung direkt auf die Bundesratsverordnung und formuliert keine eigenen Zulassungsregeln. Nidwalden wendet die Bundesratsverordnung ohne eigenen Umsetzungserlass direkt an. Drei Kantone (BE, FR, VS) unterscheiden zwischen ordentlicher und ausserordentlicher Zulassung. In Wallis und Freiburg entspricht die ordentliche Zulassung dem Ersatz eines selbständig zulasten der Krankenversicherung tätigen Arztes oder der Anstellung mit privatärztlicher Tätigkeit in einem Listenspital, während Bern unter diesem Titel festlegt, nach welcher Prioritätenordnung Gesuche beurteilt werden, welche die Höchstzahl an Neuzulassungen übersteigen. Ausserordentliche Zulassungen können in diesen Kantonen bei Unterversorgung erfolgen.

Neben den in Art. 3 der Bundesratsverordnung vorgesehenen Ausnahmen wegen Unterversorgung sind in den kantonalen Verordnungen auch die Praxisübernahme und die privatärztliche Tätigkeit von Ärzten, welche an einem Spital angestellt sind, geregelt. Um die Vielfalt der kantonalen Ausnahmebestimmungen aufzuzeigen, listet Tabelle 3 die diversen Gründe und Formulierungen auf. Die Tabelle ist nach den SDK-Regionalkonferenzen gegliedert, um so den Grad der Homogenität der Regelungen innerhalb derselben aufzuzeigen.

Tabelle 3: Gründe für Ausnahmezulassungen

	Unterversorgung	Praxisübernahmen	Spitaltätigkeit
SDK-Nordwest			
AG	unter Berücksichtigung der lokalen oder regionalen Versorgungslage ausgewiesener Bedarf nach weiteren Leistungserbringern einzelner Fachrichtungen	erwähnt, ohne Auflagen	
SO	unter Berücksichtigung der lokalen oder regionalen Versorgungslage ausgewiesener Bedarf nach weiteren Leistungserbringern einzelner Fachrichtungen. Kann mit Auflagen und Beschränkungen erteilt werden, örtlich begrenzt	Tod oder Verzicht auf Zulassung des bisherigen Inhabers, mind. 50% Auslastung, gleiche Fachrichtung	privatärztliche Tätigkeit von angestellten Chefärzten oder leitenden Ärzten in öffentlichen Spitälern für Dauer der Anstellung
BL	unter Berücksichtigung der lokalen oder regionalen Versorgungslage ausgewiesener Bedarf nach weiteren Leistungserbringern einzelner Fachrichtungen.	erwähnt, ohne Auflagen	
BS	unter Berücksichtigung der lokalen oder regionalen Versorgungslage ausgewiesener Bedarf nach weiteren Leistungserbringern einzelner Fachrichtungen	Tod oder Rückgabe der ZSR-Nummer des bisherigen Inhabers. Bei Gruppenpraxen, sofern der Bedarf nachgewiesen wird und nicht von anderen Ärzten abgedeckt werden kann. Teilweise Ersatz möglich.	privatärztliche Tätigkeit angestellter Chefärzte oder leitender Ärzte in staatlichen Spitälern für die Dauer der Anstellung

Tabelle 3 (Fortsetzung): Gründe für Ausnahmezulassungen

	Unterversorgung	Praxisübernahmen	Spitaltätigkeit
CRASS			
BE	kann im begründeten Einzelfall mit Auflagen oder Bedingungen erteilt werden, örtlich begrenzt.	erwähnt, keine Auflagen	privatärztliche Tätigkeit an Spitälern
FR	unzureichende Pflegebedarfsdeckung oder fachliche Unterversorgung in einer Region, geografisch begrenzt	Ersatz eines Arztes, der aufhört, selbständig und auf eigene Rechnung tätig zu sein; Praxisübernahme bei Berücksichtigung des örtlichen Pflegebedarfs.	privatärztliche Anstellung in einem Listenspital, auf Spitaltätigkeit beschränkt
GE			
JU	Unterversorgung in einer Region oder Fachrichtung, örtlich/fachlich begrenzt	Ersatz eines vor dem 4.7.2002 zugelassenen LE	Ersatz eines Kaderarztes mit privatärztlicher Tätigkeit in einem Listenspital
NE	Unterversorgung in einer Region oder Fachrichtung, örtlich/fachlich begrenzt.		
VD	Unterversorgung in einer Region oder Fachrichtung, örtlich/fachlich begrenzt	Ersatz eines vor dem 4.7.2002 zugelassenen LE, solange Dichte des Arc lémanique nicht überschritten wird	Ersatz eines Kaderarztes mit privatärztlicher Tätigkeit in einem Listenspital
VS	Unzureichende Pflegebedarfsdeckung oder fachliche Unterversorgung in einer Region, geografisch begrenzt	Ersatz eines Arztes, der aufhört, selbständig und auf eigene Rechnung tätig zu sein; Praxisübernahme erwähnt, ohne Auflagen.	Anstellung mit privatärztlicher Tätigkeit in einem Listenspital;
ZGDK			
LU	gem. Art. 3 BRVo		
OW	Unterversorgung in einer Kategorie allgemein, in einer Region oder einer Gemeinde. Kann auf Kategorie oder örtlich beschränkt und mit Auflage verbunden werden, dass Zulassung bei Nichtgebrauch innert 6 Monaten verfällt.		
SZ	Unterversorgung gem. Art. 3 BRVo, beschränkt auf Kategorie und Region. Verfällt bei Nichtgebrauch innert einem Jahr.		
UR	Unterversorgung in einer Kategorie allgemein, in einer Region oder einer Gemeinde. Kann auf Kategorie oder örtlich beschränkt und mit Auflage verbunden werden, dass Zulassung bei Nichtgebrauch innert 6 Monaten verfällt.		
ZG	Unterversorgung in einer Kategorie allgemein, in einer Region oder einer Gemeinde, Praxisübernahme. Beschränkt auf Kategorie, Praxis und Region oder Gemeinde. Kann mit Auflage verbunden werden, dass Zulassung bei Nichtgebrauch innert 6 Monaten verfällt.		

Tabelle 3 (Fortsetzung): Gründe für Ausnahmezulassungen

	Unterversorgung	Praxisübernahmen	Spitaltätigkeit
SDK-Ost			
AI	unter Berücksichtigung der lokalen oder regionalen Versorgungslage ausgewiesener Bedarf nach weiteren Leistungserbringern einzelner Fachrichtungen	ausdrücklicher Verzicht des bisherigen Inhabers auf Tätigkeit zulasten der OKP, mind. 50% Auslastung, gleiche Fachrichtung	
AR	unter Berücksichtigung der lokalen oder regionalen Versorgungslage ausgewiesener Bedarf nach weiteren Leistungserbringern einzelner Fachrichtungen	schriftlicher Verzicht des bisherigen Inhabers auf Tätigkeit zulasten der OKP, mind. 50% Auslastung, gleiche Fachrichtung	privatärztliche Tätigkeit bei Spital- oder Klinikanstellung für Dauer der Anstellung
GL	unter Berücksichtigung der lokalen oder regionalen Versorgungslage ausgewiesener Bedarf nach weiteren Leistungserbringern einzelner Fachrichtungen	Tod oder schriftlicher Verzicht auf Zulassung des bisherigen Inhabers, mind. 50% Auslastung, gleiche Fachrichtung; Betrieb einer HMO-Praxis, beschränkt auf Betriebsdauer	wenn eine neue Bewilligung für den Betrieb des Kantonsspitals Glarus oder die Höhenklinik Braunwald notwendig ist, beschränkt auf Dauer der Spitaltätigkeit
GR	unter Berücksichtigung der lokalen oder regionalen Versorgungslage ausgewiesener Bedarf nach weiteren Leistungserbringern einzelner Fachrichtungen	schriftlicher Verzicht des bisherigen Inhabers auf Tätigkeit zulasten der OKP, mind. 50% Auslastung, gleiche Fachrichtung	privatärztliche Tätigkeit bei Spital- oder Klinikanstellung, beschränkt auf Anstellungsdauer
SG	unter Berücksichtigung der lokalen oder regionalen Versorgungslage ausgewiesener Bedarf nach weiteren Leistungserbringern einzelner Fachrichtungen	Verzicht auf Tätigkeit zulasten der OKP oder Übernahme mit Erben eines verstorbenen Inhabers vereinbart, mind. 50% Auslastung, gleiche Fachrichtung	privatärztliche Tätigkeit an öffentlichen Spitälern
SH	unter Berücksichtigung der lokalen oder regionalen Versorgungslage ausgewiesener Bedarf nach weiteren Leistungserbringern einzelner Fachrichtungen	Tod oder ausdrücklicher Verzicht auf Tätigkeit zulasten der OKP des bisherigen Inhabers, mind. 50% Auslastung, gleiche Fachrichtung; Stellvertretung während Dauer der Vertretung; ärztliche Leiter von HMO-Praxen.	privatärztliche Tätigkeit an öffentlichen Spitälern für Dauer der Anstellung
TG	unter Berücksichtigung der lokalen oder regionalen Versorgungslage ausgewiesener Bedarf nach weiteren Leistungserbringern einzelner Fachrichtungen	ausdrücklicher Verzicht auf Tätigkeit zulasten der OKP des bisherigen Inhabers, gleiche Fachrichtung	Stellenübernahme im Spital, wenn Vorgänger zur privatärztlichen Tätigkeit berechtigt war
ZH		Tod oder ausdrücklicher Verzicht auf Tätigkeit zulasten der OKP des bisherigen Inhabers, mind. 50% Auslastung, gleiche Fachrichtung; ärztliche Leiter von ambulanten gemeinnützigen Institutionen, Sonderregelung für ausgelastete HMO-Praxen (Splitting)	privatärztliche Tätigkeit in Chefarztspitälern, für Dauer der Anstellung

LE = Leistungserbringer

Es zeigt sich, dass der nicht näher definierte Begriff der "Unterversorgung" unterschiedlich verwendet wird. Auffallend ist die zumeist homogene Begrifflichkeit innerhalb der einzelnen SDK-Regionalkonferenzen. Ebenfalls zu vermerken ist, dass in den Kantone der CRASS Ausnahmezulassungen bei Unterversorgung grundsätzlich örtlich bzw. regional begrenzt sind, während die Kantone der ZGDK und der Kanton Solothurn hier lediglich die Möglichkeit einer solchen Beschränkung vorsehen und die übrigen Kantone vollends darauf verzichten.

Mit Ausnahme von Luzern können die Kantone der ZGDK zudem die Zulassung befristet ausstellen, d.h. sie verfällt, wenn die Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung nicht innert sechs Monaten aufgenommen wird.²⁵

Bei der Praxisübernahme zeigen sich unterschiedlich detaillierte Regelungen. Neben den fünf ZGDK-Kantonen verzichten auch Genf und Neuenburg auf die Erwähnung dieser Möglichkeit, während Aargau, Basel-Landschaft, Bern und Jura sie als Zulassungsgrund aufführen, jedoch keine näheren Modalitäten dazu festlegen. Waadt richtet sich immerhin nach der regionalen Höchstdichte gemäss Anhang 2 der Bundesratsverordnung. Die übrigen Kantone knüpfen die Praxisübernahme an konkrete Bedingungen, allen voran die, dass die Praxis in der bisherigen Fachrichtung weitergeführt wird und dass der bisherige Inhaber auf die Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung verzichten muss. Explizit mit der Rückgabe der von *santésuisse* erteilten ZSR-Nummer ist diese Bedingung nur im Kanton Basel-Stadt verknüpft, die übrigen Kantone lassen offen, was dieser Verzicht genau beinhaltet. Acht Kantone, d.h. die SDK-Ost (ohne Thurgau) und Solothurn machen die Praxisübernahme vom Nachweis einer Mindestauslastung von 50% während der vergangenen zwölf Monate abhängig. Bemerkenswert sind ausserdem die spezifischen Bestimmungen des Kantons Basel-Stadt bei der Übernahme eines Teils einer Gruppenpraxis (§ 5 Abs. 2 Bst. c BS-Vo) und des Kantons Schaffhausens zur Regelung von Stellvertretungen (§ 4 Abs. 2 SH-Vo). Nur gerade in drei Kantonen aus der SDK-Ost (Glarus, Schaffhausen und Zürich) ist die Zulassung von ärztlichen Leitern von HMO-Praxen ausdrücklich in den Zulassungsverordnungen geregelt.

Rund die Hälfte der Kantone regelt die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung für Ärzte, die an Spitälern angestellt sind, jedoch zusätzlich auf eigene Rechnung praktizieren. Hier finden sich unterschiedliche Detailbestimmungen: Basel-Stadt, Schaffhausen, Solothurn und St. Gallen sehen Ausnahmezulassungen nur für Ärzte, die an öffentlichen Spitälern angestellt sind, vor, während die übrigen Kantone implizit auch Privatkliniken berücksichtigen.

Daneben finden sich diverse spezifische Möglichkeiten einer Zulassung, die an kantonale Eigenheiten im medizinischen Versorgungssystem angepasst sind. Beispiele dafür stellen die relativ detaillierte Zürcher Regelung zur Leitung von HMO-Instituten "mit an der Kapazitätsgrenze liegenden Auslastung" (§ 4 ZH-Vo) oder die Glarner Bestimmung, welche den Betrieb des Kantonsspitals Glarus oder der Höhenklinik Braunwald als Grund für eine Ausnahmezulassung vorsieht (Art. 5 Bst. a GL-Vo), dar. Hier wurde bei der Verordnungsgebung eindeutig auf lokale Verhältnisse Rücksicht genommen.

²⁵ Mehrere Kantone stellten bereits vor Erlass der Zulassungsbeschränkung befristete BAB aus. In Basel-Landschaft und Schaffhausen verfällt die BAB, wenn nicht innerhalb von sechs Monaten eine Praxiseröffnung erfolgt, in Basel-Stadt beträgt diese Frist neun Monate, in Schwyz ein Jahr (Quelle: Kantonsbefragung).

3.3.3 Regelung von Kantonswechseln

Der Umgang mit Kantonswechseln wird in 8 der 24 Verordnungen explizit geregelt (AI, AR, BS, GL, GR, SH, TG, ZH). Diese Frage hat vor allem innerhalb der SDK-Ost Eingang in die Umsetzungserlasse gefunden, wobei der Kanton St. Gallen auf eine Erwähnung verzichtet hat. Zusätzlich hat auch der Kanton Basel-Stadt eine entsprechende Bestimmung erlassen. In den fraglichen acht Kantonen ist ein Kantonswechsel grundsätzlich ausgeschlossen. Schaffhausen sieht allerdings eine Ausnahmeregelung vor, indem er die "gelegentliche Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten mit ausserkantonalem Haupt-Praxisort im Kanton Schaffhausen" zulässt (§ 6 Abs. 2 SH-Vo). Diese Regelung bezieht sich auf auswärtige Belegärzte einer Privatklinik, deren "Leistungserbringung im Kanton Schaffhausen gleichermassen möglich sein [muss] wie bei einer Behandlung durch denselben Arzt in der auswärtigen Praxis bzw. im auswärtigen Spital" (Regierungsrat Kanton Schaffhausen 2002: 4).

3.4 Die Vollzugspraxis der Kantone

Um die weiteren in Abschnitt 2.2 erörterten Dimensionen der Vollzugsanalyse betrachten zu können, wurden alle 26 Kantone mittels eines schriftlichen Fragebogens (vgl. Anhang 2) zu verschiedenen Aspekten in Zusammenhang mit der Zulassung von Leistungserbringern befragt. Ziel war eine Bestandesaufnahme der kantonalen Praxis der Berufsausübungsbewilligung und der Zulassung von Ärzten zur Leistungserbringung zulasten der Krankenversicherung sowie des ärztlichen Versorgungsangebots und der Stellensituation in den öffentlichen Spitälern. Ebenfalls erhoben wurden Informationen zu den vermuteten finanziellen Auswirkungen des Zulassungsstopps und zur Zahl der Berufsausübungs- und Zulassungsgesuche, welche die Kantone zu bearbeiten hatten.

Der Fragebogen und der dazugehörige Begleitbrief wurden für die Westschweizer Kantone und den Kanton Tessin auf Französisch übersetzt. Der Versand erfolgte am 12. (Deutschschweizer Kantone) bzw. am 20. Juni (Westschweizer Kantone). Von den 26 angeschriebenen Kantonen sandten 24 einen vollständig oder teilweise ausgefüllten Fragebogen zurück. Keine Antworten gingen lediglich von den Kantonen Genf und Tessin ein. Dieser bemerkenswert hohe Rücklauf ermöglicht einen relativ umfassenden Überblick über die kantonale Praxis beim Vollzug der Zulassungsbeschränkung. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Kantonsbefragung dazu wiedergegeben und kurz kommentiert. Quelle der Angaben in den Tabellen Tabelle 4 bis Tabelle 14 ist die Kantonsbefragung.

3.4.1 Veränderung der Bewilligungspraxis zur Berufsausübung

Als erstes interessiert die Frage, ob die Kantone die Zulassungsbeschränkung als Anlass genommen haben, das Verfahren beim Erteilen einer Berufsausübungsbewilligung (BAB) an-

zupassen. Mittels geschlossener Fragen wurde nach dem vorherigen Zustand und nach allfälligen Veränderungen gefragt.

Tabelle 4: Veränderung der Bewilligungspraxis zur Berufsausübung

Hat sich eines der folgenden Verfahrensmerkmale seit Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung geändert? (Frage 1.7)		
Prüfende Amtsstelle	-	0
Entscheidungsinstanz	-	0
Gebühr	FR, OW	2
Voraussetzungen zum Erlangen der BAB	FR, TG	2
Befristete Gültigkeit der BAB	BS, SZ	2
keine Veränderungen	AI, AR, BE, BL, GL, GR, JU, LU, NE, NW, SH, SO, SZ, UR, VD, VS, ZG, ZH	18
keine Angaben	AG	1

Fünf Kantone haben als Folge der Zulassungsbeschränkung ihre Bewilligungspraxis angepasst. In Obwalden wurde die Bewilligungsgebühr von 150 auf 600 Fr. erhöht. Freiburg hat die Gebühr und die Voraussetzungen zur Berufsausübung geändert, und Thurgau stellt BAB nur noch bei Praxisübernahmen oder bei Unterversorgung in derselben Fachrichtung aus. Schwyz hat eine Frist von einem Jahr eingeführt, innert der eine Praxiseröffnung erfolgen soll²⁶, und in Basel-Stadt werden BAB nur noch erteilt, wenn eine bestehende Praxis übernommen und innerhalb von neun Monaten eröffnet wird.

3.4.2 Gemeinsame oder separate Gesuchstellung

Hinsichtlich der Ausgestaltung des neu eingeführten Zulassungsverfahrens ist von Interesse, ob die Kantone die Anträge für eine BAB gleichzeitig auch als Antrag um Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP auffassen, oder ob hierfür ein eigenständiges Gesuch verlangt wird.

Tabelle 5: Verfahren bei der Gesuchstellung

Müssen Ärzte für die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein separates Gesuch stellen? (Frage 2.1)		
Zulassungsgesuch ist im BAB-Gesuch enthalten	AG, AI, AR, BL, BS, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG	17
eigenständige Frage in Antragsformular	BE, FR, JU, NE, VD, VS	6
separates Zulassungsgesuch	ZH	1

²⁶ Eine derartige formelle Frist kennen bereits drei Kantone: (BL, SH: 6 Monate, SZ: 1 Jahr). Zwei Kantone nennen eine informelle Frist (TG: keine Frist, aber Richtwert von 6 Monaten; ZH: BAB wird nur erteilt, wenn feststeht, dass in den nächsten Monaten eine Aufnahme der selbständigen Tätigkeit erfolgt).

In 17 der 19 Deutschschweizer Kantone ist der Antrag auf Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung im Gesuch auf Berufsausübung enthalten. Einzig Zürich verlangt ein separates Zulassungsgesuch. Bern und die fünf antwortenden Westschweizer Kantone verfügen über ein einheitliches Antragsformular für die Praxisbewilligung, in dem separat gefragt wird, ob der Gesuchsteller auch die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP wünscht.

3.4.3 Prüfungs- und Entscheidungsinstanzen

Da es sich bei der Beurteilung von Zulassungsgesuchen um eine neue kantonale Aufgabe handelt, interessiert, welche Amtsstellen damit betraut wurden. Die Frage nach den Prüfungsinstanzen bei BAB- und Zulassungsgesuchen wurde offen gestellt, weshalb die Antworten unterschiedlich präzise und damit eher heterogen ausfallen (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Prüfungsinstanz bei Zulassungsgesuchen

Welche Amtsstelle prüft und beurteilt die Gesuche von Ärzten um Zulassung zur Krankenversicherung? (Frage 2.2)		
Gesundheitsamt/-direktion	AR, FR, JU, NE, NW, OW, SH, SO, UR, VD, VS	11
kantonsärztlicher Dienst	BE, BL, BS (mit Jurist des Generalsekretariats), SZ, TG (zusammen mit Departementssekretär), ZG, ZH	7
Department	AI	1
Direktionssekretariat	GL, GR	2
Rechtsdienst	LU, SG	2
Departementssekretariat	AG	1

Der Vergleich mit den Antworten zur Frage 1.2 (nicht tabellarisch dokumentiert) zeigt, dass BAB- und Zulassungsgesuche mit einer Ausnahme von denselben Stellen beurteilt werden. Einzig in Basel-Stadt erfolgt die Bearbeitung der BAB-Gesuche durch die Gesundheitsdienste, während die Zulassungsgesuche vom Kantonsarzt gemeinsam mit einem Juristen des Departementssekretariats geprüft werden.

Den formellen Entscheid über die Zulassung eines Leistungserbringers trifft in 16 Kantonen der Departementschef, in drei die Kantonsregierung und in drei der kantonsärztliche Dienst, davon in Thurgau der Kantonsarzt zusammen mit dem Generalsekretär. Im Kanton Solothurn obliegt der Entscheid dem Chef des Gesundheitsamtes, und im Wallis dem nicht näher umschriebenen "Department". Hier finden sich zwei Abweichungen zur Entscheidungsinstanz über die Berufsausübung (Frage 1.3, nicht tabellarisch dokumentiert). In Obwalden entscheidet der Departementsvorsteher über die BAB, während die Gesamtregierung die Zu-

lassungsentscheide fällt. In Zürich wird die BAB formell von der Kantonsregierung erteilt, während der Kantonsarzt über die Zulassung befindet.

Tabelle 7: Entscheidungsinanz bei Zulassungsgesuchen

Welche Behörde entscheidet formell über die Zulassung von Ärzten zur Krankenversicherung? (Frage 2.3)		
DepartementsvorsteherIn	AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, SG, SH, VD, ZG,	16
Kantonsregierung	OW, SZ, UR	3
kantonsärztlicher Dienst	BE, TG, (zusammen mit Departementssekretär), ZH	3
Chef Gesundheitsamt	SO (im Namen des Departementsvorstehers)	1
Departement	VS	1

3.4.4 Stellungnahmen vor Zulassungsentscheiden

Vor Zulassungsentscheiden können die kantonalen Behörden bei verschiedenen verwaltungsexternen Akteuren Stellungnahmen einholen. Am häufigsten werden die kantonalen Ärztesgesellschaften (17) und die santésuisse-Regionalstellen (14) genannt. In neun Fällen kann die zuständige ärztliche Fachgesellschaft einbezogen werden. Die Möglichkeit zur Konsultation von Patientenorganisationen ist in den Kantonen Waadt und Wallis vorgesehen. Je zwei Kantone geben andere Leistungserbringer bzw. den Kantonsarzt als mögliche Ansprechpartner an. Als einziger Kanton nennt Wallis auch den VSAO als Adressat einer Stellungnahme. Thurgau sieht für den regionalen Notfallkreis und Uri für die kantonale Gesundheitskommission die Möglichkeit einer Stellungnahme vor. Als Besonderheit gilt es den Kanton Basel-Landschaft anzuführen, gemäss dessen Angaben es Sache des Antragstellers ist, eine Stellungnahme bei den Ärztesgesellschaften einzuholen.

Tabelle 8: Mögliche Stellungnahmen vor Zulassungsentscheiden

Bei welchen Organisationen/Gruppen kann die zuständige Amtsstelle vor dem Zulassungsentscheid eine Stellungnahme einholen? (Frage 2.4)		
Kantonale Ärztesgesellschaft	AG, AR, BE, BL, BS, FR, GR, JU, LU, NE, SH, SO, TG, VD, VS, ZG, ZH	17
ärztliche Fachgesellschaft	AG, BE, BL, BS, LU, NE, TG, VD, ZH	9
santésuisse-Regionalstelle	AG, AI, BE, FR, JU, LU, NE, SH, SO, SZ, VD, VS, ZG, ZH	14
Patientenorganisationen	VD, VS	2
andere Leistungserbringer	AG, TG	2
andere	Kantonsarzt (OW, SH) VSAO (VS) kant. Gesundheitskommission (UR) regionaler Notfallkreis (TG)	5
keine Angaben	GL, NW, SG	3

3.4.5 Gebühr für Zulassungsentscheid

Das Erheben einer Gebühr für Verwaltungsakte dient zum einen der Deckung der daraus entstehenden Kosten, kann jedoch zum anderen auch als Steuerungsinstrument im Sinne eines negativen finanziellen Anreizes angewandt werden. Aus dieser Überlegung heraus wurde gefragt, ob für die Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen gemäss den kantonalen Verordnungen eine Gebühr erhoben wird, und wie hoch diese ausfällt.

Tabelle 9: Gebühr für Zulassungsentscheid

Wird für die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung eine Gebühr verlangt? Wie hoch ist sie (in Fr.)? (Frage 2.5)		
Kanton	Zulassungsgebühr	BAB-Gebühr
FR	600/300	600
GR	600	600
VS	500	500
VD	450	450
BE	300	600
ZH	200	800
SG	250	500
SO	50	500
TG	-	2000
AI	-	1500
AG	-	700
OW	-	600
SH	-	600
NW	-	450-600
JU	-	537
LU	-	530
UR	-	500
SZ	-	450
NE	-	400
BS	-	350
BL	-	250
ZG	-	190
AR	-	-
GL	-	-

Acht Kantone verlangen eine Gebühr für die Prüfung von Zulassungsgesuchen. Diese bewegt sich zwischen 50 und 600 Fr. Die übrigen 16 antwortenden Kantone verzichten auf eine spezifische Zulassungsgebühr und erheben – mit Ausnahme von Appenzell Ausserrhoden und Glarus, die auf Gebühren ganz verzichten – lediglich eine Gebühr für das Ausstellen einer BAB, deren Höhe zwischen 190 (Zug) und 2000 Fr. (Thurgau) variiert. Wie in Abschnitt 3.4.1

bereits erwähnt, nahmen zwei Kantone (Freiburg und Obwalden) die Zulassungsbeschränkung zum Anlass, die BAB-Gebühr zu erhöhen.

3.4.6 Beurteilungskriterien

Die Kantone können sich bei der Prüfung der Zulassungsgesuche auf verschiedene Beurteilungskriterien abstützen. Zum einen gibt die Bundesratsverordnung jeweils kantonale, regionale und gesamtschweizerische Höchstzahlen und Höchstdichten für jede Kategorie von Leistungserbringern vor, zum anderen steht es den Kantonen frei, zusätzlich eigene Beurteilungsgrundlagen heranzuziehen.

Tabelle 10: Beurteilungskriterien bei der Zulassung von Leistungserbringern

Nach welchen Kriterien stützt sich der Zulassungsentscheid? (Frage 2.6; Mehrfachnennungen möglich)		
Kantonale Höchstzahl	AI, BE, BL, BS, LU, NW, OW, SG, SZ, UR, VD, VS, ZG, ZH	14
Regionale Höchstzahl	BE, LU, NW, OW, SZ, UR, VS	7
Gesamtschweizerische Höchstzahl	LU, NW	2
Kantonale Versorgungsdichte	AI, BE, BS, FR, JU, LU, NE, NW, OW, SZ, TG, UR, VS	13
Regionale Versorgungsdichte	BS, FR, JU, LU, NE, NW, OW, SZ, TG, UR, VD, VS	12
Gesamtschweizerische Versorgungsdichte	LU, NW, TG	3
eigene kantonale Höchstzahlen	SH (Ist-Bestand Juli 2002) NW, SO, SZ, VS (eigene Erhebung für alle Kategorien) ZG (für (Kinder-)Psychiatrie und (Kinder-)Psychotherapie)	6
andere Kriterien	AG, ZH (Ausnahmebewilligungen in begründeten Einzelfällen) AI (regionale Dichte bei Spezialärzten) AR (regionales Angebot) BL (subjektiv wahrgenommene Unterversorgung pro Fach/Region) GL (Ermessen des Sanitätsdirektors zu Versorgungssicherheit) GR (Status quo, sonst Durchschnittszahlen FMH) LU (kantonale Statistiken, Statistiken der FMH oder der kant. Ärztegesellschaft, Alter der ansässigen Ärzte, verkehrstechnische Erschliessung) NW (Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung in Gemeinden) OW (bestimmte Spezialärzte, die im Kanton noch fehlen) TG (Bedürfnisabklärung) UR (Versorgungsdichte, Spezialärzte, Randgebiete)	12

Tabelle 10 zeigt zum einen, dass die Kantone hauptsächlich auf kantonale, in weniger starkem Ausmass auf regionale, und kaum auf gesamtschweizerische Grössen abstellen. Zum anderen ist ersichtlich, dass eine Mehrheit der Kantone das relative Kriterium der Versorgungsdichte bevorzugt, welche aufgrund ihrer Verknüpfung mit der Bevölkerungsentwick-

lung einen weicheren Charakter aufweist als starre Höchstzahlen. Ein wichtiges Ergebnis ist, dass mehr als die Hälfte der antwortenden Kantone neben oder statt den vom Bundesrat vorgegebenen Höchstzahlen bzw. –dichten eigene Beurteilungskriterien heranzieht. Dabei zeigt sich eine breite Spanne. Einige Kantone (Aargau, Glarus, Graubünden, Schaffhausen, Zürich) verzichten ganz auf die Berücksichtigung der vorgegebenen Zahlen und orientieren sich am Status quo in ihrem Kanton zum Zeitpunkt des Erlasses der Zulassungsbeschränkung. Sechs Kantone erhoben eigene Zahlen über ihre Versorgungssituation und stellen auf diese ab. Einige Kantone treffen spezifische Abklärungen im Einzelfall, wobei der Kanton Luzern über einen veritablen Kriterienkatalog verfügt.

3.4.7 Kontrollmechanismen

In Zusammenhang mit den Beurteilungskriterien bei Zulassungsgesuchen und angesichts des defizitären Informationsstandes über die Versorgungssituation im ambulanten Bereich (vgl. Abschnitt 2.7.1) stellt sich die Frage, wie die kantonalen Behörden die Einhaltung der für sie relevanten Höchstzahlen und -dichten bzw. der von ihnen angewandten Zulassungskriterien kontrollieren.

Tabelle 11: Kontrollmechanismen

Wie stellt die zuständige Amtsstelle sicher, dass die für den Zulassungsentscheid massgeblichen Kriterien (Höchstzahlen/Versorgungsdichten) eingehalten bzw. nicht überschritten werden? (Frage 2.7)		
statistische Erfassung der Zulassungen	BE, FR, JU, LU, NW, SZ, VS	7
diverse Abklärungen (Umfrage, Kantonsarzt, Vergleichsstädte, Ärztegesellschaft)	BL, OW, TG, UR	4
Übersicht vorhanden	AI, GL, NE, SH	4
Kriterien irrelevant, da nur Ausnahmezulassungen vorgesehen	BL, BS, ZH	3
Nachweis der Praxisübernahme	GR, SG, ZH	3
Rückfrage an santésuisse	ZG	1
Kriterien sind nicht relevant	AR	1
keine bzw. unklare Angaben	AG, SO, VD	3

Die offene Frage nach den Kontrollmechanismen ergab vielfältige Antworten. Am stärksten ist die statistische Erfassung der Zulassungen verbreitet, welche vor allem von Kantonen aus der CRASS praktiziert wird. Vier Kantone nehmen in verschiedener Form Abklärungen vor, und vier weitere, eher kleinere Kantone machen geltend, sie hätten die Übersicht über die auf ihrem Gebiet tätigen Leistungserbringer. Für die beiden Basel und Zürich sind die Zahlenkriterien nicht relevant, da nur Ausnahmezulassungen vorgesehen sind. Zu dieser Gruppe dürften vermutlich auch Graubünden und St. Gallen zu zählen sein. Sie verlangen bei Praxisübernahmen eine schriftliche Bestätigung des bisherigen Inhabers, dass er die Tätigkeit zu-

lasten der Krankenversicherung einstellt. Nur gerade Zug klärt den Stand der Zulassungen bei santésuisse ab. Die Antworten der Kantone Aargau, Solothurn und Waadt waren zu wenig konkret, um zuverlässig zugeordnet werden zu können. Erwähnenswert erscheint hingegen die Antwort eines kleinen Landkantons, gemäss welcher faktisch oft steuerliche Überlegungen den Ausschlag für eine Zulassung geben würden.

3.4.8 Beschwerdeinstanz und -verfahren

Um den Rechtsweg zu gewährleisten, erforderte die Zulassungsbeschränkung die Bestimmung einer richterlichen Behörde, welche über Beschwerden gegen die kantonale Verfügung zu entscheiden hat (vgl. BSV 2001a: 8f.). Die Kantonsbefragung erhob sowohl Angaben zur Ausgestaltung des kantonalen Rechtswegs als auch darüber, ob in Zusammenhang mit der Zulassungsbeschränkung Beschwerdeverfahren angestrebt und wie sie entschieden wurden.

Tabelle 12: Gesetzliche Grundlage des Beschwerdeverfahrens und Beschwerdeinstanz

Der kantonale Entscheid über die Zulassung zur Krankenversicherung ist beschwerdefähig. Nach welcher gesetzlichen Grundlage richtet sich das Beschwerdeverfahren? (Frage 2.10) Welches ist die kantonale Beschwerdeinstanz? (Frage 2.11)		
Verwaltungsrecht/Kantonsregierung	AI, AR, BL, GL, NW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR	11
Verwaltungsrecht/Verwaltungsgericht	AG, BS, FR, JU, LU, NE, OW, ZG	8
Verwaltungsrecht/Versicherungsgericht	VD, ZH	2
Verwaltungsrecht/Gesundheitsdirektion	BE, VS	2
KVG/Versicherungsgericht	GR	1

Tabelle 12 gibt die Vielfalt der kantonalen Rechtsordnungen wieder. In allen Kantonen mit Ausnahme von Graubünden richtet sich das Beschwerdeverfahren nach dem kantonalen Verwaltungsrecht, wobei sich unterschiedliche Beschwerdeinstanzen finden. In knapp der Hälfte der antwortenden Kantone ist es die Kantonsregierung, in acht das kantonale Verwaltungsgericht, mit der Kantonsregierung als zweite Instanz. In Graubünden, Waadt und Zürich ist das kantonale Versicherungsgericht für die Behandlung der Beschwerden zuständig, in Bern und Wallis die Gesundheitsdirektion bzw. das Gesundheitsdepartement.

In acht Kantonen kam es bisher zu insgesamt 17 Beschwerdeverfahren gegen Zulassungsentseide, von denen neun zugunsten des Kantons und eines zugunsten des Beschwerdeführers abgeschlossen wurden. Sechs Beschwerden sind noch hängig (Stand Juli 2003). Damit wurden, zumindest im Vergleich mit der grossen Menge eingereicherter BAB- und Zulassungsgesuche im Juni 2002, erstaunlich wenige Beschwerden ergriffen. Auffallend ist dagegen die Häufung von Beschwerdeverfahren in den Kantonen Zug (4) und Thurgau (3).

Tabelle 13: Beschwerdeverfahren gegen die Zulassungsbeschränkung bzw. -entscheide

	Abgeschlossene Verfahren	Hängige Verfahren	Total
Beschwerden gegen Zulassungsentscheid	11 (4 ZG; 3 TG; LU, SG, SZ, VD)	6 (3 ZG; GR, VD, ZH)	17
Beschwerden gegen kantonalen Umsetzungserlass	1 (ZH)	1 (VD)	2
Entscheide zugunsten des Kantons	9 (4 ZG; 3 TG; LU, SZ; ZH)		
Entscheide zugunsten des Beschwerdeführers	1 (SG)		
Rückzug	1 (VD)		

Beim Bundesgericht wurden zwei staatsrechtliche Beschwerden gegen die kantonalen Umsetzungserlasse von Zürich und Waadt eingereicht. Beide Verfahren wurden von der kantonalen Sektion des VSAO angestrengt, in Waadt gemeinsam mit der kantonalen Ärztesgesellschaft.²⁷ Die Zürcher Beschwerde wurde am 27. November 2003 vom Bundesgericht abgewiesen.²⁸

3.5 Die Zulassungspraxis der Kantone

3.5.1 Bei den Kantonen eingegangene BAB-Gesuche

Eine erste konkrete Auswirkung der Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern machte sich bemerkbar, bevor der Bundesrat die Massnahme überhaupt in Kraft setzte. Anlässlich der SDK-Plenarversammlung vom 5. Juni 2002 wurde der bundesrätliche Verordnungsentwurf den kantonalen Sanitätsdirektoren vorgestellt. Kurz darauf fanden in Bern zwei konferenzielle Anhörungen statt, an denen die Verbände der Leistungserbringer dazu Stellung beziehen konnten. Nach Bekanntwerden des Verordnungsentwurfs setzte eine Welle von BAB-Gesuchen ein, da sich die potenziell direkt betroffenen Ärzte die für eine Praxiseröffnung notwendige Bewilligung beschaffen wollten, bevor die Zulassungsbeschränkung in Kraft trat und ihnen dies verunmöglichte.

Um im Rahmen dieser Studie die Entwicklung der Gesuchszahlen darstellen und mit den Vorjahren vergleichen zu können, wurden zum einen die der SDK vorliegenden Unterlagen²⁹ zu den zwischen 1995 und 2001 erteilten BAB konsultiert, zum anderen in der Kantonsbefragung Informationen über die im Jahr 2002 eingegangenen und bewilligten BAB-Gesuche

²⁷ Nähere Informationen zur Zürcher Beschwerde finden sich auf www.vsao-zuerich.ch/D_ZLB.html, zur Waadtländer Beschwerde auf www.as mav.ch/clause/recoursdroitpubclause.html.

²⁸ www.srv.bger.ch/cgi-bin/AZA/JumpCGI?id=27.11.2003_2P.305/2002

²⁹ Die SDK führte bei den Kantonen im Verlauf des Jahres 2002 quartalsweise Umfragen zur Entwicklung der Gesuchszahlen durch.

erfragt. Bei der Interpretation der Angaben zu den ausgestellten BAB ist zu beachten, dass in jedem Kanton unterschiedliche Grundgesamtheiten von Ärzten hinter den Zahlen stehen, da sich die Bewilligungspraxis je nach Art der ärztlichen Tätigkeit von Kanton zu Kanton unterscheidet. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurde in der Kantonsbefragung eine entsprechende Frage gestellt. Tabelle 14 illustriert die kantonale Vielfalt in der Bewilligungspflicht.

Tabelle 14: Bewilligungspflichtige ärztliche Tätigkeiten

Ist für die folgenden ärztlichen Tätigkeiten in Ihrem Kanton eine kantonale Berufsausübungsbewilligung (BAB) notwendig? (Frage 1.1)		
Arzt in freier Praxis	AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG, ZH	24
Assistentztätigkeit in einer Arztpraxis	AI, AR, BL, BS, FR, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG	17
Anstellung in einer Gruppenpraxis	AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG	20
Anstellung in einer Einrichtung der ambulanten Gesundheitsversorgung	AG (nur private), AI, AR, BE, BL (nur private), FR, GL, GR, LU, NE, NW, SG, SH (nur Leitung), SO, SZ, TG, VD, VS, ZG	19
Arzt in leitender Stellung im Spital (nur Spitaltätigkeit)	AR, BE, BL (nur Privatspitäler), FR, GL, GR, JU, LU, NE, SG (nur Privatspitäler), SH (nur Privatspitäler), SO, SZ, TG, VD, VS, ZG	17
Privatärztliche Tätigkeit von in Spitälern angestellten Ärzten	AR, BE, BL (nur Privatspitäler), FR, GR, JU, LU, NE, OW, SG (nur Privatspitäler), SH (nur Privatspitäler), SO, SZ, TG, VD, VS, ZG, ZH	18

Über die Anzahl der bis 2001 von den Kantonen erteilten BAB gibt Tabelle 15 Auskunft. Die Angaben sind mit Vorbehalt zu interpretieren, da die Quellen und die Verlässlichkeit der SDK-Daten nicht näher überprüft werden konnte. Die Tabelle macht deutlich, dass im Jahr 2000 signifikant mehr BAB erteilt wurden, als in den Vorjahren. Ein gewisser Anstieg machte sich schon 1999 bemerkbar. Diese Beobachtung deutet darauf hin, dass bereits die im März 2000 erfolgte Aufnahme der gesetzlichen Grundlage für eine bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung (Art. 55a) ins KVG eine erhöhte Nachfrage nach Praxisbewilligungen auslöste, die sich im Folgejahr wieder beruhigte, da sich diesbezüglich keine konkreten weiteren Schritte abzeichneten.³⁰ Dieses Phänomen trat jedoch nicht in allen Kantonen gleichermaßen auf. Eine mehr oder weniger eindeutige Zunahme der Anzahl erteilter BAB ist vor allem in den Kantonen Zürich, Bern, Basel-Stadt und Basel-Landschaft, St. Gallen, Aargau, Tessin, Waadt und Neuenburg auszumachen. Es handelt sich dabei vorwiegend um Kantone mit grossen Zentrumsspitalern und deren umliegende Regionen. Es ist zu vermuten, dass die in diesen Spitälern tätigen Ärzte als Reaktion auf Art. 55a KVG vorsorglich eine BAB bean-

³⁰ Die tiefe Anzahl des Jahres 2001 ist zumindest teilweise auf fehlende Angaben einiger Kantone zurückzuführen.

tragen. Für eine vertiefte Überprüfung der Hintergründe dieser Entwicklung fehlen jedoch die dazu notwendigen Informationen.

Tabelle 15: Von den Kantonen erteilte Berufsausübungsbewilligungen für Ärzte 1995-2001

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ZH	148	145	148	149	173	278	176
BE		103		86	138	183	102
LU	40	30	25	34	40	29	31
UR	insgesamt 37						
SZ	keine Angaben verfügbar						
OW	2	1	2	2	1	3	1
NW	2	1	3	1	2	4	
GL	1	0	0	2	1	4	1
ZG	13	19	17	19	11	19	10
FR	18	20	21	27	18		
SO	20	27	44	34	24	26	19
BS	28	38	31	26	37	89	20
BL	27	24	11	22	21	27	16
SH	8	5	5	5	3	3	
AR	4	1	4	7	1	4	
AI	insgesamt 7						
SG	35	50	38	35	37	44	43
GR	18	22	32	18	43	32	
AG	32	37	35	36	42	46	37
TG	6	11	13	15	13	19	
TI	41	41	38	37	45	67	
VD	55	73	50	67	45	79	44
VS	14	10	14	16	22	13	
NE	29	23	31	15	24	39	
GE	(9)				(9)	(8)	
JU	9	4	8	7	5	5	9
Total *	550	612	520	593	701	1013	465

Quelle: Kantonsumfragen der SDK

* Die im Total berücksichtigten Kantone (ohne Uri, Schwyz, Appenzell Innerrhoden und Genf) decken rund 89% der frei praktizierenden Ärzteschaft (gemäss FMH-Statistik) ab.

Tabelle 16 enthält die aus der Kantonsbefragung resultierenden Angaben von 18 Kantonen zur Anzahl eingegangener BAB-Gesuche im Jahr 2002. Auch diese Daten sind mit mehreren Vorbehalten versehen. Der wichtigste besteht im Umstand, dass die Kantone zwar ein Bewilligungsregister führen und die Anzahl ausgestellter BAB ermitteln können, über die Zahl der eingegangenen Gesuche jedoch in der Regel keine Statistik geführt wird. Insbesondere die

Angaben zu den Monaten Januar bis Juni sind deshalb mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Weiter ist festzuhalten, dass Kantone, die in den Vorjahren eine relevante Anzahl BAB ausstellten, z.B. Aargau, Tessin oder Waadt, nicht in der Aufstellung enthalten sind, da sie keine Angaben lieferten. Gemessen an den – ebenfalls unvollständigen – Angaben aus Tabelle 15 deckt Tabelle 16 zwischen 70 und 80% des jährlichen Bewilligungsvolumens ab.³¹ Die aus der Kantonsbefragung resultierende Zahl von rund 1760 eingegangenen BAB-Gesuchen des Jahres 2002 liegt dementsprechend ungefähr 20-30% tiefer als das effektive gesamtschweizerische Gesuchsvolumen, welches sich somit schätzungsweise zwischen ca. 2100 und 2400 bewegt haben dürfte.

Tabelle 16: Bei den Kantonen eingegangene BAB-Gesuche 2002

	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	Total	
ZH	(ca. 60)					753	17	6	1	2	4	5	~850	
BE	2	8	5	6	1	169		1	2	2	1	1	198	
LU	7	1	3	3	6	78	1			2			101	
UR					4							2	6	
SZ	3	6	1		1	25	2		1		2		41	
NW	1	1	3			11							16	
GL		1				13						1	15	
ZG			2		3	57		2	2	3	3		72	
SO	1	1	1	3	5	26	3	2	2	3	2	1	50	
FR	?											2		2
BS	1	3			7	21	1	1					34	
BL	3	3	1	7	3	71	4			3	1	1	97	
SH		1	1	1	1	10	2		1		1		18	
AI					4								4	
SG	2	6	3	4	4	47	7	6	1	2	2	3	87	
GR	3	3	3	1	8	56	5		1	2	3	6	91	
VS				1	4	22	3	4	6	3	4	2	49	
NE		3	2	2	1	2	2	5	2	4		4	27	
Total	23	37	25	28	52	1361	47	27	19	26	25	26	~1760	

Im Vergleich mit dem Durchschnitt der Jahre 1995 bis 2001 hatten die Kantone ungefähr das vierfache Gesuchsvolumen zu bewältigen, allerdings verglichen mit 2000 lediglich rund das doppelte (Angaben auf der Basis der 18 Kantone mit Daten zu 2002).

Wie Tabelle 16 auch deutlich macht, wurden gesamtschweizerisch rund drei Viertel aller BAB-Gesuche im Monat Juni bzw. vor dem 3. Juli 2002 eingereicht. Dieses Phänomen lässt

³¹ Laut den Angaben diverser Gesundheitsdirektionen entsprach bis 2002 die Zahl der eingereichten BAB-Gesuche weitgehend dem der bewilligten Gesuche. Die Zahlen aus Tabelle 15 können somit hinsichtlich ihrer Grössenordnung als Vergleichsbasis für das Jahr 2002 verwendet werden.

sich jedoch nicht in allen Kantonen gleichermassen feststellen. In Appenzell Innerrhoden, Freiburg, und Uri war im Monat Juni überhaupt keine Gesuchswelle festzustellen, während im Kanton Zürich rund 89% aller Gesuche in diesem Monat gestellt wurden, in Bern und Glarus rund 86%.

In der Kantonsbefragung gaben 16 Kantone³² darüber Auskunft, ob die Gesuche von Ärzten mit einem Schweizer oder einem EU-Diplom eingereicht wurden. Von den 807 in die Berechnung eingehenden Gesuchen stammten 649 (80,4%) von Ärzten mit Schweizer Diplom, 156 (19,3%) von Ärzten mit einem EU-Diplom. Zu zwei Gesuchen lagen keine Angaben vor.

3.5.2 Umgang mit BAB-Gesuchen während der Übergangsphase

Im Juni 2002 stellte eine grosse Anzahl Ärzte bei den kantonalen Behörden ein BAB-Gesuch, um der angekündigten Zulassungsbeschränkung zu entgehen. Einige Kantone waren durch die grosse Menge Gesuche überfordert, gleichzeitig herrschte eine gewisse Unsicherheit darüber, wie mit diesen Gesuchen umgegangen werden sollte. In der Kantonsbefragung wurde deshalb (offen) gefragt, welches Vorgehen die Kantone wählten.

3.5.2.1 Zwischen Anfang Juni und 3. Juli 2002

Tabelle 17: Umgang mit BAB-Gesuchen zwischen Juni und dem 3. Juli 2002

Wie ist die zuständige Amtsstelle mit BAB-Gesuchen umgegangen, die zwischen Anfang Juni 2002 und dem 3. Juli 2002 eingingen? (Frage 1.9a)		
normale Behandlung	AG, AI, BE, BL, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SZ, UR, VD, VS	16
normale Behandlung + differenzierte Angaben	BS, FR, SO, ZG, ZH	5
Zusätzliche Informationen angefordert	TG	1
Sistierung	NW	1
keine Angaben	AR	1

Die Mehrzahl der Kantone gab an, zwischen der Ankündigung der Zulassungsbeschränkung und deren Erlass die eingehenden Gesuche normal behandelt zu haben. Fünf Kantone machten zusätzliche differenzierte Angaben: während Solothurn den Gesuchstellern ohne konkretes Praxisprojekt eine Zusicherung auf Erteilung der Zulassung ausstellte, hielt Basel-Stadt Gesuche pendent, wenn die Praxiseröffnung nicht innert neun Monaten erfolgte. Danach wurden sie neurechtlich behandelt, d.h. der Zulassungsbeschränkung unterstellt. Zürich informierte die Gesuchsteller darüber, dass die Behandlung einige Monate dauern könne. Unterschiedlich gestaltete sich der Umgang mit unvollständigen Gesuchen: diese wurden in in

³² Aus Luzern und Zürich liegen dazu keine Informationen vor.

Luzern sistiert, in Freiburg grundsätzlich zurückgewiesen, und Zug setzte eine Frist von 21 Tagen zur Vervollständigung, bevor die Dossiers zurückgewiesen wurden. Thurgau forderte bei allen Gesuchstellern zusätzliche Angaben zum Praxisprojekt an, während Nidwalden sämtliche Gesuche vorläufig sistierte und die Gesuchsteller darüber informierte, dass die Empfehlungen der SDK abgewartet würden. Ein Kanton merkte an, dass wegen fehlender Anerkennung des eidgenössischen Titels unvollständige Gesuche oft erst nach einem halben Jahr behandelt werden konnten.

3.5.2.2 Umgang mit BAB-Gesuchen zwischen Erlass der Bundesratsverordnung und Inkrafttreten des kantonalen Umsetzungserlasses

Zwischen dem Erlass der Zulassungsbeschränkung und dem Inkrafttreten der kantonalen Vollzugsverordnung wurden die Gesuche in den meisten Kantonen (17) sistiert. Von diesen lehnte Aargau Gesuche ohne Praxisstandort grundsätzlich ab. Der Kanton Thurgau dagegen lehnte Gesuche in Anwendung der Zulassungsbeschränkung ab und erteilte BAB nur bei Praxisübernahmen oder Unterversorgung. Luzern und Zug erteilten BAB ohne Zulassungen. Schwyz und Uri behandelten die Gesuche normal.

Tabelle 18: Umgang mit BAB-Gesuchen zwischen Juni und dem 3. Juli 2002

Wie ist die zuständige Amtsstelle mit BAB-Gesuchen umgegangen, die zwischen dem 3. Juli 2002 und Inkrafttreten des kantonalen Umsetzungserlasses eingingen? (Frage 1.9b)		
Sistierung bzw. "strikte Anwendung des Moratoriums"	AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, SG, SH, VD, VS, ZH	17
normale Behandlung	SZ, UR	2
Erteilung einer BAB ohne Zulassung	LU, ZG	2
Ablehnung, ausser bei Praxisübergabe oder Unterversorgung	TG	1
keine Angaben	AR, OW	2

3.5.2.3 Umgang mit BAB-Gesuchen nach Inkrafttreten des kantonalen Umsetzungserlasses

Bei den Antworten auf diese (offene) Frage ist die Varianz in den Antworten vermutlich eher sprachlicher als inhaltlicher Natur. Ab Inkrafttreten des kantonalen Umsetzungserlasses verfahren zehn Kantone gemäss der neuen Verordnung, sechs weitere gaben an, die Gesuche "normal" behandelt zu haben. Vier Kantone (Schaffhausen, Basel-Landschaft, Zug und Neuenburg) gaben an, BAB ohne Zulassung erteilt zu haben. Uri nahm eine Einzelprüfung jedes Gesuchs nach Kriterien der Versorgungslage vor, während der Kanton Thurgau alle Gesuche

mit Verweis auf die Zulassungsbeschränkung ablehnte, ausser bei Praxisübernahmen oder Unterversorgung.

Von den 24 antwortenden Kantonen führen fünf (Freiburg, Jura, Neuenburg, Obwalden und Schaffhausen) eine Warteliste mit Ärzten, welche die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung beantragt, diese aber nicht erhalten haben.

Tabelle 19: Umgang mit BAB-Gesuchen nach Inkrafttreten des kantonalen Umsetzungserlasses

Wie ist die zuständige Amtsstelle mit BAB-Gesuchen umgegangen, die nach Inkrafttreten des kantonalen Umsetzungserlasses eingingen? (Frage 1.9c)		
Behandlung gemäss kantonalen Verordnung	AG, BE, BS, FR, GL, GR, JU, SO, VD, ZH	10
normale Behandlung	AI, LU, NW, SG, SZ, VS	6
Erteilung einer BAB ohne Zulassung	BL, NE, SH, ZG	4
Ablehnung, ausser bei Praxisübergabe oder Unterversorgung	TG	1
Prüfung jedes einzelnen Gesuchs	UR	1
keine Angaben	AR, OW	2

Zusammenfassend fällt auf, dass die Übergangsphase von den Kantonen uneinheitlich gehandhabt wurde bzw. dass einzelne Kantone eigenständige Vorgehensweisen wählten. Bemerkenswert erscheint dabei das vergleichsweise restriktive Vorgehen des Kantons Thurgau, welcher gemäss den Antworten aus der Kantonsbefragung auch die Erteilung von BAB verweigert, sofern die Kriterien für eine Zulassung nicht erfüllt sind.

3.5.3 Von den Kantonen erteilte Berufsausübungsbewilligungen

Von zentralem Interesse für die Beurteilung der Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung ist die Frage, wie sie die Zahl der Ärzte, welche zulasten der OKP tätig sind, beeinflusst hat. Dabei gilt es zu unterscheiden zwischen denjenigen Personen, die vor dem 3. Juli 2002 die kantonalen Kriterien zur Berufsausübung erfüllten, ein entsprechendes Gesuch stellten und somit gemäss Art. 5 der Bundesratsverordnung nicht unter die Zulassungsbeschränkung fallen, und denjenigen Leistungserbringern, die erst nach dem 3. Juli 2002 die BAB beantragten bzw. bis zu diesem Datum die Voraussetzungen nicht erfüllten. Die Zulassungsbeschränkung ist einzig auf diese Personen anwendbar. Wie Tabelle 16 zeigt, waren rund drei Viertel aller BAB-Gesuche des Jahres 2002 noch altrechtlich zu behandeln, weil sie vor dem 3. Juli eingereicht wurden. Es ist davon auszugehen, dass ein gewisser Anteil dieser Gesuche unvollständig war weil entweder die Kriterien erfüllt waren, die entsprechenden Bestätigungen allerdings noch nicht vorlagen, oder weil die betreffenden Personen ein vorsorgliches Gesuch stellten, obwohl sie die Bedingungen zur Berufsausübung noch nicht erfüllten. Über die Zahl

solcher vorsorglichen Anträge kann keine Aussage gemacht werden, da die Kantone über die eingehenden Gesuche keine Statistik führten.

Aus demselben Grund ist auch eine systematische Verknüpfung der Angaben zu den eingegangenen Gesuchen mit den Informationen zu den erteilten BAB nicht möglich. Anhand der vorliegenden Daten kann somit keine eindeutige Aussage dazu gemacht werden, wie viele Ärzte, die noch vor dem 3. Juli 2002 eine kantonale BAB beantragt hatten, eine solche auch erhielten und somit noch altrechtlich zugelassen wurden.

Tabelle 20: Anzahl an Ärzten erteilte Berufsausübungsbewilligungen 2002

	EU-Ärzte	CH-Ärzte	Total
ZH	54	278	332
BE	5	157	162
LU	?	?	56
UR	2	2	4
SZ	1	27	28
NW	2	5	7
GL	2	7	9
ZG	12	32	44
FR ¹	1	3	4
SO	4	17	21
BS	10	23	34
BL	16	22	38
SH	1	9	10
AI	0	0	0
SG	22	55	77
AG	21	127	148
VS	12	22	34
NE	3	24	27
JU ¹	0	6	6
Total ²	168	816	1041

¹Angaben nur für die Monate Juli bis Dezember

²Mangels diverser fehlender Angaben zur Herkunft der Gesuche entspricht das Total der Gesuche nicht der Summe der Gesuche von Schweizer- und EU-Ärzten. Die im Total berücksichtigten Kantone decken rund 71% der frei praktizierenden Ärzteschaft (gemäss FMH-Statistik) ab.

Weil zwischen dem Eingang eines Dossiers und dem Entscheid darüber eine unterschiedlich lange Zeit vergeht und weil einige Kantone die Bearbeitung aufgrund der Unsicherheit während der Übergangsphase ganz aussetzten (vgl. Abschnitt 3.5.2.2), wird auf eine Darstellung der pro Monat ausgestellten BAB pro Kanton verzichtet. Tabelle 20 weist somit lediglich das Total der gemäss Kantonsbefragung im Jahr 2002 von den Kantonen erteilten Berufsausübungsbewilligungen aus. Von den 24 antwortenden Kantonen machten 19 Angaben dazu. Es

fehlen Daten zu den Kantonen Appenzell Innerrhoden, Graubünden, Obwalden, Thurgau und Waadt. Bei der Interpretation der Zahlen sind die selben Vorbehalte anzubringen wie bei Tabelle 15 (vgl. Seite 41f.).

Die unvollständigen Daten aus 19 Kantonen zeigen, dass im Laufe des Jahres 2002 mehr als 1000 Berufsausübungsbewilligungen ausgestellt wurden. In diesen 19 Kantonen wurden somit rund 62% der eingereichten BAB-Gesuche bewilligt. Wie hoch die tatsächliche Anzahl ausfällt, kann nicht verlässlich abgeschätzt werden. Die Bewilligungswelle aus dem Jahr 2000 wurde jedenfalls übertroffen, wobei der Unterschied jedoch erstaunlich gering ausfällt. Über die Anzahl abgewiesener Gesuche liegen keine Informationen vor. Unklar ist zudem, wie viele der 2002 eingereichten Gesuche von den Kantonen noch nicht behandelt wurden und immer noch pendent sind.

Ein Vergleich mit Tabelle 15 ermöglicht differenzierte Aussagen. So zeigt sich, dass – gemäss den vorliegenden Daten – in mehreren Kantonen (Solothurn, Neuenburg, Jura) die Anzahl BAB gegenüber den Jahren 2000 bzw. 2001 nicht markant zugenommen hat, und dass in zwei weiteren Kantonen (Bern, Basel-Stadt) im Jahr 2002 weniger BAB ausgestellt wurden als 2000, d.h. nach der Einführung von Art. 55a KVG, obwohl sich an den Rechtsgrundlagen zur Berufsausübung nichts verändert hat.

3.5.4 Zulassungsentscheide der Kantone

Leistungserbringer, welche eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) aufnehmen wollen, müssen zu diesem Zweck bei *santésuisse* eine ZSR-Nummer beantragen. *santésuisse* prüft dementsprechend, ob die Leistungserbringer die dazu notwendigen Kriterien des KVG bezüglich Aus- und Weiterbildung erfüllen, über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügen und den Beitritt zu den diversen Verträgen über Tarife, Qualitätssicherung etc. erklärt haben, und vergibt letztlich die zur Abrechnung erforderliche ZSR-Nummern ("Fragen und Probleme betreffend den Zulassungsstopp für Leistungserbringer", Schreiben von *santésuisse* an die kantonalen Gesundheitsdepartemente vom 17. Juli 2002). Dieses Vorgehen kam bereits vor der Zulassungsbeschränkung zur Anwendung und ist von dieser Massnahme nicht betroffen.

Die Zulassungsbeschränkung gibt den Kantonen jedoch die neu Möglichkeit, anhand konkreter Kriterien einzelnen Leistungserbringern die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP zu verweigern. Es handelt sich dabei um andere Zulassungskriterien als diejenigen, die von *santésuisse* geprüft werden. Sie sind in Abschnitt 3.4.6 näher umschrieben. Leistungserbringer, welche unter die neurechtlichen Bestimmungen fallen und die kantonalen Kriterien für Ausnahmezulassungen nicht erfüllen, werden folglich bereits von den Kantonen abgewiesen und haben kein Anrecht auf eine ZSR-Nummer von *santésuisse*.

In der Kantonsbefragung wurde versucht, die Zahl der von den Kantonen erteilten Zulassungen seit Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung zu erheben. Die eingegangenen Antworten erwiesen sich jedoch als zu wenig aussagekräftig, um sinnvoll ausgewertet werden zu können. Deshalb wird auf die ZSR-Statistik von santésuisse abgestellt. Die Zahl der bei santésuisse eingegangenen Zulassungsgesuche gibt Auskunft darüber, wie viele Leistungserbringer den kantonalen Zulassungskriterien entsprachen. santésuisse hat jedoch die zwischen Januar bis Juni 2002 eingehenden Gesuche um eine ZSR-Nummer nicht systematisch erfasst, sondern nur die bearbeiteten Dossiers. Deshalb ist keine Unterscheidung zwischen Gesuchen, die vor bzw. nach Erlass der Zulassungsbeschränkung gestellt wurden, möglich. Bis zum 3. Juli 2002 entsprach die Zahl der Gesuchseingänge ungefähr den erteilten Nummern, d.h. ca. 445.³³ Gemäss einer Aufstellung der ZSR-Statistik von santésuisse³⁴ gingen in der zweiten Jahreshälfte 2002 gesamtschweizerisch 1854 Gesuche von Schweizer Ärzten und 316 von Ärzten aus der EU ein.

Damit beantragten im Jahr 2002 insgesamt rund 2615 Ärztinnen und Ärzte eine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung. Diese Zahl entspricht nicht vollumfänglich der Zahl der von den Kantonen in diesem Jahr geprüften Zulassungsgesuchen, da zwischen dem Erhalt einer BAB und dem Antrag auf Zulassung bei santésuisse mitunter mehrere Jahre vergehen können ("Fragen und Probleme betreffend den Zulassungsstopp für Leistungserbringer", Schreiben von santésuisse an die kantonalen Gesundheitsdepartemente vom 17. Juli 2002). Somit können auch Ärzte darin enthalten sein, die seit längerer Zeit über eine BAB verfügen. Eine kantonale Aufschlüsselung ist mangels verfügbarer Daten nicht sinnvoll, ein Vergleich mit den Vorjahren mangels vorliegender Angaben nicht möglich.

Verlässlichere Angaben können zu den Zulassungen durch santésuisse gemacht werden. Die ZSR-Statistik von 2002 weist insgesamt 1183 Neuzulassungen von Ärzten aus, davon 167 mit einem EU-Diplom. Im selben Jahr wurden Gesuche von 16 Schweizer Ärzten und 2 EU-Ärzten zurückgewiesen. Damit ist eine deutliche Zunahme (rund 50%) der Zulassungen gegenüber den Vorjahren festzustellen (vgl. Tabelle 21). Aufgrund der hohen Zahl von Gesuchen beanspruchte die Bearbeitung einige Zeit. Gemäss den santésuisse-Daten waren im Februar 2003 noch 1135 Gesuche pendent. Für das Jahr 2003 liegen ausführliche Angaben vor (Stand November). Gesamtschweizerisch wurden in diesem Jahr bisher 646 Zulassungen erteilt, davon 175 an Ärzte mit EU-Diplom. Des Weiteren wurden 50 Gesuche abgelehnt, 22 Zulassungen entzogen, 70 zurückgezogen und 14 reaktiviert. Über die Anzahl pendenter Dossiers im November 2003 liegen keine Angaben vor.

³³ Direktauskunft von Franz Wolfisberg, Abteilung Zulassungen, santésuisse, vom 23. Mai 2003.

³⁴ Verschiedene Datentabellen aus der ZSR-Statistik wurden in verdankenswerter Weise von Franz Wolfisberg, Abteilung Zulassungen santésuisse, Luzern, zur Verfügung gestellt.

Tabelle 21: Von santésuisse ausgestellte ZSR-Nummern für Ärzte

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003¹
neue ZSR- Nummern für Ärzte	677	754	714	695	705	710	760	1183	646

Quellen: SDK-Dokumentation (1995-2000); santésuisse (2001-2003). Die Vergleichbarkeit der Daten ist wegen der unterschiedlichen Quellen nicht gewährleistet.

¹ Stand: November 2003

4 Fallstudien

Um die konkreten Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung zu untersuchen, wurden in drei ausgewählten Modellkantonen qualitative Fallstudien durchgeführt. Diese setzten sich methodisch aus zwei Komponenten zusammen: Neben einer vertieften quantitativen Analyse der Entwicklung der Gesuche und Bewilligungen um Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung und der Anzahl Leistungserbringer in einem Kanton wurden strukturierte Leitfadeninterviews mit zentralen Akteuren, d.h. Vertretern der Kantonsbehörden, der Spitalärzteschaft (VSAO), der Ärzteschaft und des kantonalen bzw. regionalen Spitalverbandes geführt (vgl. die Liste der Gesprächspartner im Anhang). Die Fallstudien verfolgen nicht das Ziel, die kantonale Anwendung der Zulassungsbeschränkung zu bewerten, sondern Informationen über die Auswirkungen der Bundesmassnahme zu generieren.

4.1 Auswahl der Modellkantone

Bei der Auswahl der Modellkantone standen verschiedene Überlegungen im Vordergrund. Da sich die Kantone bei der Umsetzung der Zulassungsbeschränkung innerhalb der einzelnen SDK-Regionalkonferenzen koordinierten (vgl. Abschnitt 3.2), stand die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Konferenzen als Auswahlkriterium fest. Auf diese Weise konnten die Auswirkungen von Unterschieden in der Vollzugspraxis untersucht werden. Weiter sollte es sich um Kantone handeln, die sowohl städtische als auch ländliche Regionen aufweisen, um allfällige Verschiebungen der regionalen Verteilung von ärztlichen Leistungserbringern untersuchen zu können. Daneben sollten sie eine kritische Grösse aufweisen, um Veränderungen in den interessierenden Wirkungsbereichen überhaupt eruieren zu können. Diese Kriterien führten zur Auswahl der drei Kantone Luzern, Waadt und Zürich.

4.2 Aufbau der Fallstudien

Die drei Fallstudien sind nach demselben Muster aufgebaut und beinhalten zunächst eine kurze Beschreibung der Ausgangslage vor Erlass der Zulassungsbeschränkung, mit einem Blick auf die Entwicklung des ambulanten Leistungsangebots und die Ärztedemographie. Danach werden die Ausarbeitung und die Ausgestaltung der kantonalen Umsetzungsverordnung sowie die Handhabung der Phase zwischen dem 3. Juli 2002 (Erlass der Bundesratsverordnung) und dem Inkrafttreten der kantonalen Verordnung beschrieben. Dabei geht es insbesondere um den Umgang mit den eintreffenden Gesuchen für Berufsausübungsbewilligungen. In vier weiteren Abschnitten wird anschliessend auf die Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf das ambulante Versorgungsangebot, auf die Ärzteschaft, auf den Spitalbereich und auf die Kosten eingegangen, bevor ein für den jeweiligen Kanton ein Fazit gezogen wird. Soweit nichts anderes vermerkt ist, entstammen die in den Fallstudien enthalte-

nen Informationen den verschiedenen geführten Gesprächen und der standardisierten Kantonsbefragung.

4.3 Kanton Luzern

4.3.1 Einführung

Mit 505 Ärzten mit Praxistätigkeit wies der Kanton Luzern im Jahr 2001 gemäss FMH-Statistik im gesamtschweizerischen Vergleich eine unterdurchschnittliche Ärztedichte auf (LU: 145,3 Ärzte pro 100'000 Einwohner; CH: 195,3). In der Einschätzung des Gesundheits- und Sozialdepartements (GSD) besteht in den meisten medizinischen Kategorien jedoch eine ausreichende Versorgung. Unterversorgung wird in der Allgemeinmedizin, in der Gynäkologie und Geburtshilfe, in der (Kinder-)Psychiatrie und (Kinder-)Psychotherapie sowie in der Pädiatrie geltend gemacht. In allen Kategorien besteht ein ausgeprägtes regionales Gefälle zwischen Stadt und Land. Rund die Hälfte aller frei praktizierenden Ärzte im Kanton ist in der Stadt Luzern tätig. Von den 171 Arztpraxen, die gemäss dem GSD zwischen 1998 und 2002 eröffnet wurden, entfielen 108 (63%) auf die Stadt Luzern, 29 (17%) auf die Agglomeration und 34 (20%) auf die Landschaft. Fast 70% der Fachärzte liessen sich in der Stadt Luzern nieder (Regierungsrat Luzern 2003a). Entsprechend ist die Spezialisierung in der Stadt höher und nimmt stärker zu als auf dem Land. Der Kanton rechnet mit einer Verschlechterung der Versorgungssituation in ländlichen Regionen, da die dort niedergelassenen Ärzte ein überdurchschnittliches Alter aufweisen und zunehmend Probleme haben, einen Nachfolger zu finden (Regierungsrat Luzern 2003a).

Während die Kantonsbehörden eher keinen Trend zu vermehrter Teilzeitarbeit oder Gruppenpraxen ausmachen, stellen die Ärztevertretungen diese Phänomene auch im Kanton Luzern fest. Weil Einzelpraxen wirtschaftlich zunehmend weniger tragbar sind, erscheinen Gruppenpraxen als gangbare Alternative dazu. Die vermehrte Teilzeitarbeit lässt sich auf den zunehmenden Frauenanteil an der Ärzteschaft und den allgemeinen gesellschaftlichen Wandel, d.h. erhöhte Ansprüche an die Lebensqualität, zurückführen.

Tabelle 22: Entwicklung des ärztlichen Versorgungsangebots im Kanton Luzern 1995-2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ärzte mit Praxistätigkeit ¹	452	464	470	474	485	488	505	515
Erteilte BAB ²				22	27	29	38	55
Aktive BAB für Ärzte ³	523	542	554	567	592	599	611	
Neue ZSR-Nummern für Ärzte ⁴	25	12	20	14	15	15		49

Quellen: ¹ FMH-Ärztstatistik; ² Regierungsrat Luzern (2003a); ³ SDK; ⁴ santésuisse (für 2001 sind keine Daten verfügbar)

Über die Entwicklung des ärztlichen Versorgungsangebots in den Jahren 1995 bis 2001 gibt Tabelle 22 Auskunft. Gemäss den Angaben aus der Kantonsbefragung waren im Mai 2002 15 Ärzte aus der EU in freier Praxis tätig, ein Jahr später 21.

Aufgrund der Wirtschaftsfreiheit im ambulanten Sektor waren vor der Zulassungsbeschränkung dem Kanton bei der Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots enge Grenzen gesetzt. Einzig die Zulassung ausländischer Leistungserbringer wurde vor Inkrafttreten der bilateralen Abkommen jeweils von einem konkreten Bedürfnis abhängig gemacht.³⁵ Ansonsten nahm das GSD primär eine polizeiliche Funktion wahr, indem es gemäss dem kantonalen Recht die Berufsausübungsbewilligungen ausstellte.

4.3.2 Umsetzungsphase und Handhabung der Verordnung

Aufgrund der stetigen Kostensteigerung im Gesundheitswesen befürworteten die befragten Vertreter des GSD im Wesentlichen die mit der Zulassungsbeschränkung verbundenen neuen Steuerungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich und halten mangels anderer verfügbarer Kriterien die Anzahl Leistungserbringer für den einzigen Ansatzpunkt zur Beeinflussung der Kostenentwicklung. Aus diesem Grund entschied sich das GSD dafür, die Zulassungsbeschränkung auf sämtliche in der Bundesratsverordnung angeführten Kategorien von Leistungserbringern anzuwenden.

Die Ausarbeitung der kantonalen Umsetzungsverordnung erfolgte im Rahmen der ZGDK, in welcher Luzern zusammen mit Zug eine gewisse Vorreiterrolle einnahm. Als Vollmitglied der SDK-Nordwestschweiz war Luzern auch in deren Arbeitsgruppe vertreten. Die doppelte Zugehörigkeit ermöglichte den Informationsaustausch und den Vergleich mit anderen Kantonen. Kantonsintern wurde eine Vernehmlassung bei den betroffenen Berufsverbänden durchgeführt. Von diesen habe jedoch einzig der VSAO Widerstand gegen den Verordnungsentwurf angemeldet. Er kritisierte die kantonale Interpretation des vom Bund belassenen Handlungsspielraums als sehr restriktiv und abschreckend. In der Vernehmlassung wurde auch angekündigt, dass die Berufsverbände in den Vollzug der Zulassungsbeschränkung eingebunden würden und bei Zulassungsgesuchen die Möglichkeit zur unverbindlichen Stellungnahme hätten.

Die am 1. Januar 2003 in Kraft getretene kantonale Verordnung³⁶ ist sehr allgemein gehalten und verweist im Wesentlichen auf die Bundesratsverordnung, ohne weitere konkrete Bestimmungen über die Ausgestaltung der Zulassungsregelungen zu enthalten. Ausnahmezu-

³⁵ § 27 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes hält fest, dass bei Unterversorgung auch Schweizer Bürger mit einem gleichwertigen ausländischen Diplom oder Ausländer mit einem schweizerischen oder gleichwertigen ausländischen Diplom zugelassen werden können.

³⁶ Verordnung über die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Luzern (Kantonale Zulassungsverordnung) vom 3. Dezember 2002 (SRL Nr. 865a)

lassungen gemäss Art. 3 der Bundesratsverordnung sind möglich, Entscheidungsinstanz ist das Gesundheits- und Sozialdepartement (GSD) des Kantons Luzern. Konkret sind im Einzelfall Praxisübernahmen bei gleichzeitiger Rückgabe der Praxisbewilligung durch den bisherigen Inhaber und Ausnahmezulassungen bei Unterversorgung in konkreten Fachgebieten und Regionen möglich. Das GSD trifft keine vorgängige Bedarfsabklärung in einzelnen Fachbereichen, sondern nimmt seit Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung bei Anträgen um Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP jeweils eine Einzelfallprüfung vor, da so die Ansiedlung neuer Ärzte durch Berücksichtigung der Versorgungslage gesteuert werden kann (Regierungsrat Luzern 2003b).

Die befragten Kantonsvertreter sind der Ansicht, die allgemeine Formulierung gewährleiste eine grösstmögliche Flexibilität und ein pragmatisches Vorgehen bei der Anwendung der Verordnung. Bei der Einzelfallprüfung von Zulassungsgesuchen kommen verschiedene Kriterien zur Anwendung, wie die Einwohnerzahl in der betreffenden Gemeinde und ihrer Umgebung, das bestehende Versorgungsangebot, die Altersstruktur und das Arbeitspensum der ansässigen Ärzte und die verkehrstechnische Erschliessung der Region (Regierungsrat Luzern 2003b). Neben den zur Verfügung stehenden Statistiken konsultiert das GSD jeweils die kantonale Ärztegesellschaft, welche die Versorgungssituation besser einschätzen könne und über die entsprechenden Informationen verfüge. Auch ärztliche Fachgesellschaften und die santésuisse-Regionalstelle können Stellungnahmen zu einzelnen Zulassungsgesuchen abgeben. Bisher wurde gegen einen einzigen Zulassungsentscheid beim kantonalen Verwaltungsgericht Beschwerde erhoben, die zugunsten des Kantons abgewiesen wurde.

4.3.3 Gestaltung der Übergangsphase

Die Aufnahme von Art. 55a ins KVG im März 2000 hatte auf die Anzahl BAB-Gesuche im Kanton Luzern keinen Einfluss. Wie Tabelle 22 zeigt, ist gegenüber dem Vorjahr keine signifikante Veränderung erteilter BAB festzustellen. Auch das Inkrafttreten der bilateralen Abkommen hatte keine deutliche Zunahme von BAB-Gesuchen zur Folge. Zwar gingen beim GSD einige wenige zusätzliche Anfragen ein, doch werden aufgrund des Inländervorrangs ausländische Ärzte nur bei Praxisübernahmen zugelassen.

Demgegenüber hatte die Anfang Juni 2002 erfolgte Ankündigung des Zulassungsstopps einen markanten Anstieg der BAB-Gesuche³⁷ zur Folge (vgl. Tabelle 23). Allein im Monat Juni ging mit 78 die doppelte Anzahl Gesuche des ganzen Vorjahres ein, davon viele noch unvollständig. Gemäss dem GSD stammten ca. 60% der Gesuche von kantonsexternen Ärzten, ca.

³⁷ Gemäss der Kantonsbefragung ist für folgende ärztliche Tätigkeiten eine BAB des Kantons erforderlich: Arzt in freier Praxis, Assistenz Tätigkeit in einer Arztpraxis, Anstellung in einer Gruppenpraxis, Anstellung in einer Institution der ambulanten Gesundheitsversorgung. Ärzte in leitender Stellung im Spital brauchen keine BAB, weder für privatärztliche noch für die reine Spitaltätigkeit.

30% von Assistenzärzten und ca. 10% von Ober- und leitenden Ärzten. Aus EU-Staaten waren lediglich drei bis vier Gesuche um Neuzulassungen zu verzeichnen. Die ZSR-Statistik von santésuisse verzeichnet im Jahr 2002 insgesamt 87 Ärzte, welche eine ZSR-Nummer für den Kanton Luzern beantragten, davon allein 67 zwischen dem 1. Juni und dem 12. Juli.

Tabelle 23: Entwicklung der beim Kanton Luzern eingereichten BAB-Gesuche 2001 und 2002

	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	Total
2001	7	4	3	3	0	7	3	2	4	1	4	0	38
2002	7	1	3	3	6	78	1	0	0	2	0	0	101

Quelle: Regierungsrat Luzern (2003a)

Die Übergangsphase wurde so gehandhabt, dass zwischen Anfang Juni und dem 3. Juli vollständige BAB-Gesuche weiterbearbeitet, unvollständige Gesuche dagegen sistiert wurden. Zwischen dem Erlass der Bundesratsverordnung und dem Inkrafttreten der kantonalen Umsetzungsverordnung (1. Januar 2003) wurden inzwischen vervollständigte BAB-Gesuche bewilligt. Zum Teil wurde lediglich eine BAB ohne Zulassung zur Leistungserbringung zulasten der OKP erteilt. Ab dem 1. Januar 2003 setzte die neurechtliche Behandlung der Gesuche ein. Von den im Jahr 2002 eingereichten 101 BAB-Gesuchen wurden bis im Februar 2003 55 bewilligt, davon 8 von Ärzten aus EU-Staaten. 46 Gesuch waren zu diesem Zeitpunkt noch pendent (Regierungsrat Luzern 2002a). Gemäss dem VSAO gibt es für die am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Zulassungsverordnung des Kantons Luzern bisher keine Anwendungsfälle.

4.3.4 Auswirkungen auf das ambulante Versorgungsangebot

Die Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf die Anzahl Leistungserbringer im Kanton Luzern sind mangels verlässlicher Daten schwierig zu beurteilen. Das GSD verfügt über keine systematischen Informationen über Eröffnungen oder Schliessungen von Arztpraxen im Kanton, da es lediglich für die Erteilung von Bewilligungen und die Prüfung der Zulassungsbedingungen zuständig ist. Über die Anzahl erfolgter Zulassungen vermag die ZSR-Statistik von santésuisse Auskunft zu geben. Gemäss diesen Daten wurden für den Kanton Luzern im Jahr 2002 49 ZSR-Nummern an Ärzte vergeben, davon 44 Schweizer und 5 EU-Ärzte. Dies entspricht ungefähr der dreifachen Menge der Vorjahre und stellt somit einen markanten Zuwachs an potenziell zulasten der Krankenversicherung tätigen Ärzten dar. Bis im November 2003 erteilte santésuisse zehn neue Nummern an Schweizer und drei an EU-Ärzte, zwei Nummern wurden reaktiviert. Gleichzeitig wurden sechs Nummern zurückgezogen, was zu einem Nettozuwachs von neun abrechnungsberechtigten Ärzten führt. Die Anzahl erteilter ZSR-Nummern dürfte somit 2003 leicht unter den Stand der Jahre 1998 bis 2000 fallen.

Gemäss FMH-Statistik erhöhte sich die Anzahl freipraktizierender Ärzte im Kanton Luzern im Jahr 2002 gegenüber dem Vorjahr um 10 auf 515, was im Vergleich mit der Entwicklung seit 1995 (vgl. Tabelle 22) einen durchschnittlichen Zuwachs darstellt.³⁸ Die Anzahl Neuaufnahmen von frei praktizierenden Ärzten in die Luzerner Ärztesgesellschaft ist dagegen tendenziell eher rückläufig, wie Tabelle 24 zeigt. Diese Beobachtungen legen die Vermutung nahe, dass nur ein kleiner Teil der neu zugelassenen Ärzte den Gang in die freie Praxis angetreten hat und die übrigen Leistungserbringer entweder in anderer Form tätig sind oder die Zulassung auf Vorrat beantragt und erhalten haben.

Tabelle 24: Aufnahme frei praktizierender Ärzte in die Luzerner Ärztesgesellschaft

1999	2000	2001	2002	2003
25	24	28	21	13

Quelle: Luzerner Ärztesgesellschaft

Auffallend ist die niedrige Zahl von Praxisschliessungen im Jahr 2002 (vgl. Tabelle 25). Inwiefern dieses Phänomen Ausdruck eines Trends ist oder mit der Zulassungsbeschränkung in Zusammenhang steht, kann allerdings aufgrund der vorliegenden Informationen nicht festgestellt werden.

Tabelle 25: Praxisschliessungen im Kanton Luzern 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Praxisschliessungen	22	11	21	27	7
davon in Privatkliniken tätig		2	9	9	

Quelle: Regierungsrat Luzern (2003a)

In der Kantonsbefragung gab das GSD an, die Zulassungsbeschränkung habe bisher zu keinen Veränderungen in der regionalen Verteilung oder in der fachlichen Spezialisierung der niedergelassenen Ärzte geführt. Da die Zulassungsbeschränkung erst seit kurzer Zeit in Kraft ist, sei ein Effekt eher schwierig abzuschätzen. Tendenziell wird davon ausgegangen, dass die Zulassungsbeschränkung die Spezialisierung weiter begünstigt, weil Ärzte, welche zur Zeit keine eigene Praxis eröffnen können, oft ihre Weiterbildung fortsetzen und zusätzliche Facharztstitel erwerben.

Im Kanton Luzern sind auch die delegierten Leistungserbringer der Zulassungsbeschränkung unterstellt. In diesen Kategorien ist gemäss dem GSD jedoch keine Veränderung in der Entwicklung der Gesuchszahlen festzustellen. Einzig in der Kategorie der Physiotherapeuten, welche den grössten Anteil der Gesuche stellt, kam es zu einigen Rückweisungen. Die ZSR-

³⁸ Zwischen 1995 und 2002 nahm die Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit im Kanton Luzern durchschnittlich um 9 zu.

Statistik von santésuisse verzeichnet zwischen dem 1. Juni und dem 12. Juli 2002 drei Gesuche von Physiotherapeuten und sieben von "übrigen". Mangels verfügbarer Angaben kann allerdings kein Vergleich zu anderen Jahren gezogen werden.

4.3.5 Auswirkungen auf die Ärzteschaft

Der VSAO Zentralschweiz verfügt über rund 700 Mitglieder, die potenziell alle von der Zulassungsbeschränkung betroffen, aber nicht zwangsläufig dadurch eingeschränkt sind. Da ihm keine konkreten Daten über den Weiterbildungsstand von Ärzten vorliegen, ist es für den Verband schwierig, das Ausmass der Betroffenheit zahlenmässig abzuschätzen. Der VSAO hat in direkter Weise auf die Zulassungsbeschränkung reagiert, in dem er all seine potenziell betroffenen Mitglieder dazu aufgerufen hat, bei den Kantonsbehörden eine BAB zu beantragen, um die Massnahme dadurch zu unterminieren. Auch Ärzte, die aus verschiedenen Gründen den Gang in die freie Praxis noch nicht antreten wollten oder konnten, stellten ein Gesuch. Das führte dazu, dass die kantonalen Zulassungsbehörden ein Mehrfaches an Gesuchen zu bearbeiten hatte, als in den Jahren zuvor (vgl. oben).

Zur Frage ob bzw. wie viele Assistenzärzte durch die Zulassungsbeschränkung direkt betroffen sind, können keine konkreten Angaben gemacht werden. Gemäss dem GSD gibt es keine Assistenzärzte, die durch die Zulassungsbeschränkung am Gang in die freie Praxis gehindert worden wären. Dem VSAO ist lediglich ein einziger Assistenzarzt bekannt, der infolge eines Auslandsaufenthaltes erst nach dem 3. Juli 2002 ein BAB-Gesuch einreichen konnte, welches nun hängig ist. Wer sich mit dem Problem befasst habe, habe rechtzeitig ein Gesuch gestellt. Ärzte ohne FMH-Titel konnten zudem die Zulassung als praktischer Arzt beantragen. Auch die kantonale Ärztesgesellschaft geht davon aus, dass Ärzte, die ihre Weiterbildung zwischen 2002 und 2005 abschliessen, kaum blockiert sind, da sie eine Alternativbeschäftigung gefunden oder noch rechtzeitig eine BAB beantragt hätten. Dass Studienabgänger durch die Zulassungsbeschränkung blockiert werden, kommt gemäss Angaben des VSAO nicht vor.

Mit der neuen Zulassungsregelung stellt sich für Ärzte, die sich neu niederlassen wollen, das Problem, dass sie in der Regel ohne Zulassung keinen Bankenkredit für eine Praxiseröffnung erhalten. Gleichzeitig ist jedoch das Vorliegen eines konkreten Praxisprojekts eine zentrale Bedingung für den Erhalt der Zulassung. Um dieses Dilemma zu bewältigen, trifft der Kanton im Einzelfall Abklärungen mit der fraglichen Bank.

Die ursprünglich gehegten Befürchtungen verschiedener Kreise, die niedergelassenen Ärzte könnten von einer Besitzstandswahrung profitieren, bestätigten sich nicht. Es zeigt sich vielmehr, dass diese Ärzte zunehmend Probleme haben, ihre Praxis einem Nachfolger übergeben zu können. Das hat zum Teil damit zu tun, dass die Preise für Arztpraxen durch die Zulassungsbeschränkung gestiegen sind, aber vor allem auch mit gesellschaftlichen Faktoren, weil sich die nachrückenden Ärzte stärker überlegen, wo sie sich längerfristig binden wollen und

die Bereitschaft, die mit einer Praxis verbundenen Anforderungen auf sich zu nehmen, stetig schwindet. Diese Entwicklung steht aber nicht direkt mit der Zulassungsbeschränkung in Zusammenhang, sondern ist die Folge eines Mentalitätswandels in der Ärzteschaft. Weil die Anforderungen und das wirtschaftliche Risiko in der freien Praxis stetig zunehmen, stellen Ärzte vermehrt Kosten-Nutzen- bzw. Attraktivitätsüberlegungen an, bevor sie eine bestehende Praxis übernehmen. Nach Angaben der Ärzteschaft ist durch die Zulassungsbeschränkung kein höherer Druck auf Jungärzte entstanden, auch unattraktive Praxen zu übernehmen, um so den Gang in die freie Praxis antreten zu können. Es wird vielmehr die Tendenz beobachtet, dass Ärzte lieber im Spital tätig bleiben, als sich selbständig zu machen.

Für die bereits etablierten Ärzte hat die Zulassungsbeschränkung keine direkten Konsequenzen. Es ist aber davon auszugehen, dass die Suche nach geeigneten Praxisnachfolgern nach ihrer Aufhebung wieder einfacher wird.

Als Folge der erschwerten Bedingungen der Praxisübergabe und weil ein Teil der nachrückenden Ärzte bis im Juli 2005 an der Niederlassung gehindert wird, ist eine Zunahme des Durchschnittsalters der Ärzteschaft zu erwarten.

In den Augen des VSAO hat die Zulassungsbeschränkung auf das Gesundheitswesen keinen direkten Einfluss, sondern stellt primär einen weiteren Eingriff in die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens dar, welche die Attraktivität des Arztberufs bzw. einer Praxiseröffnung schmälern. Insofern wird die Zulassungsbeschränkung als kontraproduktiv beurteilt, weil sie sich negativ auf die Motivation der Ärzteschaft auswirkt. In den Augen der Ärzte baut sich durch derartige Massnahmen ein Frustrationspotenzial auf, das längerfristig zu einem Ärztemangel beitragen wird.

Für in Spitälern tätige Ärzte bestehen verschiedene Alternativen zum Gang in die freie Praxis, die auch vermehrt in Betracht gezogen werden. Hier sind insbesondere Anstellungen in Privatkliniken zu nennen, die vor allem für höher gestellte Ärzte interessant und oft lukrativer sind als die freie Praxis, Stellen in der Privatwirtschaft, z.B. in der Pharmabranche, die Forschung oder den Erwerb einer zusätzlichen Fachausbildung. Ausser der selbständigen Praxis-tätigkeit bestehen für Ärzte weitere Möglichkeiten, über die OKP abrechnen zu können, so z.B. über die Anstellung bei einer HMO-Praxis, welche über eine ZSR-Sammelnummer verfügen, über eine Assistenzbewilligung oder in der Abrechnung über die ZSR-Nummer eines anderen Arztes.

4.3.6 Auswirkungen auf den Spitalbereich

Die vier öffentlichen Spitälern des Kantons Luzern verfügen über ein Globalbudget und Leistungsaufträge. Zur Zeit besteht ein Stellenstopp, in dem Sinn, dass eine festgelegte Limite von Vollzeitäquivalenten nicht überschritten werden darf. Innerhalb dieses Rahmens können die Spitäler jedoch ihre Stellenpläne frei ausgestalten. In den letzten Jahren wurden ver-

mehrt Stellen für Ärzte geschaffen³⁹, hauptsächlich um die anstehende Arbeitszeitreduktion für Assistenzärzte bewältigen zu können. Weitere Massnahmen beinhalten eine verstärkte Arbeitszeitkontrolle durch Kaderärzte, Anpassungen der Dienstreglemente, Prozessoptimierungen, Auszahlung von Mehrstunden und Mehrarbeit für Kaderärzte. Auf all diese Massnahmen hatte gemäss den verschiedenen Gesprächspartnern die Zulassungsbeschränkung keinen Einfluss.

Die öffentlichen Spitäler im Kanton Luzern verzeichnen eine zunehmende Zahl von ambulanten Konsultationen.⁴⁰ Dieser Trend steht nicht in Zusammenhang mit der Zulassungsbeschränkung, sondern ist betriebswirtschaftlich begründet, da die ambulante Leistungserbringung für die Spitäler eine wichtige Einnahmequelle darstellt, und ist auch eine Folge der medizinischen und technologischen Entwicklung. Nicht zuletzt sind auch weitere Faktoren relevant, so z.B. dass sich Patienten vermehrt direkt an Spezialärzte wenden, welche mit Spitälern in Kontakt stehen, oder die Notaufnahme des Spitals konsultieren, statt den Hausarzt. Dies wird auch mit der abnehmenden Verfügbarkeit von Hausärzten in Verbindung gebracht. Luzern ist in der Schweiz der Vorreiterkanton hinsichtlich der Schaffung von Spitalfacharztstellen. Zum Zeitpunkt der Kantonsbefragung (Juli 2003) waren 15 Stellen besetzt. Die Möglichkeit, Spitalfachärzte anzustellen, besteht bereits seit 2001⁴¹, also vor der Zulassungsbeschränkung, und wurde durch diese nicht beeinflusst. Es wird davon ausgegangen, dass diese Stellen eine gewisse Kompensation ermöglichen, weil die Spitäler mehr Ärzte ausbilden, als in der freien Praxis eigentlich gebraucht würden. Es wird einhellig verneint, dass der Erlass der Zulassungsbeschränkung zur vermehrten Anstellung von Spitalfachärzten geführt hat. Dieses Modell befindet sich in einem kontinuierlichen Aufbau und hat keinen plötzlichen Boom erfahren.

Die Luzerner Spitäler haben keine neuen Stellen geschaffen, um allfällige Folgen der Zulassungsbeschränkung zu kompensieren. Sie stellen zudem keine Anzeichen einer Ärzteschwemme fest, sondern haben zur Zeit eher Mühe, qualifizierte Ärzte zu finden. Sie dehnen die Personalsuche deshalb bis nach Deutschland aus. Das Problem des Ärztemangels dürfte sich künftig verstärkt stellen, weil in Deutschland die bisher unattraktive Funktion des Arztes in Praktikum wegfällt und eine Rückwanderung von ausländischen Assistenten erwartet wird. Gleichzeitig werden aufgrund der bis 2005 umzusetzenden Arbeitszeitreduktion zusätzliche Stellen geschaffen werden müssen, was die Problematik weiter verschärft. Als weitere Faktoren werden rückläufige Studierendenzahlen und eine sinkende Attraktivität der Spitaltätigkeit genannt. Für den VSAO ist ein Anzeichen für den Ärztemangel, dass die Spitäler

³⁹ Das Kantonsspital Luzern, welches ca. 75% der Arztstellen im Kanton anbietet, verfügte 2001 über 312 Vollzeitstellen für Ärzte, 2002 über 326 und 2003 über 330.

⁴⁰ Total 2000: 162'469 ambulante Konsultationen, 2001: 176'578, 2002: 191'090 (Kennzahlen Spitäler und Kliniken; www.lu.ch/pdf_gsd_Kennzahlen_gesamt.pdf)

⁴¹ Vgl. die Verordnung über die Rechte und Pflichten der Spitalfachärztinnen und -ärzte des Kantons (Spitalfachärzterverordnung) vom 3. Dezember 2000 (SRL823e).

häufiger direkt Studienabgänger rekrutieren. Zuvor sei das eher verpönt gewesen, wegen zunehmender Rekrutierungsprobleme sähen sich Spitäler allerdings vermehrt dazu gezwungen. Die Ankündigung der Zulassungsbeschränkung hat dazu geführt, dass überdurchschnittlich viele in Spitälern tätige Ärzte eine BAB beantragten, bevor die Massnahme in Kraft trat. Es habe einige Abgänge gegeben, deren Zahl sich jedoch im Rahmen der jährlichen Schwankungen bewegt und insofern zumindest für grössere Spitäler wie das Kantonsspital Luzern kein Problem darstellte. Es war kein verstärkter Drang in die freie Praxis festzustellen, zumal die Ankündigung der Zulassungsbeschränkung sehr kurzfristig erfolgte, und die Assistenten über Arbeitsverträge an die Spitäler gebunden sind. Nach Aussagen eines Spitalvertreters habe es keine Ärzte gegeben, die sich aufgrund der Zulassungsbeschränkung vor eine aussichtslose Situation gestellt sahen und dadurch in ihrer persönlichen Karriere blockiert wurden. Es bestehen genügend Alternativen, insbesondere die Fortsetzung der Weiterbildung zur vertieften fachlichen Spezialisierung. Seit einiger Zeit bestehe auch die Tendenz, dass Ärzte aus der medizinischen Praxis abwandern und bei Versicherungen oder z.B. in Bereichen wie Informatik oder Codierung tätig werden. Diese Entwicklung könnte sich möglicherweise durch die Zulassungsbeschränkung verstärkt haben. Dazu liegen jedoch keine konkreten Informationen vor.

Es besteht Besorgnis darüber, dass sich nach Aufhebung der Zulassungsbeschränkung eine Lücke öffnen könnte, da dann all jene Ärzte, die zur Zeit blockiert sind und sich in einer "Warteschlange" befinden, in die freie Praxis abwandern könnten. Dem widerspricht allerdings die Beobachtung, dass sich die Verweildauer von Assistenz- und Oberärzten erhöht und die Fluktuation dadurch reduziert. Es werden vermehrt Mehrjahrsverträge abgeschlossen.

Das Phänomen eines Ärztestaus ist gemäss diversen Gesprächspartnern nicht aufgetreten, hauptsächlich weil zur Kompensation der Arbeitszeitreduktion in den vergangenen Jahren zusätzliche Stellen geschaffen wurden. Mittlerweile setzen jedoch verschiedene Sparmassnahmen im Spitalbereich ein, was zur Streichung von Stellen und zu internen strukturellen Problemen geführt habe.

Es ist nicht davon auszugehen, dass sich die Zulassungsbeschränkung auf das Verhältnis zwischen privaten und öffentlichen Spitälern auswirkt. Da sich die Zulassungsbeschränkung in den Spitälern hauptsächlich auf den Ausbildungsbereich auswirkt, sind Privatspitäler kaum direkt davon betroffen, da sie in der Regel keine Ausbildung betreiben, sondern Belegärzte anstellen. Durch die seither notwendige einzelfallweise Bedürfnisabklärung durch den Kanton ist es zwar möglich, dass die Zulassung von Belegärzten an privaten Kliniken etwas verzögert wird, während in öffentlichen Spitälern tätige Ärzte frei angestellt werden können und für die privatärztliche Tätigkeit keine BAB des Kantons benötigen. Dieser Freiraum kann allerdings infolge des Personalplafonds an den Luzerner Spitälern zur Zeit nur beschränkt genutzt werden. Zudem rekrutieren sich Belegärzte meist aus dem Pool von Leuten, die be-

reits über eine BAB und eine ZSR-Nummer verfügen. Privatspitäler verfügen ausserdem über den Wettbewerbsvorteil, dass sie nach Belieben Ambulatorien aufbauen und damit ihr Leistungsangebot aufwerten können. Dadurch und weil sie aufgrund der Unterstellung unter das Arbeitsgesetz klar geregelte Arbeitsbedingungen bieten können, sind Privatspitäler für Ärzte attraktivere Arbeitgeber als öffentliche Spitäler.

4.3.7 Kostenwirkungen

Das GSD hält es für verfrüht, um allfällige Kostenwirkungen der Zulassungsbeschränkung abschätzen zu können. Da die ambulante Leistungserbringung zudem nicht staatlich, sondern hauptsächlich über die Krankenversicherung finanziert wird, sind die öffentlichen Haushalte ohnehin kaum von der Zulassungsbeschränkung tangiert. Einzig der mit der grossen Zahl von BAB-Gesuchen verbundene Arbeitsaufwand im Bewilligungswesen hat seitens der Kantonsverwaltung einen gewissen Mehraufwand verursacht, der jedoch kaum bezifferbar ist.

Die befragten Ärztevertreter gaben einhellig zu Protokoll, die Wirkungsüberlegung, dass durch eine Angebotsverknappung Kostensenkungen erreicht werden könnten, sei grundlegend falsch. Die Kostenspirale werde vor allem durch die medizinische Entwicklung und die damit verbundenen steigenden gesellschaftlichen Ansprüche an die erbrachten Leistungen in Gang gehalten. Die Anzahl Leistungserbringer sei an sich irrelevant für die Kostenentwicklung, eine Einschränkung führe lediglich zu einer Umverteilung der Kosten.

Tabelle 26: Kosten für ärztliche Leistungen und Kosten pro Arzt (Krankenversicherung; in Fr.) im Kanton Luzern 1999-2002

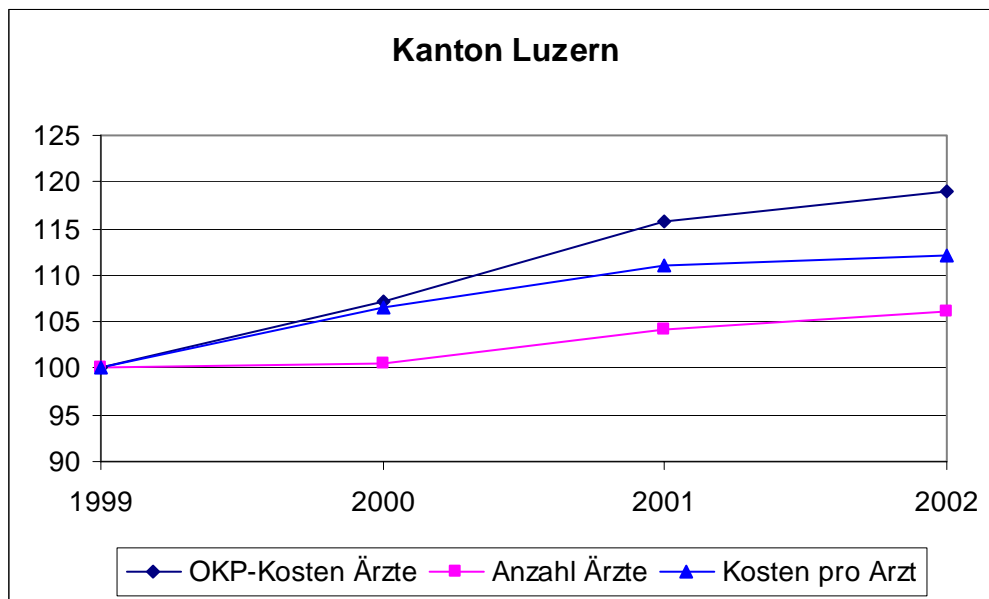
	1999	2000	2001	2002
OKP-Kosten ärztliche Leistungen	210'101'303	224'994'661	243'043'095	250'012'315
Veränderung zum Vorjahr		7,09%	8,02%	2,87%
OKP-Kosten pro Arzt	433'199	461'055	481'273	485'461
Veränderung zum Vorjahr		6,43%	4,39%	0,87%

Quellen: BSV, FMH, eigene Berechnung

Tabelle 26 zeigt die Entwicklung der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ärztliche Leistungen und die durchschnittlichen Kosten pro Arzt im Kanton Luzern zwischen 1999 und 2002 auf. Gemäss diesen Zahlen ist zwischen 2001 und 2002 bei beiden Grössen ein schwächeres Wachstum zu verzeichnen als in den Vorjahren.

Abbildung 3 setzt die Kostenentwicklung in Beziehung mit der Anzahl frei praktizierender Ärzte im Kanton Luzern (vgl. Tabelle 22). Zur besseren Vergleichbarkeit sind alle Grössen indexiert (1999 = 100).

Abbildung 3: Entwicklung der Arztkosten und der Ärztezahl im Kanton Luzern 1999-2002, indiziert (1999 = 100)



Zur Berechnung von statistischen Zusammenhängen ist die Datenbasis nicht ausreichend und der betrachtete Zeitraum zu kurz, doch zeigt sich, dass die Entwicklung der drei Grössen annähernd parallel verläuft und sich zwischen 2001 und 2002 verlangsamt. Dass die Arztkosten insgesamt am stärksten wachsen und nach wie vor zunehmen, obwohl die Kosten pro Arzt zwischen 2001 und 2002 beinahe stagnieren, deutet immerhin auf einen direkten positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl Ärzte und der Kostenentwicklung hin.

4.3.8 Fazit

Zur Umsetzung und zu den Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung im Kanton Luzern kann das folgende zusammenfassende Fazit gezogen werden:

Trotz einer eher unterdurchschnittlichen Versorgungsdichte begrüssen die Gesundheitsbehörden im Kanton Luzern die mit der Zulassungsbeschränkung verbundenen neuen Steuerungsmöglichkeiten als Instrument zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Sie wenden die Bundesratsverordnung nahezu unverändert an und haben keine Kategorien von Leistungserbringern von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen. Das GSD nimmt keine prospektiven Bedarfsabklärungen vor, sondern verfolgt das Prinzip der individuellen Ausnahmezulassung, welche eine Einzelfallprüfung von Zulassungsgesuchen vorsieht.

Indem sie Neuzulassungen grundsätzlich verunmöglicht, orientiert sich die kantonale Umsetzungsverordnung am Status quo des 3. Juli 2002 (inkl. altrechtlich bewilligte Leistungs-

erbringer). Ausnahmezulassungen sind bei Praxisübergaben und bei Unterversorgung möglich, wurden jedoch bisher noch nicht beansprucht.

Während die Aufnahme von Art. 55a ins KVG im Kanton Luzern keine verstärkte Nachfrage nach Praxisbewilligungen ausgelöst hatte, kam es im Juni 2002, vor Erlass der Zulassungsbeschränkung auf Bundesebene, zu einem starken Anstieg von BAB-Gesuchen. Im Vergleich mit den Vorjahren erhöhte sich das Gesuchsvolumen um ca. das Dreifache. Im Jahr 2002 stellte der Kanton 55 Berufsausübungsbewilligungen an frei praktizierende Ärzte aus, was rund der doppelten Anzahl der vorangehenden Jahre entspricht. Die Zahl von 49 neu erteilten ZSR-Nummern stellt gegenüber den Vorjahren wiederum eine Verdreifachung dar. In der FMH-Statistik schliesslich ist keine signifikante Zunahme von frei praktizierenden Ärzten festzustellen, die zehn zusätzlich erfassten Ärzte setzen im Wesentlichen den bisherigen Trend fort.

Aufgrund dieser Zahlen ist davon auszugehen, dass die Zulassungsbeschränkung bis Ende 2002 im Kanton Luzern weder zu einer Plafonierung noch zu einer Ärzteschwemme geführt hat. Die überdurchschnittlich vielen noch altrechtlich zugelassenen Ärzte haben entweder mit der Praxiseröffnung zugewartet oder sind anderweitig als in der freien Praxis tätig geworden. Insofern besteht ein Reservoir von abrechnungsberechtigten Ärzten, über deren Tätigkeit und Absichten keine Informationen vorliegen, und deren Anzahl ungefähr derjenigen entspricht, welche bei Fortsetzung der bisherigen Entwicklung während der Geltungsdauer der Zulassungsbeschränkung den Gang in die Selbständigkeit angetreten hätten. Deshalb ist für das Jahr 2002 – darüber hinausgehende Einschätzungen können mangels entsprechender Daten nicht abgegeben werden – von einer neutralen Mengenwirkung auszugehen.

Es liegen keine Hinweise darauf vor, dass die Zulassungsbeschränkung die regionale oder fachliche Verteilung des ärztlichen Versorgungsangebots bisher in irgendeiner Weise direkt beeinflusst hätte. Die zu beobachtenden Trends – Konzentration in der Stadt Luzern, zunehmende Spezialisierung – sind auf Ursachen zurückzuführen, die nicht mit der Zulassungsbeschränkung in Zusammenhang stehen.

Gemäss den vorliegenden Informationen wurden keine Assistenzärzte unmittelbar von der Zulassungsbeschränkung am Gang in die freie Praxis gehindert, da ihnen verschiedene Alternativen offen stehen. Am häufigsten erfolgt eine Fortsetzung oder Verlängerung der Weiterbildung, was die fachliche Spezialisierung der Ärzteschaft zusätzlich fördert. Die Auswirkungen auf die Ärzteschaft sind primär auf der psychologischen Ebene anzusiedeln. Die Massnahme hat die Attraktivität des Arztberufs weiter gesenkt und die Motivation der Ärzteschaft negativ beeinflusst. Dadurch trägt sie zum Mentalitätswandel bei, der innerhalb der Ärzteschaft stattfindet, und der mittel- bis längerfristig zu einer Reduktion des Leistungsvolumens und möglicherweise zu einem Ärztemangel, zumindest in ländlichen Regionen und in der Grundversorgung, führen könnte.

Im Spitalbereich hatte die Zulassungsbeschränkung keine konkreten Konsequenzen zur Folge. Die Stellensituation und die Arbeitsbedingungen werden viel stärker von der anstehenden Arbeitszeitreduktion und den Sparmassnahmen des Kantons bestimmt. Auf die damit verbundenen Umstrukturierungen sowie auf die Schaffung von Spitalfacharztstellen hatte die Zulassungsbeschränkung keinen Einfluss. Ein Ärztestau wurde nicht beobachtet, wäre jedoch vermutlich durch die Schaffung zusätzlicher Stellen in Zusammenhang mit der Arbeitszeitreduktion kompensiert worden. Ebenso wenig wurde ein signifikanter Abfluss von Ärzten in die Selbständigkeit festgestellt. Ein solcher könnte jedoch nach Aufhebung der Zulassungsbeschränkung eintreten. Aufgrund der zunehmend unsicheren Rahmenbedingungen in der freien Praxis wird allerdings eine tendenzielle Verlagerung der ärztlichen Tätigkeit in den stationären Bereich festgestellt.

Hinsichtlich der Kostenwirkungen ist im Jahr 2002 trotz einem überdurchschnittlichen Anstieg abrechnungsberechtigter ärztlicher Leistungserbringer eine Dämpfung des Kostenanstiegs gegenüber den Vorjahren festzustellen. Aufgrund der kontinuierlich verlaufenden und von der Zulassungsbeschränkung vermutlich unbeeinflussten Zunahme der Anzahl frei praktizierender Ärzte ist hingegen nicht davon auszugehen, dass diese Entwicklung in direktem Zusammenhang mit der Zulassungsbeschränkung steht. Angesichts der weitgehend stabilen Durchschnittskosten pro frei praktizierenden Arzt kann allerdings vermutet werden, dass die Kostenentwicklung zumindest teilweise mit der Anzahl frei praktizierender Ärzte zusammenhängt.

4.4 Kanton Waadt⁴²

4.4.1 Introduction

Pour le Conseil d'État vaudois, le gel des admissions des fournisseurs de prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire représente d'une part une étape de préparation à la suppression de l'obligation à contracter. D'autre part, il constitue également une mesure préventive accompagnant l'accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'Union européenne.⁴³ Le Conseil d'État vaudois a ensuite complété l'ordonnance fédérale par un arrêté d'application cantonal.

L'exécution de ces mesures relève de la compétence du département de la santé et de l'action sociale (DSAS) en collaboration avec le Service de la santé publique. Le chef de ce service est responsable des questions de planification et de gestion sanitaire. Cependant, selon le chef de la police sanitaire, les acteurs en question n'ont jamais entrepris d'action afin de gouverner

⁴² Die Fallstudie zum Kanton Waadt wurde von Gianna Monaco, wissenschaftliche Mitarbeiterin am resop, Universität Genf, verfasst.

⁴³ www.dsas.vd.ch/dossiers/clause-besoin/cb.html

ou planifier le secteur ambulatoire, en raison du fait que la LAMal ne leur a attribué aucune compétence. Uniquement dans des cas de besoins reconnus, le DSAS est intervenu par des mesures ponctuelles afin de pallier à des situations d'insuffisance médicale. Il y a environ deux ans, une tentative d'introduire une mesure similaire à celle du gel des admissions avait échoué dans le canton de Vaud.

Tableau 27: Autorisations de pratiquer délivrées par le canton de Vaud

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Délivrées	55	73	50	67	45	79	44
Retournées	20	32	30	35	22	30	8
Total	1154	1195	1215	1247	1270	1319	1355

Source: CDS

Le tableau 27 montre l'évolution de l'offre médicale entre 1995 et 2001. Globalement, l'offre médicale augmente de manière continue. On constate certes une diminution du nombre d'autorisations délivrées en 2001. Cette dernière est cependant compensée par une forte diminution du nombre d'autorisations retournées durant la même année (seulement 8 en 2001). L'augmentation la plus forte du nombre d'autorisations attribuées relève de 2000, année qui coïncide avec la décision du parlement de mettre en place la base légale d'un gel des admissions (art. 55a LAMal). Cette dernière est néanmoins en partie contrebalancée par le nombre élevé d'autorisations retournées (30 en 2000).

Grâce aux données récoltées par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et à d'autres sources statistiques⁴⁴, nous pouvons dresser un tableau général du secteur ambulatoire dans le canton de Vaud. Nous en observons les faits suivants.

Premièrement, en moyenne annuelle, les médecins salariés par un établissement médical montent à 1594 (ce chiffre inclut l'engagement d'autres universitaires) en 2002, dont 60% sont répartis dans les hôpitaux universitaires, 15% dans les hôpitaux de zone et régionaux, 3% dans des cliniques privées et le reste dans des hôpitaux psychiatriques et des centres de traitement et réadaptation. Deuxièmement, le nombre de médecins en exercice tout comme le nombre de médecins sans titre FMH ont légèrement diminué en 2002. Parmi les spécialités touchées par la diminution, il y a notamment la chirurgie (de 79 à 71). Contrairement à cette tendance, la médecine générale FMH s'est développée: le nombre de généralistes était de 188 en 2001 et de 217 en 2002 (FMH 2003a). Troisièmement, depuis 1996 le nombre de médecins en pratique privée a augmenté de manière régulière. On note cependant un fléchissement de l'augmentation à partir de 1998 et une stagnation depuis 2001. Il est à remarquer tout de même que le nombre de généralistes en pratique privée est relativement stable, à

⁴⁴ Toutes les données présentées dans les paragraphes suivants sont tirées du site web du service de santé vaudois (www.scris.vd.ch/main.asp?DomId=1556).

l'exception de l'année 2002 où l'on constate une hausse certaine (de 169 en moyenne à 206 pour l'année 2002).

Quatrièmement, le nombre de médecins indépendants autorisés à pratiquer dans le canton n'a pas cessé de croître entre 1996 et 2001. Le nombre de médecins assistants est également en constante augmentation, à l'exception de l'année 1997. Le nombre de médecins indépendants était également en augmentation jusqu'en 2002 mais est en diminution depuis. Finalement, au cours de l'année 2002, l'ensemble du personnel s'élevait à 3417, dont environ un 1/3 est composé de médecins assistants. En juin 2003, le canton compte 3448 médecins, dont 9% sont des étrangers, et 1092 médecins assistants, dont 90% sont de nationalité suisse. Dans ce contexte, l'étude sur les effets de la limitation de l'admission de fournisseurs de prestations effectuée dans le Canton de Vaud s'est confrontée à une particularité majeure. Au niveau du territoire, le Canton de Vaud se caractérise par un unique pôle urbain et une vaste région rurale et de montagne. Cette répartition spatiale implique une forte centralisation de l'activité médicale sur la ville de Lausanne où, par ailleurs, est localisé le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et une déconcentration dans la périphérie. Par conséquent, le risque de pénurie médicale dans ce canton est bien plus accru que dans d'autres cantons urbanisés et concentrés territorialement.

En raison de cette particularité, notre analyse a dû faire face à une difficulté majeure : le morcellement des informations concernant l'implémentation de la mesure. En effet, la base de données à disposition est fragmentaire, les données existantes n'étant ni exhaustives ni systématisées. Elle ne permet, par conséquent, ni de procéder à une évaluation précise de la démographie médicale, ni d'avancer une analyse prospective prenant en considération l'évolution des pratiques (par ex. : féminisation de la profession, taux et durée d'activité). Dans ces conditions, il est difficile d'établir les besoins en matière de santé et d'analyser les impacts sur le système de santé. Toutes les tendances que nous dégagerons dans cette étude de cas, pour toutes les raisons susmentionnées, sont prouvées en partie par des données recueillies à partir du milieu des années 1990 et par des opinions, plus ou moins partagées, des personnes interviewées.

4.4.2 La législation cantonale

Les autorités cantonales ont appliqué l'ordonnance de manière stricte (moratoire) jusqu'à l'établissement de sa base légale, notamment sous forme d'arrêté d'application, autrement appelé, clause du besoin. Les objectifs du Canton sont, d'une part, la définition des exceptions du groupe ciblé par cette mesure, et d'autre part, la détermination de la procédure

s'appliquant à de telles exceptions.⁴⁵ Afin d'assurer son mandat constitutionnel et de garantir la couverture en soins de sa population, le Conseil d'État vaudois a limité les admissions aux médecins uniquement, puisque ces derniers sont considérés comme étant les principaux prescripteurs directs de soins. Or, similairement à l'ordonnance fédérale, l'arrêté vaudois a une volonté d'agir sur l'offre médicale tout en continuant à satisfaire les besoins de santé publique (cf. Domenighetti/Crivelli 2001).

Contrairement aux cantons de la Suisse centrale, le canton de Vaud a déterminé des exceptions à la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire. Il faut préciser que l'arrêté cantonal ne concerne pas les médecins qui sont titulaires d'une autorisation de pratiquer délivrée avant le 4 juillet 2002 ou qui ont demandé une telle autorisation avant cette date. Pour les médecins soumis à la limitation, le canton de Vaud permet trois exceptions: premièrement, lesdits médecins remplacent un médecin titulaire pour autant que la densité médicale vaudoise de la spécialité concernée ne soit pas supérieure à la densité médicale de l'Arc lémanique, région constituée par les cantons de Vaud, Genève et Valais. Cette exception ne concerne cependant que la médecine générale et la médecine tropicale (de voyage). Deuxièmement, lesdits médecins assurent la couverture des besoins par région ou par spécialité en évitant tout risque de pénurie médicale. Troisièmement, le canton de Vaud permet le remplacement d'un médecin-cadre ayant droit d'exercer une activité indépendante dans un hôpital (art. 3 de l'arrêté cantonal).

En raison du manque général d'informations sur le système sanitaire, les moyens de contrôle sont défaillants. Toutefois, le canton de Vaud a pu s'appuyer sur la coopération des autres cantons romands. En effet, il participe activement aux discussions du groupement romand des services de santé publique (GRSP). Selon le chef de la police sanitaire, cette collaboration est considérée comme positive grâce à une coordination efficace entre les cantons. En effet, ces derniers ont décidé d'entente des bases légales, des principes, des exceptions et de la manière d'appliquer l'ordonnance fédérale. En outre, ils ont également projeté de conduire des études communes.

Le DSAS a dû cependant se confronter à une communication relativement malaisée avec les associations médicales. Le canton se retrouve dans une situation complexe car, sans la coopération de ces acteurs externes et le partage de données, sa vision sur la réalité médicale reste fragmentée. La relation est ainsi relativement tendue et sans véritable efficace collaboration. Au cours de l'année 2003, les médecins et médecins assistants ont déposé un recours au Tribunal Fédéral contre l'application de la clause du besoin dans le canton de Vaud, en argumentant qu'elle était non valide sur un plan juridique car elle restreignait de fait la liberté

⁴⁵ Arrêté d'application de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation de l'admission de fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire du 26 mars 2003, article premier.

économique et était ainsi contraire aux accords bilatéraux avec l'Union européenne (Communiqué de presse du 10 juin 2003).⁴⁶ Selon les acteurs concernés, une reprise du dialogue serait envisageable dès que l'arrêté cantonal prendra fin.

4.4.3 La phase de transition

Pour la période précédant l'annonce de la limitation de l'admission de fournisseurs de prestations, l'étude ne peut se baser uniquement que sur deux données fiables à disposition du département. Premièrement, environ une centaine de nouvelles autorisations étaient délivrées par année aux médecins indépendants. Secondement, le nombre d'établissement de nouveaux médecins était proche de 80. D'après le chef de la police sanitaire et conformément aux données de la CDS, après le mois de mars 2000, un nombre très conséquent de requêtes d'autorisation de pratiquer a été soumis au service cantonal. Ce dernier les a délivrées conformément au droit cantonal (cf. tableau 27). Ces demandes semblent avoir été déposées à titre préventif, puisqu'elles sont momentanément inutilisées. Après le 1^{er} juin 2002, en concomitance à l'entrée en vigueur des accords bilatéraux et suite à l'annonce de la limitation des admissions par le Conseil Fédéral, le nombre de demandes d'admission a augmenté de manière importante comme d'ailleurs le nombre de demandes de renseignement. A la fin du mois de juin 2002, une seconde vague importante de demandes d'autorisations a dû être traitée par l'administration cantonale qui a délivré les autorisations mais également des attestations certifiant que les demandes avaient été déposées avant le 4 juillet 2002. Actuellement, il y a environ 700 médecins disposant d'une autorisation non exploitée. Ensuite, entre l'introduction de l'ordonnance fédérale et l'entrée en vigueur de l'arrêté cantonal, le DSAS a bloqué toute autorisation en appliquant de manière stricte le moratoire, à l'exception de deux cas, justifiés par une situation de pénurie médicale.

Les décisions cantonales en matière de requêtes d'autorisation à pratiquer à la charge de la LAMal se sont fondées sur la condition de remplacement de médecins en situation de pénurie. Une fois cette condition réalisée, l'administration, avant d'octroyer l'autorisation, doit encore recevoir l'aval des médecins généralistes qui exercent leur activité dans ladite région. Cet accord prend la forme d'une seule attestation, confirmant la situation d'insuffisance médicale et englobant l'accord de tous les médecins. Toute décision prise jusqu'à aujourd'hui n'a jamais reçu d'opposition par santésuisse.

Quant au traitement des demandes d'autorisations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire antérieures au 4 juillet 2002, le service cantonal doit d'abord vérifier la

⁴⁶ www.as mav.ch/presse/communiqu es/cprecourstf.htm

validité de la demande⁴⁷ et s'assurer que les conditions d'autorisation de pratiquer à titre indépendant sont remplies par le demandeur: les diplômes⁴⁸ doivent être valables au 3 juillet 2002. Ensuite, l'administration édite l'autorisation de pratiquer et si, à cause de problèmes administratifs, la date de l'autorisation est postérieure au 3 juillet 2002, il faudra alors établir un certificat signé par le Médecin cantonal attestant que la demande d'autorisation était antérieure au 3 juillet 2002 et que le requérant n'est pas concerné par l'ordonnance fédérale en question. Finalement, l'administration envoie l'autorisation et, le cas échéant, l'attestation de date de demande. En cas de remplacement, le médecin cessant son activité doit certifier son arrêt de travail à l'aide d'un certificat produit par lui-même selon le principe de la bonne foi. Cependant, nul ne l'empêche d'ouvrir à nouveau un cabinet médical puisque son code créancier reste toujours en fonction. Les autorités cantonales, dépourvues de tout moyen de contrôle, ne peuvent pratiquement pas agir, même en étant conscientes de la fraude, car elles n'ont que peu de chances de gagner en cas de recours dudit médecin. En cas de changement de canton, les demandes d'admission sont traitées comme si elles étaient nouvelles et par conséquent aucune autorisation n'est délivrée. Pourtant, le problème consiste dans la vérification de non-installation de ces médecins, puisqu'ils disposent déjà d'un code créancier. En ce qui concerne les demandes reçues après le 4 juillet 2002, l'administration cantonale doit vérifier que le candidat remplit les conditions pour une pratique indépendante conformément à la loi cantonale et, le cas échéant, à la loi fédérale sur les professions médicales. Ensuite, elle doit annoncer au demandeur que l'autorisation de pratiquer peut être délivrée mais pas celle d'exercer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire et l'inscrire sur une liste d'attente. Enfin, sur demande du requérant, elle doit examiner si la couverture des besoins est assurée ou si une pénurie locale justifie une dérogation en application de l'article 3 de l'ordonnance fédérale.

4.4.4 Effets sur l'offre de soins ambulatoires

En guise de préambule, il faut préciser que l'informatisation des données n'a commencé qu'au cours des années 1990 dans le canton de Vaud et qu'actuellement le DSAS se fonde sur des données validées au milieu du 2002, ce qui complexifie la planification rationnelle des soins sanitaires. Selon l'avis des acteurs concernés par la clause du besoin, le gel des admissions n'arrêtera ni l'augmentation de l'offre des soins ambulatoires, ni de leur consommation. Les données récoltées par la FMH, la CDS et santésuisse dans tableau 28 semblent être cohérentes. Les trois sources confirment l'augmentation constante du nombre de médecins ren-

⁴⁷ L'un des critères établissant la validité de la demande est la date du timbre postal qui doit être nécessairement antérieure au 4 juillet 2002.

⁴⁸ Au cas où le requérant étranger attend la validation du diplôme obtenu au sein de l'UE, l'administration lui reconnaît la validité de son diplôme et elle délivre l'autorisation.

trant dans le circuit sanitaire, que cela soit sous la forme d'admissions de pratiquer, sous forme de nouveaux codes créanciers attribués ou encore en tant que médecins reconnus par la fédération des médecins suisses. Selon les données de santésuisse, la somme de nouveaux numéros de créanciers actifs à la fin de l'année 2000 est de 1695, tandis que d'après les chiffres de la CDS le nombre d'admissions de pratiquer pour médecins actifs monte à 1319, ceci toujours en 2000. D'après les sources de la CDS, la seule augmentation notable du nombre d'admissions correspond à l'annonce du gel des admissions de l'année 2000. Ce "pic" de demandes ne se constate cependant pas chez santésuisse. En outre, selon les chiffres du FMH, le nombre de médecins en libre pratique monte à 1513 pour 2001 et reste égal en 2002. Pourtant, le "pic" de numéros de créancier attribués aux médecins suisses par santésuisse a eu lieu au cours des mois de juillet et d'août 2002, période qui correspond à l'entrée en vigueur de l'ordonnance fédérale et semble ainsi dénoter de l'effolement des médecins (ZSR-Statistik). Cependant, à la différence des années précédentes, l'année 2002 a été marquée par le plus grand nombre de codes créanciers attribués par santésuisse (115, dont 8 à des médecins provenant de l'UE) depuis 1995. Le nombre d'attributions de 2002 est à souligner: il y a environ une trentaine de numéros de créancier supplémentaires par rapport à l'année 2000. Les données de santésuisse pour 2003 (janvier-novembre) montrent que 49 numéros ont été attribués, dont 6 à des médecins provenant de l'UE, pendant que 14 numéros ont été refusés et que 2 ont été retirés. Ce fait démontre que l'accroissement du secteur ambulatoire a été freiné et que le surplus de médecins nouvellement accrédités auprès santésuisse a été compensé en 2003.

Tableau 28: Évolution de l'offre de soins ambulatoires dans le canton de Vaud

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre de médecins en libre pratique ¹	1307	1362	1413	1453	1473	1493	1513	1513
Admissions de pratiquer pour médecins actives ²	1154	1195	1215	1247	1270	1319	1355	
Nouveaux numéros de créancier attribués à des médecins ³	76	85	80	90	85	85		115

Sources: ¹ FMH; ² CDS; ³ santésuisse (pas de données disponibles pour 2001)

La densité médicale semble problématique en ce qui concerne la composition de l'offre de soins ambulatoires en fonction de la spécialisation, bien qu'il n'y ait pas d'effet significatif à relever. Pourtant, ce phénomène ne semble pas être provoqué par le gel des admissions. L'application du critère de la densité ne permet pas de développer un centre de compétences. Il serait interdit, par exemple, d'ouvrir un deuxième centre de médecine tropicale. D'ailleurs, l'attractivité à l'égard de la chirurgie a beaucoup diminué et une pénurie dans ce domaine est

prévisible. Ainsi, on peut formuler l'hypothèse que les disciplines nécessitant une infrastructure coûteuse auront tendance à se concentrer dans les hôpitaux, créant une espèce de monopole naturel. Cette concentration se traduit en termes de pertes de gain pour les médecins installés désirant remettre leur cabinet. En ce qui concerne la distribution spatiale des médecins en libre pratique, l'on constate une forte concentration de médecins dans le centre urbain de Lausanne par opposition à la périphérie qui connaît une situation de pénurie médicale. Le gel des admissions ne constitue pas à lui seul une mesure suffisante pour résoudre les problèmes de distribution. Pour favoriser l'installation de médecins dans les régions périphériques, des mesures incitatives plus attractives semblent nécessaires.

Quant à la structure d'âge des médecins en libre pratique, le problème de la relève n'est pas visible actuellement suite à la mise en œuvre de la clause du besoin. Le problème pourrait se poser lorsque les généralistes qui ont aujourd'hui en moyenne 50 ans cesseront leurs activités. Si d'autres spécialisations bénéficient de plus d'attractivité aux dépens des généralistes, une situation de pénurie pourrait s'annoncer dans 15 ans.

Selon le chef de la police sanitaire, le gel des admissions a influencé l'offre médicale étrangère en la dissuadant à travailler en Suisse, au moins dans un premier temps. Le DSAS constate que le nombre de médecins généralistes étrangers pratiquant sur le sol vaudois est resté stable, tandis que le nombre de dentistes étrangers a sensiblement augmenté. Actuellement, il y a environ 3000 médecins étrangers travaillant en Suisse et sur les 700 médecins ayant obtenu l'autorisation à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire dans le canton de Vaud, quelques-uns sont étrangers.

4.4.5 Effets sur les médecins

Il ne semble pas qu'il y a beaucoup de médecins qui, à cause du gel des admissions, ne peuvent pas s'installer en pratique privée. On note plutôt un effet d'accélération de la part de médecins ayant demandé une autorisation avant l'entrée en vigueur de cette mesure: il y a environ 700 médecins prêts à s'installer à n'importe quel moment. Par conséquent, ce n'est seulement qu'à partir de 2004-2005 que l'on pourra constater combien de ces médecins se seront installés. Il faut noter qu'aucun psychiatre n'a demandé une autorisation. C'est la catégorie des généralistes qui est la plus complexe à gérer: sauf dérogation, la reprise de cabinet n'est pas possible et les médecins généralistes rencontrent ainsi des difficultés à trouver une succession et à garantir un suivi à la clientèle médicale. Pour cela, des médecins prolongent la durée d'exercice de leur profession afin de trouver un successeur pour leur cabinet. Pourtant, cette mesure a produit un frein aux installations médicales, étant donné que les banques ont changé d'attitude et qu'elles sont devenues beaucoup plus réticentes à accorder des prêts pour l'ouverture ou la reprise de cabinets médicaux.

La clause du besoin n'a aucune incidence directe sur le revenu des médecins, même s'il faut remarquer que le chiffre d'affaires des médecins en libre pratique est en diminution régulière et que le revenu net des médecins diminue depuis 10 ans en raison des coûts revenant aux médecins suite notamment au gel des tarifs, à TARMED et aux frais fixes (locaux, employés). Les alternatives à la libre pratique sont très limitées: soit l'on quitte la profession, soit l'on choisit de ne plus exercer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Pour les médecins, cette mesure a eu l'effet que de simples professionnels, ils sont devenus des gestionnaires. Cependant, les médecins disposent de moyens pour contourner la limitation des admissions. La pratique diffuse consiste en se faire engager par des cliniques privées et utiliser le code créancier de l'établissement en évitant ainsi de devoir demander un code créancier individuel qui serait actuellement refusé par l'administration. Ce fait souligne de manière évidente la limite de l'ordonnance et l'absence de moyens de contrôle. Effectivement, le DSAS s'est rendu compte d'un certain manque d'efficacité dans la distribution des codes, cependant il n'a pas les moyens de réagir car il n'existe aucune directive sur l'attribution de ces codes. Une autre alternative, plus marginale, est de travailler dans un cabinet de groupe en utilisant un code créancier déjà existant. Cette alternative fonctionne surtout lorsque les médecins travaillent à temps partiel.

Suite notamment à la féminisation de la profession médicale, à l'importance accordée à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à la perte de reconnaissance du statut de médecin, la pratique du regroupement de médecins est de plus en plus fréquente. Il faut remarquer d'ailleurs qu'il y a une orientation vers le temps partiel, bien que sa définition soit loin d'être univoque. Les médecins semblent aujourd'hui être plus sensibles à la qualité de vie. Cependant, ce phénomène ne paraît pas être lié directement à la mise en application de la clause du besoin.

Il est important de préciser que les médecins déjà installés en pratique privée sont satisfaits de la situation et qu'ils n'ont pas souffert de la mise en œuvre du gel des admissions. Au contraire, en réduisant la concurrence, la mesure a eu un certain effet protectionniste vis-à-vis des médecins déjà installés.

4.4.6 Effets sur le secteur hospitalier

L'hôpital se trouve dans un état d'effervescence car il s'oriente vers une position d'employeur de médecins avec la création de "praticiens médecins". Ce nouveau statut va entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2005, mais ce changement n'est pas directement imputable à la clause du besoin étant donné que cette mesure aurait dû déjà être en application depuis deux ans. La

Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV)⁴⁹ prévoit qu'à long terme les hôpitaux privés cesseront d'exister en tant que tels et s'orienteront, eux aussi, vers le même statut que celui des hôpitaux publics.

D'après le président de l'Association des Médecins Assistants et Chefs de Clinique Section Vaud (ASMAV), les médecins ayant complété leur formation continue mais ne pouvant s'installer en pratique privée à cause du gel des admissions, ont réagi par une grève, suivie par 98% d'entre eux. En concomitance avec l'annonce de la mesure, les médecins assistants, les chefs de clinique adjoints et les chefs de clinique vaudois ont fait valoir qu'ils étaient les plus mal payés de Suisse et les plus surchargés (Albrecht 2001). Ils considéraient comme urgent et nécessaire d'améliorer leurs conditions de travail et de salaire.

Des négociations ont été entamées entre le Conseil d'État vaudois, le département des assurances sociales et l'association des médecins assistants et chefs de clinique vaudoise dans le but de rendre conforme à la loi sur le travail les conditions de travail des médecins-assistants, des chefs de clinique adjoints et des chefs de clinique. Toutefois, ces négociations ont été tendues et animées par des grèves. A la fin de janvier 2003, les médecins diplômés ont cessé leur grève car une négociation sur leurs revendications concernant de nouvelles conditions de travail était entreprise. En septembre 2003, suite à la menace d'une seconde grève, un protocole d'accord sur les nouvelles conditions de travail a été établi et signé. Il comporte une série de changements importants quant à différents aspects: tout d'abord, le champ d'application du protocole s'applique au secteur public et "parapublic". Ensuite, l'horaire de travail des médecins assistants est réduit sensiblement. La réduction du temps de travail est conçue par étapes: de 60 heures l'on passe à un régime de 55 heures dès le 1^{er} janvier 2003 et puis à un régime de 50 heures dès le 1^{er} janvier 2004. Le décompte des heures de travail effectuées par les médecins assistants a été fait sur une base trimestrielle du 1^{er} janvier au 30 juin 2003, et du 1^{er} juillet au 31 décembre 2003 sur une base mensuelle. La principale revendication de l'ASMAV a cependant aussi abouti: dès le 1^{er} janvier 2004, le décompte se fera sur une base hebdomadaire, ce qui permettra d'éliminer tout problème de compensation d'heures supplémentaires. D'ailleurs depuis janvier 2003, les médecins assistants ont droit à un 13^e salaire complet. Il sera financé dans un premier temps par l'État (3/8) et le fonds des médecins assistants (5/8) et dans un second temps, notamment à partir de 2004, il sera financé uniquement par l'État. Finalement, d'autres améliorations encore concernent les vacances et autres congés ainsi que le contrat de travail qui devient de durée indéterminée (ASMAV 2003). Le Canton de Vaud a financé les coûts de ces développements. Selon l'opinion du FHV, le Canton a satisfait beaucoup des revendications avancées par l'ASMAV.

⁴⁹ Il s'agit de l'organe faîtière des hôpitaux régionaux vaudois reconnus d'intérêt public qui regroupe 13 établissements sur l'ensemble du territoire cantonal. Chaque établissement est indépendant, par conséquent chacun est responsable des tableaux des effectifs et des conditions d'emploi.

La diminution du nombre d'heures de travail exige une augmentation des postes de travail. Ainsi, suite à la signature du protocole de la convention, 80 postes ont été créés au CHUV afin de contrebalancer l'effet de la réduction du temps de travail. Actuellement, aucun médecin spécialisé en milieu hospitalier n'a été employé, mais la création de postes supplémentaires pour les médecins-assistants est prévue.

Il n'y a pas d'effet attribuable directement au gel des admissions sur les hôpitaux. Seules les adaptations à la loi sur le travail sont responsables de la pénurie médicale dans les hôpitaux. L'on observe une stagnation du nombre de médecins dans la spécialisation de chirurgie et, au niveau des services, du nombre de médecins assistants et de chefs de clinique. Pour les médecins cadres la situation est restée identique. Selon le FHV, les médecins assistants ont utilisé la loi sur le travail comme mesure de rétorsion, puisqu'ils sont les seuls touchés par la clause du besoin. D'ailleurs les médecins et le FHV s'interrogent sur les conséquences qui vont découler de la nouvelle situation de travail des médecins assistants, notamment au niveau de la qualité de la formation qui se fondait sur le nombre de cas traités.

Quelle est la situation des médecins assistants et en formation continue depuis le gel des admissions? Les médecins ayant complété leur formation continue, mais ne pouvant pas s'installer en pratique privée à cause du gel des admissions, sont engagés en tant que "praticien hospitalier". Ce type d'emploi n'a pas encore de définition claire au niveau de la carrière. Cela implique qu'une fois leur formation accomplie, ces médecins sont gardés à l'hôpital en tant qu'employés. Cette solution a rencontré l'accord des médecins assistants quant au principe. Ces derniers restent toutefois soucieux quant à la définition du contenu de cette fonction. Le FHV salue cette adaptation entrevoyant dans cette pratique une solution au manque de médecins dans les hôpitaux. Les médecins en formation continue s'interrogent sur leur avenir professionnel, ne pouvant plus accéder à une carrière académique. Par contre, il n'y a pas eu de réaction de la part des médecins avec une formation continue complétée prêts à s'installer en libre pratique. La Société Vaudoise de Médecine (SVMED) ne s'explique pas la raison de l'absence de démarches au sein de cette catégorie.

Quelles sont les alternatives qui s'offrent aux médecins directement concernés par le gel des admissions? Deux alternatives principales se dessinent: continuer de travailler à l'hôpital ainsi que nous l'avons détaillé précédemment ou encore s'orienter professionnellement en dehors de la structure hospitalière publique vaudoise. On peut penser que le choix de la seconde alternative a résulté en une fuite importante vers l'étranger du personnel médical hautement qualifié, surtout dans la spécialisation de chirurgie. Selon l'opinion partagée des acteurs interviewés, cette mesure qui avait une volonté protectionniste de favoriser les médecins helvétiques s'est paradoxalement retournée contre elle-même. Plus particulièrement, selon l'avis de l'ASMAV et de la SVMED, les nouvelles conditions de travail et la perte d'attractivité des études en médecine ont provoqué une situation de pénurie du personnel

médical, entraînant ainsi la recherche du personnel médical étranger. La situation est telle que pour 2004, il y a de forts doutes de remplir les besoins sanitaires dans les régions périphériques.

4.4.7 Effets sur les coûts

D'après le tableau 29, les coûts de la LAMal engendrés par les actes médicaux pratiqués dans le canton de Vaud ont progressivement augmenté. Nous constatons aussi que les coûts moyens par médecins augmentent en concomitance avec l'accroissement du nombre de médecins (cf. tableau 28). Cependant, nous observons que ces coûts ne se développent pas proportionnellement à l'augmentation du nombre de médecins (pour 2001 et 2002, le nombre de médecins reste stable contrairement à l'augmentation importante des coûts moyens). Ils sont donc plutôt directement liés au volume des actes médicaux (cf. graphique 4).

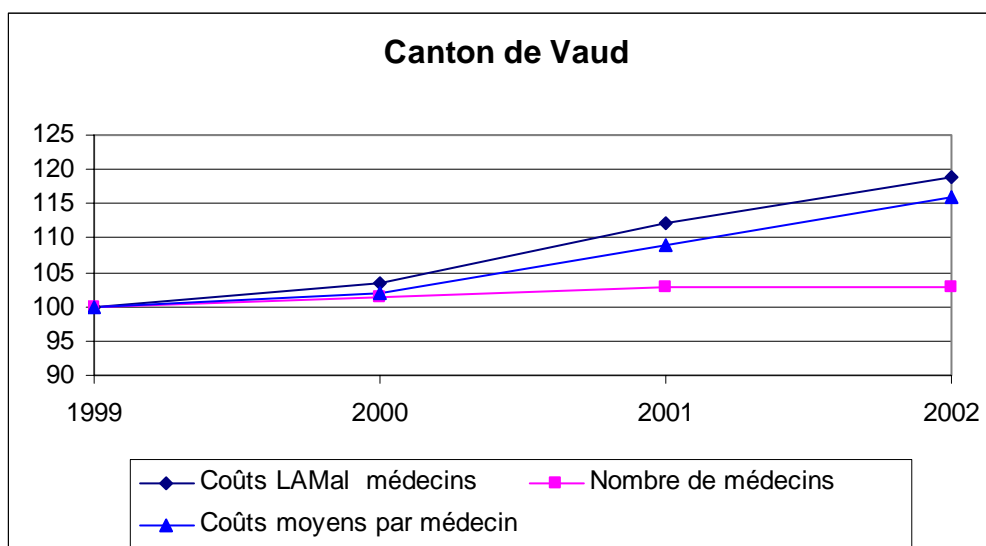
Tableau 29: Coûts des prestations des médecins et coûts par médecin (assurance maladie; en Fr.) dans le Canton de Vaud 1999-2002

	1999	2000	2001	2002
Coûts LAMal médecins total	301'909'578	311'890'831	338'211'815	359'233'490
Évolution par année		3,31%	8,44%	6,22%
Coûts moyens par médecin	204'963	208'902	223'537	237'431
Évolution par année		1,92%	7,01%	6,22%

Sources: OFAS, FMH, estimations propres

Le graphique 4 montre les coûts totaux, le nombre des médecins ainsi que les coûts moyens par médecin. Toutes les données sont standardisées sur la base de l'année 1999.

Graphique 4: Évolution des coûts et du nombre des médecins dans le canton de Vaud 1999-2002, indexée (1999 = 100)



En cherchant des explications à ces phénomènes, deux thèses divergentes se confrontent.

D'un côté se trouvent les adhérents à la thèse proposée par Domenighetti (1998), qui consiste à agir sur l'offre médicale tout en continuant à satisfaire les besoins de santé publique. De l'autre côté sont les "fatalistes" qui assurent que la seule manière de maîtriser les coûts de la santé est le rationnement des prestations sanitaires. Selon les intérêts en jeu, nous retrouvons les acteurs interpellés répartis de la manière suivante: dans le premier camp, les autorités cantonales et la FHV et dans le second camp toutes les associations médicales y compris la SVMED et l'ASMAV. Malgré une opinion différente sur la façon de maîtriser les coûts de la santé, ces acteurs s'accordent à penser que la mesure a eu un effet quasiment nul sur les coûts de la santé et qu'il est difficile de mesurer quantitativement l'incidence de l'ordonnance sur ces derniers.

Selon le DSAS, la clause du besoin ne semble pas avoir d'effets financiers, étant donné que le nombre d'actes médicaux fournis à l'hôpital n'est pas contrôlable. D'autant plus que la catégorie ciblée par l'interdiction n'est pas celle qui apporte le meilleur résultat en termes d'épargne économique. En effet, les généralistes sont loin d'offrir les soins les plus coûteux. Selon le point de vue de la FHV, le fait que l'ordonnance ait une durée de trois ans implique que la clause est dénuée de tout effet financier visant à des économies. Au contraire, elle a induit des dépenses supplémentaires importantes liées à la délivrance de nouvelles autorisations, au traitement des dérogations et à la négociation de la Convention Collective de Travail. Ces coûts ne sont pas directement liés au gel des admissions, ils représentent plutôt un effet secondaire de l'annonce de cette mesure.

Selon les deux associations médicales susmentionnées, le gel des admissions n'a aucune influence sur l'évolution des coûts de la santé. Pour elles, seuls le rationnement des soins sanitaires et la concurrence entre les médecins permettrait de réaliser des économies. D'autres facteurs exponentiels tels que les nouvelles techniques, le vieillissement de la population, la découverte de nouvelles maladies, le comportement des patients, influencent l'accroissement des dépenses sanitaires. On peut penser qu'en outre les jeunes médecins ont été sensibilisés aux coûts de la santé. En résumé, nous pouvons affirmer que la clause du besoin n'a pas eu d'effets sur les coûts.

Tous les acteurs concernés partagent le même point de vue sur le processus d'institutionnalisation accrue de la médecine. Ce processus va engendrer, selon eux, la création de centres médicaux physiques, ce qui entraînera un transfert de travail et de coûts vers les services des urgences qui sont déjà très occupés.⁵⁰ Ils affirment aussi que les coûts addi-

⁵⁰ Selon tous les interlocuteurs, certains actes médicaux effectués en pratique privée coûtent moins que dans les hôpitaux car les premiers sont plus ciblés tandis que les seconds nécessitent des examens supplémentaires à ceux strictement demandés.

tionnels repérables sont nombreux mais difficilement quantifiables. Le principal coût additionnel, voire secondaire, à prendre en considération est lié à la modification du statut de travail qui a provoqué un bouleversement précipité au niveau des mentalités des médecins, puisqu'ils sont rentrés dans une logique syndicale de négociation. Ce changement a coûté très cher: 26 millions à déboursier chaque année afin d'assurer les nouvelles conditions de travail, qui impliquent la création de nouveaux postes. De plus, parmi les coûts additionnels, nous pouvons ajouter la perte d'attractivité de la profession médicale (effet visible en 2002), les recours individuels à traiter, la mise en place de la commission chargée de la clause du besoin ainsi que la mise en œuvre et l'évaluation de la mesure. Un dernier coût supplémentaire est lié au statut du médecin: au CHUV et dans ses institutions affiliées les médecins correspondent à des employés, tandis qu'à la fédération des hôpitaux vaudois et dans les cliniques privées, les médecins sont des indépendants payés à l'acte. Avec la mise en œuvre du projet "praticiens médecins", pour janvier 2005, les médecins devront devenir des employés.

4.4.8 Conclusions

Nous devons rappeler tout d'abord que les données à disposition ne sont pas totalement confirmées par tous les acteurs. Cela a des répercussions sur la complexité de l'implémentation de la mesure, notamment au niveau de la rationalité des décisions entreprises. De notre part, nous pouvons affirmer que le bilan du gel des admissions est très nuancé puisque la base de données disponible n'est ni complète ni systématisée et que la mesure nécessite plus de temps pour qu'elle puisse déployer ses effets.

Revenons sur les conclusions centrales de cette étude. Tout d'abord, aucun effet imputable à la mise en œuvre du gel des admissions n'est actuellement visible: l'offre médicale a continué à augmenter, malgré un léger fléchissement par rapport au passé. Jusqu'à présent, le gel des admissions n'a produit qu'une légère réduction de la production des soins ambulatoires et n'a pas eu d'effet sur la population. Or, l'objectif économique de cette mesure n'a pas été atteint. Au contraire, la mesure a eu un effet contre-productif, voir pervers. En effet, suite à l'annonce de la mesure, 700 médecins sont entrés en possession d'une autorisation encore non exploitée. Par conséquent, il n'y a pas de moyens de prévoir ni le moment ni l'intensité de l'installation potentielle. Par ailleurs, les médecins assistants ont réussi à améliorer sensiblement leurs conditions de travail. Donc, au lieu d'effectuer les économies escomptées, l'on se retrouve avec une dépense étatique annuelle calculée autour de 26 millions de francs suisses. De plus, la mesure sanctionne essentiellement la catégorie des jeunes médecins qui pourtant ne constitue pas la partie de l'offre médicale qui cause l'accroissement des coûts sanitaires.

En outre, l'implémentation de cette mesure a été caractérisée par une coopération relativement malaisée entre les acteurs concernés et elle a soulevé des questionnements non résolus

quant à la gestion de reprise et remise des cabinets (SVMED 2000), au suivi de la clientèle et au risque de pénurie médicale à cause de la perte d'attractivité de la profession médicale.

Enfin, le bilan est mitigé parce que de multiples facteurs interagissent avec la mesure, tels que l'absence de données disponibles, le changement des comportements des médecins (féminisation de la profession, temps partiel, regroupement en cabinet, etc.) ou la modification de la relation de l'institution employeur face aux médecins employés (changements des conditions de travail) qui a créé de nouvelles attentes mais qui a également fait surgir un sentiment d'inquiétude. Bref, la mesure se développe en concomitance avec un processus d'institutionnalisation de la médecine qui se fait aux dépens d'une médecine libérale et se concrétise par la mise en place d'une nouvelle catégorie professionnelle, celles des "praticiens médecins".

4.4 Kanton Zürich

4.4.1 Einführung

Rund ein Fünftel (19,5%) aller in der Schweiz frei praktizierenden Ärzte sind im Kanton Zürich tätig, im Jahr 2001 gemäss der FMH-Statistik 2'759. Mit einer Dichte von 222,7 Ärzten pro 100'000 Einwohner liegt Zürich im gesamtschweizerischen Vergleich (Durchschnitt 2001: 195,3) auf dem vierten Rang. Dementsprechend fällt die subjektive Beurteilung der Versorgungssituation durch die Gesundheitsdirektion (GD) aus: in der Allgemeinmedizin, der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie und in der Pädiatrie wird die Versorgung als ausreichend eingestuft, in allen übrigen Kategorien geht der Kantonsärztliche Dienst von einer Überversorgung aus. Ein regionales Gefälle wird in der Allgemeinmedizin, der (Kinder-)Psychiatrie und (Kinder-)Psychotherapie, der Ophtalmologie und der Pädiatrie festgestellt. Zur günstigen Beurteilung der Versorgungslage trägt auch bei, dass der Kanton verkehrstechnisch gut erschlossen ist und keine abgelegenen Randregionen aufweist.

Der quasi freie Markt und die überregionale Bedeutung des Standortes Zürich haben insbesondere in der Agglomeration zu einer starken Zunahme von Spezialisten geführt. Die hohe Konzentration von Spezialärzten wird jedoch auch mit dem erhöhten Investitionsbedarf begründet, der sich aus dem technologischen Fortschritt ergibt, und der vermehrt zu Praxiszusammenschlüssen und gemeinsamer Infrastrukturnutzung führt.

Heutzutage werden hauptsächlich Doppelpraxen neu eröffnet. Es gibt immer weniger Einzelpraxen, weil ein zunehmender Anteil an Ärzten nicht mehr bereit ist, die wirtschaftliche Belastung und die mit einer Praxis verbundene Verantwortung alleine zu tragen. Gleichzeitig nimmt auch die Teilzeitarbeit bei frei praktizierenden Ärzten zu.

Auch im Kanton Zürich lassen sich Ärzte bevorzugt in städtischen Regionen nieder. Landpraxen sind wegen der höheren zeitlichen Belastung (Notfalldienst etc.) weniger attraktiv. Weil

Doppelpraxen auf dem Land kaum rentieren würden, finden sich dort vor allem Einzelpraxen. Landärzte haben deshalb zum Teil Schwierigkeiten, einen Nachfolger für ihre Praxis zu finden. Dies ist auf Veränderungen in den Curricula und in der Lebensgestaltung der jüngeren Ärztegeneration zurückzuführen, welche auch zunehmend wirtschaftliche bzw. unternehmerische Überlegungen anstellt. Dieser Mentalitätswandel wird als eines der wichtigsten Phänomene innerhalb der Ärzteschaft beurteilt und dürfte die künftige Versorgungssituation wesentlich beeinflussen. Obwohl aktuell im Kanton Zürich kein Ärztemangel besteht, könnte sich ein solcher künftig wieder einstellen, zumindest in den als unattraktiv empfundenen Landregionen. Über die Entwicklung des ärztlichen Versorgungsangebots in den Jahren 1995 bis 2002 gibt Tabelle 27 Auskunft. Demnach ist in der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit ein relativ konstantes Wachstum festzustellen. Deren Zunahme fällt jeweils geringer aus als diejenige der pro Jahr ausgestellten Berufsausübungsbewilligungen (BAB)⁵¹ bzw. der durch santésuisse erteilten ZSR-Nummern. Gemäss den Angaben aus der Kantonsbefragung waren im Mai 2002 im Kanton Zürich 26 Ärzte aus der EU frei praktizierend, Ende 2002 77 und im Mai 2003 98.

Tabelle 27: Entwicklung des ärztlichen Versorgungsangebots im Kanton Zürich 1995-2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ärzte mit Praxistätigkeit ¹	2361	2428	2493	2549	2601	2678	2759	2832
Erteilte BAB ²	158	145	148	149	173	278	176	342 ³
Aktive BAB für Ärzte ²	3007	3093	3199	3287	3393	3638	3741 ³	3952 ³
Neue ZSR-Nummern für Ärzte ⁴	122	153	128	132	130	130		256

Quellen: ¹ FMH-Ärztstatistik; ² SDK; ³ Regierungsrat Zürich (2002b); ⁴ santésuisse (für 2001 sind keine Daten verfügbar)

Im Bereich der ambulanten Versorgung nimmt der Kanton eine subsidiäre Rolle ein, d.h. er interveniert nur, wenn private Akteure die Versorgung nicht sicherstellen können. Während dies in den 1960er und 1970er Jahren ein plausibles Szenario darstellte, ist seit den 1980er Jahren eine gewisse Sättigung in der Versorgung festzustellen, so dass kein staatlicher Steuerungsbedarf mehr besteht. Die Zulassung zur Berufsausübung ist eine reine Polizeiaufgabe und dient der Überprüfung, dass die fachlichen Anforderungen an den Arztberuf erfüllt sind. In der Zulassung von ausländischen Ärzten verfolgte der Kanton Zürich vor den bilateralen Abkommen eine eher restriktive Praxis. Im stationären Bereich ist es die kantonale Politik, im Rahmen der Leistungsaufträge an die kantonalen Spitäler deren ambulanten Leistungen

⁵¹ Im Kanton Zürich benötigen laut der Kantonsbefragung lediglich Ärzte in freier Praxis und in Spitälern angestellte Ärzte mit privater Tätigkeit eine BAB, die übrigen Gruppen, d.h. anderweitig angestellte Ärzte, nicht. Für die Assistenzstätigkeit oder die Anstellung in einer ambulanten Institution ist allerdings eine auf den Arbeitgeber lautende Assistenzbewilligung erforderlich.

nicht zu subventionieren. Diese müssen für die Spitäler selbsttragend sein. Ebenfalls ist die GD der Ansicht, dass die Notfallversorgung grundsätzlich durch die Hausärzte sichergestellt werden sollte.

Um dem verstärkten Bedürfnis der Ärzte nach Teilzeitarbeit gerecht zu werden und die Versorgungsdichte auch in ländlichen Regionen aufrecht zu erhalten, führte der Kanton Zürich 1997 die Möglichkeit der Praxisanstellung ein. Praxisberechtigte Personen dürfen höchstens vier diplomierte Ärzte als Assistenten bis zu einem Beschäftigungsgrad von insgesamt maximal 200% anstellen (§ 10 der Ärzteverordnung). Diese Beschränkung soll vermeiden, dass die Konzentration an Leistungserbringern weiter zunimmt. Diese Arbeitsform befindet sich noch in der Anlaufphase, stösst aber zunehmend auf Anklang, obwohl die Ärzteschaft den ökonomischen Sinn von Assistentenstellen bezweifelt.

4.4.2 Umsetzung und Handhabung der Zulassungsverordnung

Die Bundesratsverordnung zur Zulassungsbeschränkung tangiert nur den Versicherungsbe- reich, nicht aber das Bewilligungswesen. Der Kanton Zürich hat im Wesentlichen die Vorga- ben des Bundes vollzogen, mit Berücksichtigung der spezifischen kantonalen Situation. Bei der Umsetzung stellte sich zwangsläufig die Frage, wie eine Übersättigung in der Versorgung bestimmt werden könne. Aufgrund der liberalen Tradition des Arztberufs besteht im ambu- lanten Sektor keine Planung, und deshalb verfügt die GD auch über keine fundierten Zahlen über die Versorgungslage.

Die Umsetzung der Bundesratsverordnung erfolgte im Rahmen der SDK-Ost. Die Zulas- sungsbeschränkung wurde nach Erlass durch den Bundesrat in den regelmässig tagenden Arbeitsgruppen traktandiert und behandelt. Dies erfolgte gemeinsam, ohne konkrete Feder- führung eines einzelnen Kantons. Die vom Bundesrat vorgegebenen Höchstzahlen stellten zwar einen Diskussionspunkt dar, die SDK-Ost verzichtete jedoch darauf, eigene Daten- grundlagen zur Beurteilung der Versorgungssituation zu erheben, sondern orientierte sich am Status quo. Im Mittelpunkt stand das Kernanliegen der Zulassungsbeschränkung, näm- lich die Beschränkung von Neuzulassungen.

Die GD ging davon aus, dass – auch angesichts der sehr hohen Leistungserbringerdichte – zum Zeitpunkt des Erlasses der Zulassungsbeschränkung durch den Bundesrat die Versor- gungssituation im Kanton Zürich ausreichend sei. Dementsprechend wurde der Status quo als Ausgangspunkt für ein Zulassungsmoratorium festgelegt und eingefroren. Die in der Bundesratsverordnung festgehaltenen Höchstzahlen sind insofern für den Kanton Zürich als Beurteilungsgrundlage von untergeordneter Bedeutung. Bezüglich der Zahlendiskussion gibt die GD auch zu bedenken, dass der Arztberuf eine private Tätigkeit ist, deren Umfang indivi-

duell ausgestaltet werden kann. Somit ist es ist kaum möglich, die Versorgungssituation im Sinne eines Leistungsvolumens empirisch zu erheben, zu planen oder zu kontrollieren.

Im Laufe der Verordnungsgebung wurden die betroffenen Berufsverbände zweimal zu Informationsveranstaltungen eingeladen. Sie hatten zudem die Möglichkeit, schriftlich zum Verordnungsentwurf Stellung zu nehmen.

Die kantonale Umsetzungsverordnung⁵² wurde am 23. Oktober 2002 vom Regierungsrat beschlossen und rückwirkend per 4. Juli 2002 in Kraft gesetzt. Die Zulassungsbeschränkung wird nur auf die Ärzteschaft angewandt. Die delegierten Leistungserbringer wurden von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen, weil sie nur auf ärztliche Verordnung Leistungen zulasten der Krankenversicherung erbringen. Die Hebammen wurden ihr nicht unterstellt, weil sie ihr Leistungsvolumen nicht beeinflussen können, und Chiropraktoren stellen im Kanton Zürich quantitativ eine vernachlässigbare Grösse dar. Bei den Zahnärzten lag der Grund im geringen Anteil von durch das KVG betroffenen Tätigkeiten im Gesamtspektrum der zahnärztlichen Arbeit.

Im Grundsatz werden während der Geltungsdauer der Verordnung keine neuen Ärzte mehr als Leistungserbringer zulasten der OKP zugelassen. Ausnahmen sind lediglich für in Chef- arztspitälern angestellte Ärzte, für die ärztlichen Leiter von HMOs⁵³ sowie bei Praxisübernahmen vorgesehen. Das GD führt keine Warteliste. Auf Zulassungsgesuche wird nur eingetreten, wenn der Gesuchsteller gleichzeitig belegt, dass ihm eine Praxis gemäss den Bestimmungen der kantonalen Zulassungsverordnung übergeben wird. Diese sehen u.a. vor, dass der bisherige Inhaber auf seine ZSR-Nummer verzichtet und dass die Praxis nachweislich in den letzten zwölf Monaten vor Übernahme an mindestens fünf Halbtagen pro Woche tatsächlich betrieben wurde (§ 5 lit. c ZH-Vo). Wer zu weniger als 50% tätig sein will, hat im Kanton Zürich andere Möglichkeiten, z.B. die der Praxisvertretung oder der Praxisanstellung. Für den Fall einer bereichsspezifischen Unterversorgung besteht mit § 8 Abs. 2 des kantonalen Gesundheitsgesetzes⁵⁴ eine Regelung, welche die Zulassung von zusätzlichen Leistungserbringern ermöglichen würde. In den letzten 20 Jahren kam diese Bestimmung allerdings nie zur Anwendung. In Einzelfällen wurde zwar eine Unterversorgung geltend gemacht, die in dieser Frage konsultierten ärztlichen Fachgesellschaften verneinten jedoch bisher diesen Umstand.

Während nach wie vor die Departementsvorsteherin formell die BAB ausstellt, befindet der Kantonsärztliche Dienst über die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung,

⁵² Einführungsverordnung zur eidgenössischen Verordnung über die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung vom 23. Oktober 2002 (LS 832.14)

⁵³ Für HMOs mit "an der Kapazitätsgrenze liegender Auslastung" besteht die Möglichkeit, dass sie in zwei Institute geteilt werden und einen zusätzlichen ärztlichen Leiter anstellen können (§ 4 Abs. 2 ZH-Vo).

⁵⁴ Gesetz über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 (LS 810.1)

In der Regel werden keine verwaltungsexternen Stellungnahmen eingeholt, ausnahmsweise werden die Ärztesgesellschaft, Fachgesellschaften oder *santésuisse* kontaktiert.

Gegen die kantonale Zulassungsverordnung ergriffen die Zürcher Sektion des VSAO sowie ein einzelner betroffener Arzt im Dezember 2002 staatsrechtliche Beschwerde beim Bundesgericht⁵⁵, welche am 27. November 2003 abgewiesen wurde.⁵⁶ Noch hängig war zum Zeitpunkt der Kantonsbefragung (Juli 2003) eine Beschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht gegen einen einzelnen Zulassungsentscheid. Der VSAO kritisiert insbesondere, dass die kantonale Umsetzungslösung undifferenziert ausfalle, weil der Status quo eingefroren wurde, ohne dass Grundlagen über die Versorgungssituation bzw. den Bedarf erarbeitet worden sind. Sehr stossend ist für ihn die Tatsache, dass Ausnahmezulassungen im Kanton Zürich nicht möglich sind.

4.4.3 Gestaltung der Übergangsphase

Bereits die Aufnahme von Art. 55a ins KVG im März 2000 hat im Kanton Zürich zu einer erhöhten Nervosität in Ärztekreisen und zu einem Schub von BAB-Gesuchen geführt (Regierungsrat Zürich 2002a; vgl. Tabelle 27). Im Vergleich zum Vor- und zum Folgejahr wurden im Jahr 2000 rund 100 zusätzliche BAB ausgestellt.

Das Inkrafttreten der bilateralen Abkommen hatte keine Zunahme von Gesuchen zur Folge, es gab lediglich vereinzelte Anfragen aus dem Ausland. Die GD machte vorgängig bekannt, dass direkte Anfragen aus dem Ausland mit Verweis auf den zwei Jahre geltenden Inländervorrang abgelehnt würden. Diese Information habe wohl bereits etwas abschreckend gewirkt. Im Juni 2002, nach der Ankündigung der Zulassungsbeschränkung, trafen 753 BAB-Gesuche von Ärzten bei der GD ein, während bei den übrigen Kategorien von Leistungserbringern kein Anstieg festgestellt wurde (Regierungsrat Zürich 2002a). Ca. 10% der Gesuche stammten von in der Schweiz angestellten Ärzten mit einem EU-Diplom, während aus EU-Staaten lediglich rund 20 Anfragen eingingen. Diese wurden mit Verweis auf den Inländervorrang zurückgewiesen (Regierungsrat Zürich 2002a). Sowohl im Vergleich mit den rund 60 BAB-Gesuchen, die zwischen Januar und Mai 2002 eingereicht und bewilligt wurden, als auch mit den in den Vorjahren erteilten Bewilligungen (vgl. Tabelle 27) stellt die Zahl von 753 BAB-Anträgen einen äusserst markanten Anstieg dar. Die ZSR-Statistik von *santésuisse* verzeichnet für den Kanton Zürich im Jahr 2002 insgesamt 819 Zulassungsgesuche von Ärzten, davon 614 allein zwischen dem 1. Juni und dem 12. Juli 2002.

Seitens der GD gestaltete sich die Handhabung der Übergangsphase so, dass im Juni 2002 die eingehenden BAB-Gesuche normal behandelt wurden, wobei die Gesuchsteller darüber

⁵⁵ www.vsao-zuerich.ch/D_ZLB.html, vgl. auch VSAO-Journal 3/2003

⁵⁶ www.srv.bger.ch/cgi-bin/AZA/JumpCGI?id=27.11.2003_2P.305/2002 (Bundesgerichtsentscheid), www.vsao-zuerich.ch/News.html (Pressemitteilung des VSAO Sektion Zürich).

informiert wurden, dass dies einige Monate dauern könne. Die Gesuche wurden nach dem Eingangsdatum registriert und einzeln bearbeitet. Die Bearbeitung wurde dadurch kompliziert, dass infolge der bilateralen Abkommen die Rahmenbedingungen der Diplomanerkennung geändert wurden, und es so einem Teil der Ärzte gar nicht möglich war, vollständige Gesuche einzureichen, weil ihnen die nötigen Dokumente noch nicht vorlagen. Aus Gründen der Rechtsgleichheit trug die GD diesem Umstand jedoch Rechnung. Wer die altrechtlichen Zulassungsvoraussetzungen erfüllte, wurde zugelassen.

Bis im September 2002 waren rund 250 Gesuche bearbeitet bzw. bewilligt (Regierungsrat Zürich 2002a). Zwischen dem 4. Juli und dem Erlass der kantonalen Umsetzungsverordnung eingehende Gesuche wurden sistiert. Um Härtefälle zu vermeiden wurde die GD vom Regierungsrat ermächtigt, Gesuchstellern eine Zulassung zu erteilen oder in Aussicht zu stellen, welche bereits vor Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung "namhafte vertragliche Verpflichtung eingegangen und im Hinblick auf eine Praxiseröffnung nachweisbare Investitionen getätigt haben" (Regierungsrat Zürich 2002a). Im Jahr 2002 wurden insgesamt 342 BAB ausgestellt und zusätzlich 77 Personen eine definitive Zusage für die Ausstellung einer BAB erteilt. Ende 2002 waren 297 unvollständige Gesuche hängig (Regierungsrat Zürich 2002b). Das neurechtliche Zulassungsverfahren kam bisher kaum zur Anwendung. Gemäss der Kantonsbefragung gingen nach dem 3. Juli 2002 bis Ende Jahr noch 35 BAB-Gesuche beim Kanton ein.

4.4.4 Auswirkungen auf das ambulante Versorgungsangebot

Die hohe Zahl altrechtlicher BAB-Gesuche, von denen bis Ende 2002 insgesamt 342 bewilligt wurden, hat eine allfällige plafonierende Mengenwirkung der Zulassungsbeschränkung von vornherein verunmöglicht. *santésuisse* hat im Kanton Zürich gemäss ZSR-Statistik im Jahr 2002 256 Ärzte (221 Schweizer, 35 aus der EU) neu zugelassen, was rund die doppelte Anzahl der Vorjahre darstellt. Im Jahr 2003 wurden bis im November 190 neue ZSR-Nummern ausgestellt (davon 37 an EU-Ärzte), zwei reaktiviert und sechs zurückgezogen. Fünf Zulassungsanträge wurden abgelehnt. Damit bewegt sich die Anzahl Neuzulassungen immer noch auf einem höheren Niveau als in den Jahren zuvor. Wie viele der neu zugelassenen Ärzte inzwischen tatsächlich praktizieren, und mit welchem Arbeitsvolumen, darüber liegen keine Informationen vor. Aufgrund ihrer primär polizeilichen Aufsichtsfunktion hat die GD keine Übersicht darüber, wo die altrechtlich zugelassenen Ärzte untergekommen sind. Gemäss dem VSAO ist die Zahl neuer Arztpraxen im Kanton Zürich eher rückläufig.

Laut FMH-Statistik (Tabelle 27) haben die Zulassungsbeschränkung und die damit verbundene Gesuchsflut bisher nicht zu einem überdurchschnittlichen Zuwachs von Ärzten mit Praxistätigkeit geführt, allerdings verzeichnete die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich im Jahr 2002 eine auffallend hohe Zahl von Neueintritten (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28: Mitgliederentwicklung der AGZ 1995-2003

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 ¹
Ordentliche Mitglieder, "berufstätig" (bis 1999) ²	2805	2863	2800	3153	3258	3048	3091	3337	3397
Assistentenmitglieder (ab 2000 Sektion Weiterbildung)	1191	1455	1454	1331	1383	1772	1547	996	870
Ordentliche Mitglieder, "aktive Ärzte" (ab 2000) ²	3996	4318	4254	4484	4641	4820	4638	4333	4267
Neueintritte	139	157	142	136	109	131	166	261	

Quelle: AGZ-Jahresberichte

¹ Stand 3. November 2003, nicht bereinigt

² Im Jahr 2000 erfolgte ein Wechsel im Aufbau der Mitgliederstatistik. Bis 1999 wurden Assistentenmitglieder statistisch nicht den ordentlichen Mitgliedern zugerechnet. Ab 2000 sind sie in dieser Zahl enthalten.

Tabelle 28 zeigt auch, dass zwischen 2001 und 2002 die Zahl der Mitglieder der Sektion Weiterbildung stark gesunken ist. Dieser Umstand könnte durchaus darauf hindeuten, dass ein grosser Teil der Ärzte in Weiterbildung sich einer anderen Betätigung zugewandt hat. Angesichts der weitaus schwächeren Zunahme von frei praktizierenden Ärzten (vgl. Tabelle 27) lässt sich dieser Rückgang allerdings nicht damit erklären, dass sich diese Ärzte allesamt selbständig gemacht haben. Auffallend hingegen ist die Zunahme der Zahl frei praktizierender Ärzte in der AGZ. Im Jahr 2002, bei erstmaliger Erfassung, betrug sie 2787, am 3. November 2003 bereits 3082. Dieser Anstieg dürfte sich im Wesentlichen damit erklären lassen, dass ein Teil der 342 Ärzte, die im Jahr 2002 noch eine altrechtliche BAB erhielten mittlerweile eine Praxis eröffnete. Für eine abschliessende Beurteilung fehlen jedoch die dazu notwendigen verlässlichen und vergleichbaren Datengrundlagen.

Die Zulassungsbeschränkung erfasst die Neuanstellung von unselbständigen Ärzten in bestehenden Praxen nicht, da Assistenzpersonal nicht über eine eigene ZSR-Nummer mit santésuisse abrechnet, sondern über die der Praxis. Die Praxisassistenz stellt demzufolge eine Ausweichmöglichkeit für nicht zur selbständigen Abrechnung zugelassene Ärzte dar. Zahlenmaterial liegt dazu allerdings nicht vor. Die Anstellungen in Arztpraxen haben nach der Zulassungsbeschränkung etwas zugenommen, aber das hängt in der Einschätzung der GD vor allem damit zusammen, dass sich diese 1997 geschaffene Arbeitsform noch in der Entstehung befindet und zunehmend auf Anklang stösst.⁵⁷ Ein Einfluss der Zulassungsbeschränkung ist durchaus möglich, sie wird aber nicht als Ursache für diesen Trend angesehen. Der VSAO

⁵⁷ Im Jahr 2000 erteilte die GD 291 Bewilligungen für Arztstellvertreter, 61 für Assistenten in Arztpraxen. 2001 waren es 232 bzw. 57, und 2002 wurden 249 bzw. 76 Bewilligungen ausgestellt (Regierungsrat Zürich 2001 und 2002b).

stellt diesbezüglich fest, dass insbesondere Belegärzte in Privatkliniken ihre potenziellen Nachfolger als Assistenten anstellen.

Um allfällige Veränderungen in der regionalen oder fachlichen Verteilung der Ärzteschaft im Kanton Zürich beobachten zu können, ist der Zeitraum seit Inkraftsetzung der Zulassungsbeschränkung zu kurz. Derartige Verschiebungswirkungen werden sich erst längerfristig einstellen. In der Einschätzung des VSAO dürfte die ambulante Versorgung kaum durch die Zulassungsbeschränkung tangiert worden sein. Den bereits bestehenden Tendenzen zu einer höheren Spezialisierung und zu einer stärkeren Konzentration in urbanen Gebieten liegen tiefere Ursachen zugrunde, die mit wirtschaftlichen und persönlichen Faktoren zusammenhängen, und nicht mit der Zulassungsbeschränkung.

4.4.5 Auswirkungen auf die Ärzteschaft

Die Zürcher Sektion des VSAO hat seine Mitglieder mobilisiert und zur Einreichung von BAB-Gesuchen aufgerufen, um die Massnahme so ad absurdum zu führen. Unter den über 700 Ärzten, die diesem Aufruf gefolgt sind, waren auch solche, die erst künftig potenziell von der Zulassungsbeschränkung betroffen sind. Diese grosse Zahl an Gesuchen hat in den Augen der Ärzte die Auswirkungen auf ihre Berufsperspektiven eher minimiert. Konkret eingeschränkt sind nur Assistenten in den ersten beiden Weiterbildungsjahren sowie all jene, die zum Zeitpunkt der Zulassungsbeschränkung die Kriterien für die Niederlassung noch nicht erfüllten, dies aber mittlerweile tun.

Eine Praxiseröffnung wird in der Regel rund ein Jahr lang vorbereitet. Ärzte, die sich in diesem Prozess befanden, wurden durch die Zulassungsbeschränkung verunsichert. Der VSAO schätzt, dass ungefähr die Hälfte davon, d.h. ca. 50 Personen, infolge der Zulassungsbeschränkung ihre Pläne aus Frust und Verunsicherung aufgegeben haben.

Laut dem VSAO ist es nicht vorgekommen, dass Ärzte aufgrund der Zulassungsbeschränkung blockiert sind. Alle potenziell Betroffenen haben sich in irgendeiner Form arrangiert. Die Zulassungsbeschränkung hat jedoch für die Ärzte den Gang in die Selbständigkeit kompliziert, weil das bisherige Zulassungsverfahren praktisch auf den Kopf gestellt wurde. Die Problematik liegt darin, dass neu die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung die Grundvoraussetzung für alle weiteren Schritte, d.h. für den Erhalt eines Bankkredits oder für eine Praxisübernahme darstellt. Während zuvor der Erhalt der kantonalen BAB den Abschluss des Niederlassungsprozesses markierte, stellt dieser polizeiliche Akt nun quasi den Auftakt des ganzen Prozesses dar.

Weil der Gang in die Selbständigkeit erschwert worden ist, sind direkt Betroffene zunehmend angewiesen auf Stellen in öffentlichen Spitälern oder Anstellungen in Privatpraxen. Neben einer Spitalkarriere bieten sich auch die Pharmabranche oder die Forschung als Alternativen an. Dementsprechend ist eine gewisse Perspektivenverlagerung festzustellen. Die Zulas-

sungsbeschränkung hat allerdings keinen Ansturm auf andere Stellen ausgelöst. Weil sie durch die Entwicklung der Rahmenbedingungen in der freien Praxis (Diskussion um Aufhebung des Kontrahierungszwangs, TARMED) massiv verunsichert sind, bleiben Ärzte allgemein eher im Spital, weil die Anstellung ihnen eine einigermaßen sichere Alternative bietet. Ein weiterer Grund dafür kann auch sein, dass sie zunehmend eine bessere Weiterbildung anstreben und sich auf Fachbereiche spezialisieren, in denen eine gewisse Nachfrage seitens der Patienten besteht. Dies erfolgt nicht zuletzt auch aus marktstrategischen Gründen, um sich von der Masse abheben und sich gegenüber ihren Geldgebern attraktiver positionieren zu können. Die Zulassungsbeschränkung steht nicht in direktem Zusammenhang mit diesen Phänomenen, stellt aber einen zusätzlichen Unsicherheitsfaktor dar, der Ärzte dazu bringt, ihre Lebensplanung zu überdenken und ihre Curricula umzustellen.

Eine klare Auswirkung der Zulassungsbeschränkung auf die Ärzte in freier Praxis sind die erschwerten Umstände bei der Praxisübergabe. Die niedergelassenen Ärzte haben zunehmend Mühe, Nachfolger für ihre Praxen zu finden. Hauptursache dafür ist die verbreitete Unsicherheit bei den Jungärzten, welche zu einer verstärkten Selektion der zu übernehmenden Praxis führt. Die Zulassungsbeschränkung hat die Nachfrage nach frei werdenden Praxen nicht erhöht. Wegen des Gesuchsüberhangs spielt der Markt im Kanton Zürich diesbezüglich kaum. Die AGZ lehnte die Zulassungsbeschränkung grundsätzlich ab und kritisierte insbesondere, dass die Massnahme bei denjenigen Ärzten ansetzt, welche das Ende ihrer Aus- und Weiterbildung erreicht haben (Medienmitteilung vom 17. Juni 2002).

4.4.6 Auswirkungen auf den Spitalbereich

Der ambulante Spitalbereich hat im Kanton Zürich in den letzten Jahren stark zugenommen.⁵⁸ Diese Entwicklung war von den Spitälern nicht bewusst so geplant, sondern ist gemäss verschiedenen Gesprächspartnern primär auf betriebswirtschaftliche Gründe und die medizinische Entwicklung zurückzuführen. Der Kanton hat diese Entwicklung nicht gefördert und erwartet, dass die Ambulatorien selbsttragend sind. Ein Einfluss der Zulassungsbeschränkung wird allseits verneint. Dass Ärzte vermehrt in Spitalambulatorien tätig sind, liegt vielmehr an der mit einer Anstellung verbundenen Sicherheit (vgl. oben).

Seit dem 1. Januar 2003 besteht im Kanton Zürich die Möglichkeit, das Modell der Spitalärzte zu erproben.⁵⁹ Die kantonalen Spitäler können im Rahmen ihres Stellenplanes bzw. Globalbudgets die Stellenverteilung und die Zahl der Spitalfachärzte selber bestimmen. Auch wenn die Zulassungsbeschränkung in die Überlegungen der Kantonsbehörden einfluss (Re-

⁵⁸ Die Zahl der ambulanten und teilstationären Behandlungen in den kantonalen Akutspitälern betrug 1999 433'766, im Jahr 2000 447'113, 2001 461'632 und 2002 458'892 (Regierungsrat Zürich 2001 und 2002b).

⁵⁹ Spitalärzterverordnung vom 11. Dezember 2003 (LS 813.42)

gierungsrat Zürich 2002c), hatte sie keinen Einfluss auf die Schaffung dieser neuen Anstellungsform. Zum Zeitpunkt der Kantonsbefragung (Juni 2003) waren zwei Stellen für Spitalfachärzte besetzt. Obwohl die Zulassungsbeschränkung für Ärzte durchaus ein Auslöser sein kann, sich für eine Anstellung als Spitalfacharzt zu interessieren, ist bisher nicht davon auszugehen, dass sie sich in dieser Hinsicht konkret ausgewirkt hat.

Wie andernorts stellt auch im Kanton Zürich die anstehende Arbeitszeitreduktion für Assistenzärzte dasjenige Thema dar, welches den Spitalbereich zur Zeit am meisten prägt. Bereits im Jahr 2000 trat ein Gesamtarbeitsvertrag zwischen dem Kanton Zürich, dem VSAO Sektion Zürich und dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) in Kraft, der die Arbeitsbedingungen der Assistenzärzte neu regelte und als Kernstück die schrittweise Senkung der Arbeitszeit von 55 Stunden auf 50 Stunden innert fünf Jahren beinhaltete (Medienmitteilung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vom 23. November 1999). Dieser GAV hat den Stellenbedarf in den ihm angeschlossenen Spitälern um ca. 25% erhöht. Die Änderung des Arbeitsgesetzes per 2005 wird die Schaffung weiterer zusätzlicher Stellen erfordern. Angesichts des auf dem Kanton lastenden Spardrucks ist jedoch noch unklar, wie diese finanziert werden sollen. Zur Zeit sind ca. 15-20% der Assistenzärzte im Kanton Zürich Ausländer, hauptsächlich Deutsche. Wegen eines Ärztemangels und verbesserten Arbeitsbedingungen in Deutschland ist künftig eine gewisse Rückwanderung ausländischer Assistenzärzte zu erwarten.

Unter all diesen Umständen erscheint es denkbar, dass es nach der Zulassungsbeschränkung für Spitäler einfacher geworden ist, Ärzte zu finden, weil der Gang in die freie Praxis schwierig bzw. verwehrt ist. Die GD hält es für möglich, dass die Zulassungsbeschränkung das bestehende Ungleichgewicht zwischen dem sich abzeichnendem Ärztemangel in den Spitälern und der gesättigten Versorgungslage in der freien Praxis etwas korrigieren wird. Bisher liegen allerdings keine Hinweise vor, welche diese Vermutung bestätigen würden. Die befragten Akteure halten den Zeitpunkt für eine Beurteilung noch für zu früh.

Für die VZK-Spitäler (öffentliche Spitäler ohne kantonale und Stadtzürcher Spitäler) hatte die Zulassungsbeschränkung keine direkten Konsequenzen. Obwohl viele Ärzte frühzeitig eine BAB beantragten und in den meisten Fällen auch erhielten, stellten sie kaum nennenswerte Absprünge in die Praxis fest. Die Frage, ob die Zulassungsbeschränkung in den Spitälern zu einem Ärztestau geführt habe, wird unterschiedlich beurteilt. Der VSAO merkte an, dass nachrückende Ärzte blockiert seien, weil die verfügbaren Weiterbildungsplätze von denjenigen Ärzten besetzt werden, die sich weiter qualifizieren und einen zusätzlichen Fachtitel erwerben wollen. Die GD hält die bisherige Wirkungsdauer der Massnahme für zu kurz, um diese Frage empirisch schlüssig zu beurteilen, und weist darauf hin, dass der Mentalitätswandel, der hinter dem Trend zu einer längeren Weiterbildungsdauer steht, erst einsetze. Hinweise für einen Ärztestau wären eine Abnahme der Anstellung von aus dem Ausland

frisch zugezogenen Ärzten in den Spitälern der Randregionen oder eine Zunahme stellenloser Ärzte nach dem Staatsexamen.

Weil Privatspitäler vor allem Ärzte mit BAB anstellen, können sich für sie längerfristig möglicherweise Rekrutierungsprobleme ergeben. Aufgrund des noch bestehenden Reservoirs an Ärzten mit altrechtlicher BAB stellt sich diese Frage jedoch vorläufig noch nicht. Im Vergleich mit den öffentlichen Spitälern sind Privatkliniken leicht benachteiligt, da für eine Anstellung in öffentlichen Spitälern keine BAB des Kantons nötig ist.

4.4.7 Kostenwirkungen

Seitens der Kantonsbehörden war die Bearbeitung der äusserst hohen Anzahl BAB-Gesuche durch den Kantonsärztlichen Dienst mit hohem administrativem Mehraufwand in Form von Überstunden verbunden. Davon abgesehen ist für die GD jegliche Beurteilung von Kostenwirkungen reine Spekulation, da sich in ihrer Einschätzung die Zulassungsbeschränkung erst längerfristig auswirken wird. Neben der Entwicklung der ambulanten Leistungserbringung bzw. der Konsultationen wären patientenseitig die Wartezeiten oder eine eingeschränkte Verfügbarkeit von Ärzten messbare Indikatoren, welche auf eine Verknappung hindeuten würden. Hierzu sind jedoch keine Untersuchungen bekannt.

Seitens der Ärzteschaft wird eine kostendämpfende Wirkung der Zulassungsbeschränkung bestritten. Die AGZ bezeichnet die Überalterung, die hohe Spezialisierung, den medizinischen Fortschritt, die Singlegesellschaft, die abnehmende Eigenverantwortung des Individuums, die Medizinalisierung gesellschaftlicher Probleme, den breiten obligatorischen Grundleistungskatalog, sowie die explodierende Haftpflichtmentalität als Ursachen der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen (Medienmitteilung vom 17. Juni 2002).

Tabelle 29: Kosten für ärztliche Leistungen und Kosten pro Arzt (Krankenversicherung; in Fr.) im Kanton Zürich 1999-2002

	1999	2000	2001	2002
OKP-Kosten ärztliche Leistungen	854'067'290	921'583'008	963'873'171	1'012'081'992
Veränderung zum Vorjahr		7.91%	4.59%	5.00%
OKP-Kosten pro Arzt	328'361	344'131	349'356	357'374
Veränderung zum Vorjahr		4.80%	1.52%	2.29%

Quellen: BSV, FMH, eigene Berechnung

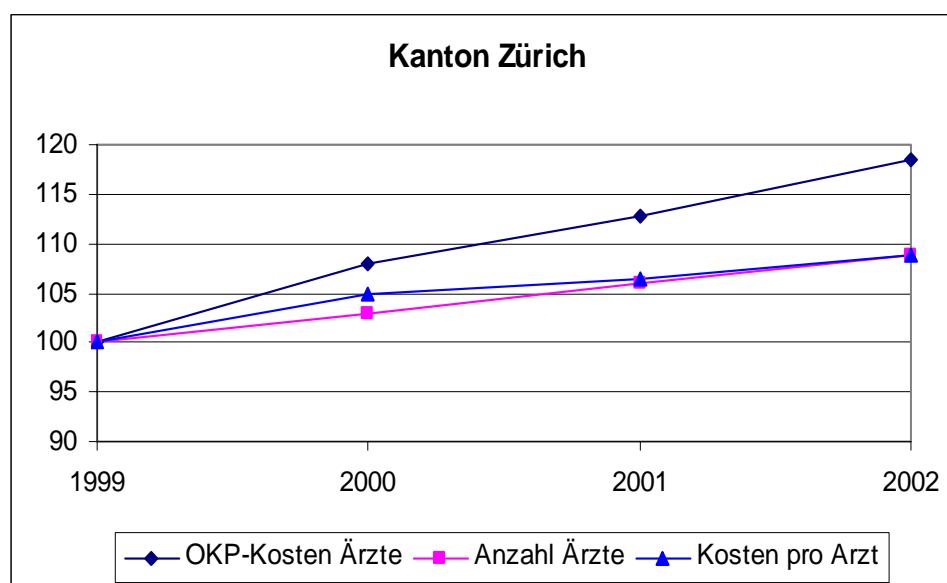
Der VSAO geht davon aus, dass sich die Zulassungsbeschränkung weder positiv noch negativ auf die Kostenentwicklung auswirken wird. Das Reservoir an Ärzten, die noch vor Inkrafttreten eine BAB erhalten haben, werde die Kosten im ambulanten Bereich nicht in die Höhe treiben. Weil ein Teil der Ärzte aufgrund der Zulassungsbeschränkung möglicherweise länger in einer Spitalanstellung verweile, könnten hingegen im stationären Sektor Mehrkosten ent-

stehen, weil deren Löhne mit zunehmender Arbeitserfahrung ansteigen. Tabelle 29 zeigt die Entwicklung der Bruttokosten der OKP für ärztliche Leistungen und die durchschnittlichen Kosten pro Arzt im Kanton Zürich zwischen 1999 und 2002 auf.

Abbildung 4 setzt die Kostenentwicklung in Beziehung mit der Anzahl frei praktizierender Ärzte im Kanton Zürich (vgl. Tabelle 27). Zur besseren Vergleichbarkeit sind alle Grössen indiziert (1999 = 100).

Die Tatsache, dass zwischen 1999 und 2002 trotz unveränderter Arzttarife die Bruttokosten der ärztlichen Leistungserbringung stärker angestiegen sind, als die Anzahl Ärzte oder die durchschnittlichen Kosten pro Arzt, zeigt, dass die Kostenentwicklung nicht allein von der Anzahl Leistungserbringer abhängig gemacht werden kann, sondern dass auch die Menge der erbrachten Leistungen von Bedeutung ist. Im Vergleich zu den Vorjahren ist 2002 kein Anzeichen für eine Verlangsamung der Kostenentwicklung ersichtlich, weshalb der Schluss zu ziehen ist, dass die Zulassungsbeschränkung im Kanton Zürich – zumindest innerhalb des kurzen Zeitraums, für den überhaupt Daten zur Verfügung stehen, – bisher keine kosten-dämpfende Wirkung entfaltet hat.

Abbildung 4: Entwicklung der Arztkosten und der Ärztezahl im Kanton Zürich 1999-2002, indiziert (1999 = 100)



4.4.8 Fazit

Als Kanton mit der grössten Ärztepopulation in der Schweiz weist Zürich eine gesättigte Versorgungssituation mit einer hohen Konzentration von Spezialisten in urbanen Regionen und sich abzeichnenden Engpässen in ländlichen Gegenden auf. Damit unterscheidet sich der Kanton nicht wesentlich von anderen. Eine Besonderheit stellt hingegen die vergleichsweise

offen gestaltete Möglichkeit der Praxisanstellung dar, welche es Ärzten ermöglicht, ohne eigene BAB und ZSR-Nummer tätig zu sein.

Die Zulassungsbeschränkung wird nur auf die ärztlichen Leistungserbringer angewandt. Bei der Umsetzung orientiert sich der Kanton Zürich nicht an den bundesrätlichen Höchstzahlen, sondern am Status quo des 3. Juli 2002. Ab diesem Datum werden neue Ärzte nur noch bei Praxisübernahmen, welche an diverse Bedingungen geknüpft sind, zur privatärztlichen Tätigkeit in Chefarztspitälern und als Leiter von HMOs zugelassen. Ausnahmezulassungen wegen Unterversorgung sind gemäss Gesundheitsgesetz möglich.

Bereits das Inkrafttreten der gesetzlichen Grundlage der Zulassungsbeschränkung führte im Jahr 2000 zu einer überdurchschnittlichen Zunahme an BAB-Gesuchen, welche sich jedoch nicht markant auf die Anzahl Ärzte in freier Praxis niederschlug. Im Jahr 2000 ist auch keine Zunahme in den Neuzulassungen bei santésuisse festzustellen. Demgegenüber löste die Ankündigung der Zulassungsbeschränkung im Juni 2002 eine wahre Gesuchsflut aus, die vor allem auf einen entsprechenden Aufruf des VSAO zurückzuführen ist. Von den insgesamt rund 850 BAB-Gesuchen des Jahres 2002 trafen allein im Juni 753 bei der GD ein. In der Folge wurden im Jahr 2002 vom Kanton 342 BAB ausgestellt, was gegenüber den Vorjahren eine Verdoppelung darstellt. Hinzu kommen 77 verbindliche Zusagen. santésuisse verzeichnete Zulassungsgesuche von insgesamt 819 Ärzten, von denen bis Ende Jahr 256 eine ZSR-Nummer zugeteilt erhielten, ebenfalls das Doppelte der Vorjahre.

In der Anzahl Ärzte in freier Praxis gemäss FMH-Statistik ist zumindest im Jahr 2002 kein überdurchschnittlicher Anstieg festzustellen. Hingegen verzeichnete die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 2002 auffällig viele Neueintritte und einen starken Anstieg in der – 2002 erstmals erhobenen – Anzahl frei praktizierender Ärzte um rund 300 zwischen 2002 und 2003. Insofern ist davon auszugehen, dass die Zulassungsbeschränkung zu einer allmählichen Zunahme der Ärzte mit Praxistätigkeit geführt hat, deren Ausmass mangels vergleichbarer Daten noch nicht eruiert werden kann. Setzen sich die bisher beobachteten Trends in der Ärztedemographie des Kantons Zürich in ähnlicher Weise fort, ist davon auszugehen, dass sich sowohl die Ärztedichte als auch die fachliche Spezialisierung in städtischen Gebieten weiter zulasten der Landregionen verstärken wird. Die Zulassungsbeschränkung ist dafür nicht ursächlich, stellt aber einen verstärkenden Faktor dar.

Die Zürcher Ärzteschaft ist von der Zulassungsbeschränkung insofern betroffen, als dass die Übernahme einer bestehenden Praxis verfahrenstechnisch erschwert wurde und die Massnahme das bereits bestehende Frustrationspotenzial weiter erhöht hat. Die hohe Zahl noch altrechtlich zugelassener Ärzte hat nicht nur die Plafonierung der Anzahl Leistungserbringer verunmöglicht, sondern auch die Auswirkungen auf die Karriereplanung abgeschwächt. Insofern hat die Zulassungsbeschränkung den bereits stattfindenden Mentalitätswandel in der Ärzteschaft weiter verstärkt und die Attraktivität von Anstellungen in Institutionen als ver-

gleichweise sichere Alternative zur freien Praxis erhöht. Den befragten Akteuren waren keine Ärzte bekannt, deren Zukunftsperspektiven durch die Zulassungsbeschränkung blockiert wurden. Der Verbleib im Spital und die Fortsetzung der Weiterbildung sind die am häufigsten genannten Alternative zur Selbständigkeit.

Im Spitalbereich hatte die Zulassungsbeschränkung auf die Umsetzung der Arbeitszeitreduktion oder die Schaffung von Spitalärzten keinen Einfluss. Da sich infolge verschiedenen Massnahmen zur Reduktion der Arbeitszeit der Stellenbedarf erhöht hat, konnten die Folgen der Zulassungsbeschränkung vermutlich etwas kompensiert werden. Es wurde kein Abfluss vom Spital in die freie Praxis festgestellt, hingegen kann es vorkommen, dass Ärzte, welche ihre Weiterbildung im Spital fortsetzen, die für nachrückende Ärzte vorgesehenen Stellen blockieren. Zum Ausmass dieser Phänomene liegen jedoch keine konkreten Angaben vor. Grundsätzlich kann die Zulassungsbeschränkung als einer von verschiedenen Faktoren betrachtet werden, welche in den Augen der Ärzte die Attraktivität der Spitaltätigkeit gegenüber der freien Praxis erhöhen und so den mittelfristig erwarteten Ärztemangel in den Spitälern etwas abschwächen dürften.

Hinsichtlich der Kostenwirkungen ist für den Kanton Zürich das Fazit zu ziehen, dass zumindest im Jahr 2002 keine Kostendämpfung im Bereich der ärztlichen Leistungen zu verzeichnen ist. Die vorliegenden Daten deuten auf einen Mengeneffekt hin, der die Kostenentwicklung zusätzlich zur Anzahl Leistungserbringer beeinflusst. Da die Zulassungsbeschränkung bisher weder die Anzahl Ärzte in freier Praxis gebremst hat noch einen messbaren Einfluss auf die Menge erbrachter Leistungen ausübt, ist davon auszugehen, dass die Massnahme hinsichtlich der Kostenentwicklung nach heutigem Ermessen keine direkten Auswirkungen entfalten wird.

5 Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der drei oben präsentierten Fallstudien mit den Informationen aus den Gesprächen mit Akteuren der nationalen Ebene zusammengeführt und für jeden Wirkungsbereich separat erörtert. Dabei ist einleitend auf den Umstand hinzuweisen, dass die Reichweite der vorliegenden Wirkungsanalyse aus verschiedenen Gründen begrenzt ist. Der wichtigste besteht im äusserst kurzen Zeitraum, in dem die interessierenden Veränderungen überhaupt beobachtet werden können. Die vorliegende Untersuchung wurde Anfang April, d.h. rund neun Monate nach Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung begonnen. Angesichts des Umstandes, dass sowohl bei den Kantonen als auch bei *santésuisse* zu diesem Zeitpunkt noch immer eine beträchtliche Zahl von Gesuchen pendent war, und dass der Prozess einer Praxiseröffnung mitunter bis zu einem Jahr in Anspruch nehmen kann, ist dies zu früh, um die interessierenden Outcomes überhaupt beobachten zu können.

Gleichzeitig liegen zentrale Datengrundlagen (FMH-Statistik, Kostendaten der Krankenversicherung) bisher lediglich für das Jahr 2002 vor, nicht aber für 2003. Dies erschwert die Beurteilung der Wirkungen im Zeitverlauf, da die Daten nur kurzfristige Veränderungen abbilden, jedoch über längerfristige Entwicklungen keine Auskunft zu geben vermögen. Die übrigen Probleme, die sich bezüglich der Verfügbarkeit von Datenmaterial stellten, wurden bereits in Abschnitt 2.7 erörtert.

5.1 Auswirkungen auf das ambulante Versorgungsangebot

Die Zulassungsbeschränkung zielt darauf ab, die Anzahl der zulasten der Krankenversicherung tätigen ambulanten Leistungserbringer vom Bedarf abhängig zu machen und entsprechend einzuschränken, da die Versorgungslage zum Zeitpunkt ihrer Inkraftsetzung als ausreichend beurteilt wurde. Wie zuvor erörtert erfolgte die Umsetzung über ein Moratorium von Neuzulassungen ab dem 3. Juli 2002 mit kantonal unterschiedlich geregelten Ausnahmen.

Bei der Beurteilung der Auswirkungen dieser Massnahme auf das ambulante Versorgungsangebot gilt es zwischen quantitativen und qualitativen Effekten zu unterscheiden. Erstere betreffen die Anzahl Leistungserbringer, die im ambulanten Bereich tätig sind, letztere deren regionale und fachliche Verteilung. Zunächst werden die quantitativen Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung diskutiert.

5.1.1 Quantitative Auswirkungen

Tabelle 30 zeigt, wie sich die Zahl der in der Schweiz tätigen Ärzte zwischen 1995 und 2002 entwickelt hat. Abgesehen vom – teilweise statistisch bedingten – Bruch in den Jahren 2000

und 2001 zeigt sich sowohl bei den berufstätigen als auch bei den praktizierenden Ärzten ein einigermaßen konstantes Wachstum. Pro Jahr erhöhte sich die Anzahl der Ärzte mit Praxistätigkeit durchschnittlich um 325⁶⁰, ihr Anteil am total der berufstätigen Ärzte blieb dabei praktisch stabil. Die Angaben der FMH-Statistik lassen keine Aussagen über das Arbeitsvolumen der darin erfassten Personen zu. Auch Praxiseröffnungen oder -schliessungen werden von der FMH nicht systematisch erhoben.

Tabelle 30: Entwicklung der Ärztezahlen in der Schweiz

	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ¹	2001	2002
berufstätige Ärzte	22'275	22'718	23'144	23'679	24'026	25'216	25'395	25'921
Zunahme	497	443	426	535	347	1190	179	526
Zunahme in %	2,2%	2,0%	1,9%	2,3%	1,5%	5,0%	0,7%	2,1%
Ärzte mit Praxistätigkeit	12'327	12'711	13'038	13'357	13'622	13'935	14'178	14'408
Zunahme	513	384	327	319	265	313	243	230
Zunahme in %	4,3%	3,1%	2,6%	2,4%	2,0%	2,3%	1,7%	1,6%
Anteil der Ärzte mit Praxistätigkeit	55,3%	56,0%	56,3%	56,4%	56,7%	55,3%	55,8%	55,6%

Quelle: FMH-Ärztestatistik

¹ Der hohe Zuwachs von berufstätigen Ärzten im Jahr 2000 ist zu einem Teil darauf zurückzuführen, dass ab diesem Jahr die FMH-Statistik auch Nicht-FMH-Mitglieder berücksichtigt.

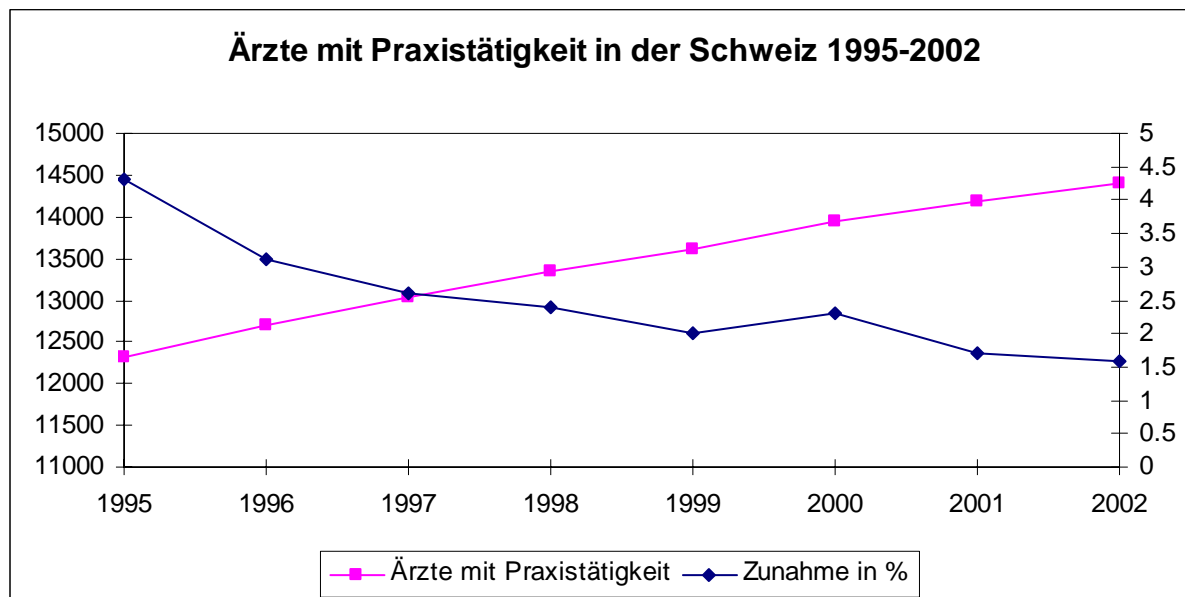
Aus Tabelle 30 und **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** lässt sich keine eindeutige Tendenz in der Veränderung der Anzahl Ärzte ableiten, die auf die Zulassungsbeschränkung zurückzuführen wäre. Die Zunahme der Ärzte mit Praxistätigkeit fällt 2002 sowohl absolut als auch prozentual allerdings etwas geringer aus als in den Vorjahren. Dies ist aber vermutlich mehr als Fortsetzung eines allgemeinen Trends zu interpretieren, da die Zuwachsrate über den ganzen Beobachtungszeitraum rückläufig ist.

Die detaillierte Betrachtung in den kantonalen Fallstudien ermöglicht ein etwas differenzierteres Bild. In keinem Kanton hat sich die Anzahl der Ärzte mit Praxistätigkeit bisher markant verändert, sondern es wurde weitgehend die bisherige Entwicklung fortgesetzt. Die Stagnation im Kanton Waadt zwischen 2001 und 2002 wird zwar mit der Zulassungsbeschränkung in Verbindung gebracht, stellt jedoch keinen signifikanten Bruch in der bisherigen Entwicklung dar. Bezüglich dieses Indikators lassen sich somit in einer kurzfristigen Betrachtung noch

⁶⁰ Die Zahl von 325 stellt den durchschnittlichen jährlichen Nettozuwachs der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit dar. Da jedes Jahr rund 460 frei praktizierende Ärzte in Pension gehen (VSAO-Journal 3/2001), kann die Zahl der Ärzte, die neu eine Praxistätigkeit aufnehmen, pro Jahr auf ungefähr 785 geschätzt werden. Angesichts des Umstands, dass santésuisse jährlich rund 720 neue ZSR-Nummern an Ärzte ausstellt (vgl. Tabelle 21), ist diese Zahl allerdings vermutlich leicht überschätzt. Dies bedeutet jedoch gleichzeitig, dass die meisten Medizinalpersonen mit einer ZSR-Nummer auch selbständig praktizieren und von dieser Nummer Gebrauch machen.

keine Wirkungen der Zulassungsbeschränkung feststellen. Für das Jahr 2003 liegen noch keine Informationen vor bzw. sind von der FMH keine Daten erhältlich.⁶¹

Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit in der Schweiz 1995-2002



Anders fällt die Beurteilung hinsichtlich der erteilten BAB und der erfolgten Zulassungen bei santésuisse aus. Die vorliegenden Informationen deuten darauf hin, dass die vorzeitige Ankündigung der Zulassungsbeschränkung und die daraus resultierende Gesuchswelle zur Bildung eines Reservoirs von Ärzten geführt hat, welche die Voraussetzungen zur Tätigkeit zu lasten der OKP erfüllen, eine solche jedoch bisher noch nicht ausüben. In allen drei untersuchten Kantonen war dies ebenso der Fall, wie in der gesamtschweizerischen Betrachtung. Die Ausführungen in den Abschnitten 3.5.3 und 3.5.4 haben gezeigt, dass infolge der grossen Anzahl vor Juli 2002 vorsorglich eingereicherter BAB- und Zulassungsgesuche ein Reservoir von Ärzten besteht, die sowohl seitens der Kantone als auch santésuisse zur Leistungserbringung zu lasten der OKP zugelassen und jederzeit berechtigt sind, eine Praxistätigkeit aufzunehmen. Gemäss Tabelle 21 vergab santésuisse im Jahr 2002 rund 50% mehr ZSR-Nummern an Ärzte als im Vorjahresdurchschnitt, der 2003 vermutlich bereits wieder erreicht wird. Es dürfte sich somit bei der Gesuchswelle um ein einmaliges Phänomen handeln. Das aus den zusätzlichen Zulassungen des Jahres 2002 resultierende Reservoir umfasst ca. 350 Personen und ist damit um die Hälfte kleiner als die in Fortsetzung der bisherigen Entwicklung bis 2005 zu erwartende Nettozunahme von Ärzten mit Praxistätigkeit (ca. 700). Die künftige Entwicklung der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit ist somit nebst der kantonalen Praxis bei Ausnahmezulassungen abhängig vom Verhalten derjenigen Medizinalpersonen,

⁶¹ Direktauskunft von Christoph Kreyden, Abteilungsleiter Dienstleistungen/Mitgliedschaft der FMH, 1. Dezember 2003

welche noch altrechtlich zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen wurden, jedoch bisher nicht praktizieren. Deren Zahl ist nicht bekannt, da keine Angaben über die Ende 2003 bei santésuisse noch pendenten ZSR-Dossiers vorliegen. In einer vorläufigen Betrachtung Ende 2003 ist bisher vom Reservoir der bereits erwähnten zusätzlichen 350 Ärzte auszugehen. Hinzu kommen diejenigen Personen, welche eine altrechtliche BAB erhielten und damit Anrecht auf eine ordentliche Zulassung haben, bisher jedoch noch kein Zulassungsgesuch bei santésuisse gestellt haben. Auch deren Zahl kann kaum abgeschätzt werden, da nur unvollständige Angaben über die 2002 von den Kantonen erteilten BAB vorliegen. Neben diesen altrechtlichen ordentlichen Zulassungen sind bis am 3. Juli 2005 nur noch Ausnahmezulassungen möglich, deren Zahl relativ niedrig ausfallen dürfte und welche die Anzahl praktizierender Leistungserbringer kaum signifikant erhöhen werden.

Während die künftige Entwicklung auf gesamtschweizerischer Ebene schwierig abzuschätzen ist, kann immerhin davon ausgegangen werden, dass sie auf kantonaler Ebene unterschiedlich verläuft. Die Ausgangslage in den Kantonen Waadt und Zürich deutet aufgrund der vergleichsweise grossen Reservoirs noch nicht praktizierender, aber abrechnungsberechtigter Ärzte auf eine weitere Zunahme der Ärztezahl in diesen Kantonen hin. Da es sich allerdings um Kantone handelt, in denen eine starke Mobilisierung durch den VSAO stattfand und die über ein vergleichsweise grosse Zahl an in Spitälern tätigen Ärzten aufweisen, herrschen hier andere Rahmenbedingungen als in den meisten übrigen Kantonen.

Anzumerken bleibt, dass die Zahl verfügbarer Ärzte nur beschränkt Aussagen zum gesamten Leistungsvolumen zulässt, da zum einen keine Informationen über die Intensität der ärztlichen Leistungserbringung verfügbar sind, zum anderen die Ärzte zunehmend nur teilzeitlich tätig sind. Diese Tendenz steht in Zusammenhang mit der Feminisierung der Medizin und einem Wandel der Ansprüche an die Lebensqualität bzw. die Arbeitsbedingungen.

5.1.2 Qualitative Auswirkungen

Die Zulassungsbeschränkung gibt den kantonalen Gesundheitsbehörden die Möglichkeit, die Niederlassung von frei praktizierenden Ärzten sowohl in fachlicher als auch in geographischer Hinsicht zu steuern. Insofern interessieren die daraus resultierenden Veränderungen in der Struktur des ärztlichen Versorgungsangebotes.

Eine objektive Beurteilung dieser Frage ist hingegen mangels systematischer Daten schwierig. Die subjektiven Einschätzungen der verschiedenen Gesprächspartner auf nationaler und kantonaler Ebene sowie die ebenfalls subjektiven Angaben aus der Kantonsbefragung decken sich jedoch weitgehend. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass seit Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung eine zu kurze Zeit vergangen ist, um bereits konkrete qualitative Veränderungen in der ärztlichen Versorgungsstruktur festzustellen. Damit hat sich diese Mass-

nahme kurzfristig bisher nicht auf die regionale Verteilung und die fachliche Zusammensetzung ausgewirkt.

Bereits seit einiger Zeit ist hingegen sowohl aus gesamtschweizerischer als auch aus kantonaler Perspektive die Tendenz festzustellen, dass sich Ärzte bevorzugt in städtischen Regionen niederlassen, währenddem die Versorgungsdichte in ländlichen Gebieten stetig abnimmt. Ebenfalls ist eine zunehmende Spezialisierung der Ärzteschaft auszumachen, in dem Sinne, dass der Anteil Ärzte mit einem Facharzttitel an der Gesamtzahl laufend leicht zunimmt. Diese beiden Trends führen in der Kombination zu einer erhöhten Konzentration von Fachärzten in urbanen Gebieten.

Gemäss den diversen Interviewpartnern sind für diese Entwicklungen verschiedene Faktoren verantwortlich, insbesondere eine veränderte Mentalität innerhalb der jüngeren Ärzteschaft, welche sich in einer sinkenden Bereitschaft, die verschiedenen Belastungen des Arztberufs auf sich zu nehmen, und einer entsprechend verstärkten Selektion des Ortes der Tätigkeit, d.h. der zu übernehmenden Praxis, manifestiert. Die Zulassungsbeschränkung ist für diese Entwicklung nicht ursächlich, stellt aber einen verstärkenden Faktor dar, indem sie einen weiteren Eingriff in die von den Ärzten zunehmend als schwierig empfundenen Rahmenbedingungen der Berufsausübung darstellt.

Die Zulassungsbeschränkung dürfte die weitere Spezialisierung der Ärzteschaft insofern begünstigen, als dass viele in Spitälern tätige Ärzte als Alternative zur Eröffnung einer eigenen Praxis ihre Weiterbildung fortsetzen und vertiefen, um sich so zusätzliche Qualifikationen zu erwerben, welche ihre künftigen Chancen auf dem Arbeitsmarkt erhöhen. Es wird allgemein erwartet, dass dadurch die bereits bestehenden Knappheiten in der ärztlichen Grundversorgung verstärkt werden, die fachliche Spezialisierung hingegen zunimmt.

5.1.3 Auswirkungen auf die delegierten Leistungserbringer

Die Zulassungsbeschränkung kann auch auf die delegierten Leistungserbringer angewandt werden. Von dieser Möglichkeit haben allerdings nur die Zentralschweizer Kantone (Luzern, Nid- und Obwalden, Schwyz, Uri und Zug) Gebrauch gemacht. In den übrigen Kantonen sind sie von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen. Gemäss den verschiedenen Interviewaussagen sind im Bereich der delegierten Leistungserbringer keine Veränderungen festzustellen, weder in quantitativer Hinsicht, d.h. hinsichtlich ihrer Zahl, noch in Form indirekter Wirkungen, die sich aus Veränderungen im ärztlichen Versorgungsangebot ergeben.

5.2 Auswirkungen auf die Ärzteschaft

Die Ärzteschaft stellt diejenige Kategorie von Leistungserbringern dar, die hauptsächlich von der Zulassungsbeschränkung betroffen ist und deren Auswirkungen in unmittelbarer Weise

zu tragen hat. Dementsprechend fielen die Stellungnahmen und Reaktionen der verschiedenen Ärzteverbände (FMH und VSAO) aus, welche die Zulassungsbeschränkung grundsätzlich kritisierten und ablehnten.⁶²

Im Folgenden wird dargestellt, welche Konsequenzen die Zulassungsbeschränkung für die Ärzteschaft hatte und welche Verhaltensänderungen sich infolge dieser Massnahme einstellten. Weil sie die Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung am direktesten zu spüren bekamen, wird zunächst auf die Ärzte eingegangen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens in Spitälern tätig waren. Mangels quantitativer Informationen, welche zur Illustration der nachfolgend beschriebenen Phänomene herangezogen werden könnten, muss auf die qualitativen Einschätzungen der verschiedenen Interviewpartner abgestellt werden.

5.2.1 Ärzte in Spitalanstellung

Die direkteste Auswirkung der Zulassungsbeschränkung ist die, dass Ärzte, die beabsichtigten, nach dem 3. Juli 2002 eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung neu aufzunehmen, bis am 3. Juli 2005 daran gehindert werden, sofern sie nicht vorher eine kantonale Berufsausübungsbewilligung beantragt hatten oder eine Ausnahmezulassung erreichen konnten bzw. können. Der VSAO bezeichnete deshalb die Zulassungsbeschränkung als Berufsverbot für junge Ärzte (Communiqué vom 11. Juni 2002). Als Reaktion auf die Ankündigung der Zulassungsbeschränkung Anfang Juni 2002 führte der VSAO nicht nur diverse Protestaktionen durch (vgl. VSAO-Journal 6/02), sondern rief seine Mitglieder auch dazu auf, noch vor Inkrafttreten der Massnahme eine BAB zu beantragen. Dies führte zur bereits beschriebenen Gesuchswelle bei den Kantonen (vgl. Abschnitt 3.5.1).

Die Zahl potenziell betroffener Ärzte kann nicht beziffert werden, die Ärzteverbände verfügen über keine Angaben dazu.⁶³ Gemäss diversen Angaben von VSAO-Vertretern konnten jedoch durch die vorsorglich eingereichten BAB-Gesuche die direkten negativen Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf die Berufsperspektiven weitgehend abgewendet werden. Es sind keine konkreten Fälle bekannt, in denen Assistenzärzte in ihrem weiteren Karrierelauf blockiert worden bzw. gar erwerbslos geworden wären. Der VSAO Zürich machte allerdings geltend, dass rund 50 Ärzte ihr Praxisprojekt aus Verunsicherung aufgegeben hätten.

⁶² Medienmitteilungen der FMH vom 18. Juni 2002, 27. Juni 2002 und 4. Juli 2002; Communiqués des VSAO vom 11. Juni 2002, 27. Juni 2002, 2. Juli 2002 und 5. Juli 2002.

⁶³ 1995 bis 2001 vergab die FMH pro Jahr jeweils rund 800 Haupt- bzw. Facharzttitel (FMH-Ärzttestatistik), welche zur selbständigen Praxistätigkeit berechtigten. Im Jahr 2002, nach der Weiterbildungreform (vgl. Abschnitt 2.4) waren es 1609. Gemäss der in Fussnote 60 angestellten Schätzung nehmen jährlich zwischen 720 und 780 Ärzte eine selbständige Praxistätigkeit auf. Durch die drei Jahre geltende Zulassungsbeschränkung dürften bis 2005 dementsprechend zwischen 2100 und 2400 Medizinalpersonen betroffen sein, abzüglich derjenigen, die 2002 durch ein vorsorgliches Gesuch noch eine altrechtliche Zulassung erlangten.

Die verstärkte Verunsicherung innerhalb der Ärzteschaft über die künftigen Rahmenbedingungen der freien Praxis stellt eine der konkretesten Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung dar. Damit hat in den Augen der Ärztevertreter die Massnahme das Frustrationspotenzial innerhalb der Ärzteschaft erhöht sowie die Attraktivität des Arztberufes und die Motivation, diesen zu ergreifen, gesenkt.

Eine weitere direkte Auswirkung besteht darin, dass durch die neue Zulassungsregelung der Gang in die Selbständigkeit administrativ erschwert wurde. Während die kantonale BAB ursprünglich den letzten Schritt des ganzen Verfahrens darstellte, steht sie und der damit verbundene Zulassungsentscheid heute an dessen Beginn. Damit erfolgen wesentliche Schritte für eine Praxiseröffnung, wie z.B. die Aufnahme eines Bankkredits oder der Abschluss eines Vertrags zur Praxisübernahme, unter erschwerten und unsicheren Bedingungen. Diese Umstände können mitunter auch dazu beitragen, die Zunahme von Ärzten in freier Praxis mittelfristig einzudämmen, weil sie eine abschreckende Wirkung entfalten und einzelne Personen von einer Praxiseröffnung abhalten.

Die schwierigeren Rahmenbedingungen der Praxisübernahme benachteiligen insbesondere diejenigen Ärzte bzw. vor allem Ärztinnen, die eine Teilzeittätigkeit bevorzugen. Da der Gang in die Selbständigkeit jedoch nur über den Ersatz eines bisherigen Leistungserbringers möglich ist und je nach Kanton an eine Mindestauslastung der Praxis geknüpft ist (vgl. Abschnitt 3.3.2), hat die Zulassungsbeschränkung die Rahmenbedingungen für diese Personen grundlegend verschlechtert.

Die befragten Ärztevertreter sind sich darin einig, dass die selbständige Praxistätigkeit zunehmend an Attraktivität verliert und sich die Karriereverläufe der künftigen Ärzte allmählich verändern. Hinweise darauf sind in der Tendenz zu sehen, längere Weiterbildungen zu absolvieren⁶⁴ und vermehrt eine Tätigkeit im Anstellungsverhältnis anzustreben. Letzteres ist auch darauf zurückzuführen, dass eine zunehmende Anzahl von Ärzten die Sicherheit einer Spitalanstellung den unsicheren Aussichten in der freien Praxis vorzieht. Dies wiederum hat zur Folge, dass sich Ärzte vermehrt erst in einem höheren Alter selbständig machen und entsprechend das Durchschnittsalter der frei praktizierenden Ärzte erhöht wird.

Es bestehen verschiedene Alternativen zur freien Praxis, die für die Ärzte unterschiedlich attraktiv sind. Neben einer Fortsetzung der Weiterbildung zwecks höherer Spezialisierung bieten sich die Weiterbeschäftigung in einer Anstellungsform, z.B. als Spitalfacharzt oder in einer Privatklinik an. Letzteres kommt jedoch insbesondere für Ärzte, die ihre Weiterbildung bereits abgeschlossen und über eine BAB verfügen, in Frage. Neben weiteren Tätigkeiten, z.B.

⁶⁴ Ein Ärztevertreter attestiert der Zulassungsbeschränkung eine gewisse selektierende Wirkung, indem sie Ärzte mit Facharztausbildungen und klaren Karriereplänen bzw. konkreten Zukunftsabsichten bevorteile, weil sich die Karriereaussichten von spezialisierten Fachkräften günstiger gestalten würden als für Grundversorger, die keine spezifischen Fachkompetenzen vorweisen können und so auf dem Arbeitsmarkt weniger attraktiv erschienen.

in der Pharmabranche oder in der Forschung, besteht auch die Möglichkeit einer Anstellung in einem HMO-Zentrum oder in einer bestehenden Arztpraxis. Praxisanstellungen sind aber selten, weil sie für die Praxisinhaber mit hohen unternehmerischen und wirtschaftlichen Risiken verbunden und dementsprechend unattraktiv sind. Es liegen keine Anzeichen dafür vor, dass die Zulassungsbeschränkung die Häufigkeit derartiger Anstellungsformen beeinflusst hätte.

Gemäss den befragten Akteuren haben die Zulassungsbeschränkung bzw. die Tendenz zur längeren Verweildauer in der Spitaltätigkeit bisher nicht dazu geführt, dass die für Studienabgänger vorgesehenen Weiterbildungsstellen in den Spitälern durch solche Ärzte besetzt werden, die unter normalen Umständen den Gang in die Selbständigkeit angetreten hätten, dies jedoch aufgrund der Zulassungsbeschränkung oder infolge anderer Überlegungen nicht getan haben.

5.2.2 Niedergelassene Ärzte

Ärzte, die bereits vor der Zulassungsbeschränkung in freier Praxis tätig waren, sind von der Massnahme insofern betroffen, als dass sich die Bedingungen für eine Praxisübergabe verschlechtert haben. Die Überlegung, dass die Zulassungsbeschränkung zu einer erhöhten Nachfrage nach frei werdenden Praxen geführt hätte, trifft nicht zu. Der bereits beschriebene Mentalitätswandel in der jüngeren Ärzteschaft, die damit verbundenen verstärkten Attraktivitätsüberlegungen, die sinkende Motivation, die wirtschaftliche Verantwortung für eine Arztpraxis zu übernehmen sowie die aufgrund der Zulassungsbeschränkung höheren administrativen Hürden erschweren es den niedergelassenen Ärzten, ihre Praxis an einen Nachfolger zu übergeben. Insbesondere der fließende Übergang durch allmähliche Reduktion der Arbeitszeit des bisherigen Inhabers ist aufgrund der Bedingung, dass eine Praxisübergabe nur bei dessen Verzicht auf die Tätigkeit zulasten der OKP erfolgen kann (vgl. Abschnitt 3.3.2) kaum mehr möglich. Da bei älteren Ärzten vielfach der Wille, die eigene Tätigkeit einzustellen, grösser sei als der, einen geeigneten Nachfolger zu suchen, komme es durchaus vor, dass Praxen geschlossen und die dadurch allenfalls entstehenden Versorgungslücken in Kauf genommen werden.

Für die übrigen niedergelassenen Ärzte, die keine Praxisübergabe beabsichtigen, hatte die Zulassungsbeschränkung keine konkret feststellbaren Konsequenzen.

5.3 Auswirkungen auf den Spitalbereich

Aufgrund der in Abschnitt 2.7.2 erörterten Umstände stehen für eine Beurteilung der Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf den Spitalbereich kaum quantitative Daten zur Verfügung. Der diesbezügliche Frageblock in der Kantonsbefragung konnte nur unvollständig

dig beantwortet werden, da die meisten Kantone nicht über die erfragten Angaben verfügten. Die Erhebung der für eine systematische Analyse notwendigen statistischen Information müsste bei den Spitälern direkt erfolgen. Dies wäre mit einem erheblichen Aufwand verbunden, der im Rahmen dieser Studie nicht geleistet werden konnte. Zur Einschätzung der Auswirkungen wird deshalb auf die qualitativen Aussagen der diversen Interviewpartner zurückgegriffen.

Mehrere Faktoren führen zu einem steigenden Bedarf an Ärzten in den Schweizer Spitälern. Der wichtigste davon ist die aufgrund der Änderung des Arbeitsgesetzes anstehende Arbeitszeitreduktion für Assistenzärzte auf 50 Stunden pro Woche per 1. Januar 2005 (vgl. Abschnitt 2.4). Als Folge dieser Massnahme wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Restrukturierungsmassnahmen getroffen und zusätzliche Stellen für Assistenzärzte geschaffen. Ein weiterer Grund ist darin zu sehen, dass künftig zumindest ein Teil der heute rund 30% ausländischen Assistenzärzte wieder in ihre Herkunftsländer abwandern wird, weil die dortigen Arbeitsbedingungen verbessert wurden und viele offene Stellen zu besetzen sind. Daneben bieten Spitäler aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen und als Folge der medizinischen und technischen Entwicklung vermehrt ambulante Leistungen an, was ebenfalls zusätzlichen Stellenbedarf schafft. Ein allfälliger durch die Zulassungsbeschränkung entstehender Ärztestau konnte in der Meinung der befragten Akteure durch diese Umstände etwas aufgefangen werden. Die Möglichkeit der Schaffung neuer Stellen wird jedoch in den meisten Kantonen durch den finanziellen Spardruck eingeschränkt.

Die in mehreren Kantonen⁶⁵ bestehende Möglichkeit, Spitalfachärzte anzustellen, wurde bisher in unterschiedlichem Mass genutzt. Gemäss der Kantonsbefragung sind bisher in Luzern 15, in Basel-Landschaft und Basel-Stadt je drei, in Zürich zwei und in Zug ein Spitalfacharzt tätig. Ein Einfluss der Zulassungsbeschränkung auf die Entwicklung dieses Arbeitsmodells wird von sämtlichen Kantonen, die sich zu dieser Frage äusserten, sowie von allen Gesprächspartnern verneint. Denkbar ist, dass die Zulassungsbeschränkung das Interesse der Ärzteschaft an einer derartigen Anstellung geweckt hat. Es liegen hierfür jedoch keine konkreten Hinweise vor.

Als direkte Auswirkung der Zulassungsbeschränkung stellten die Spitäler fest, dass überdurchschnittlich viele Assistenz- und Oberärzte bei den Kantonsbehörden eine Berufsausübungsbewilligung beantragten und in der Regel auch erhielten. Gemäss den verschiedenen Gesprächspartnern war jedoch keine nennenswerte Abwanderung in die Selbständigkeit zu beobachten. Die Fluktuation habe sich in einem normalen Ausmass bewegt. Für das Phäno-

⁶⁵ Gemäss der Kantonsbefragung ist bisher in acht Kantonen (BL, BS, LU, SG, TG, VD, ZG, ZH) die Anstellung von Spitalfachärzten möglich. In fünf Kantonen (AG, BE, FR, GL, GR, NE) sind Rechtsgrundlagen in Vorbereitung oder das Thema zumindest lanciert, während vier Kantone (AI, OW, SZ, UR) angaben, dies sei kein Thema. Sechs Kantone (AR, JU, NW, SH, SO, VS) machten keine Angaben.

men eines Ärztetaus lassen sich ebenso wenig konkrete Hinweise finden. Der erhöhte Ärztebedarf an den Spitälern vermochte offenbar derartige Erscheinungen zu kompensieren. In der Kantonsbefragung gaben lediglich zwei Kantone an, eine Assistenz- bzw. eine Chefarztstelle geschaffen zu haben, um die Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung aufzufangen. Im Kanton Waadt führte der Erlass der Zulassungsbeschränkung indirekt zu einer Arbeitszeitreduktion für Assistenzärzte an den Waadtländer Spitälern. Die Dynamik des als Reaktion auf die Bundesratsverordnung durchgeführten Streiks wurde in Forderungen nach einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Assistenzärzte umgesetzt, welche letztlich zu einem entsprechenden Abkommen zwischen dem Verband der AssistenzärztInnen (ASMAV) und den Kantonsbehörden führte.

Die Zulassungsbeschränkung betrifft vorwiegend den Ausbildungsbereich in den Spitälern, d.h. die Assistenz- und Oberärzte, nicht aber den Dienstleistungsbereich. Insofern waren die Privatspitäler, welche in der Regel wenig Ausbildung betreiben, in weitaus geringerem Ausmass von der Zulassungsbeschränkung betroffen. Unter den rund 450 in Privatkliniken tätigen Assistenzärzten sei zwar eine gewisse Unruhe entstanden, die jedoch zu keinen Problemsituationen führte. Aufgrund des Zusammenfallens der Zulassungsbeschränkung mit der Neuregelung der Arbeitszeiten für Assistenzärzte kam es allerdings in einigen Häusern zu punktuellen Personalengpässen.

Privatspitäler beschäftigen hauptsächlich Belegärzte, d.h. Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung und einer eigenen Praxis. Die bei den niedergelassenen Ärzten festgestellten Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung, d.h. die erschwerten Bedingungen der Praxisübergabe und das aufwändigere Zulassungsverfahren, betreffen somit die Privatspitäler ebenfalls. Für sie haben sich die Rahmenbedingungen von Neuanstellungen bzw. der Personalrekrutierung etwas erschwert.

5.4 Kostenwirkungen der Zulassungsbeschränkung

In diesem Abschnitt wird den Fragen, die sich auf die finanziellen Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern beziehen, nachgegangen. Von Interesse ist dabei vor allem, ob die Massnahme einen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu leisten vermag.

5.4.1 Verlauf der Kostenentwicklung

Da die ambulante Leistungserbringung zu einem wesentlichen Teil über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgegolten wird (vgl. Fussnote 16), bietet es sich an, den Einfluss der Zulassungsbeschränkung auf die Kostenentwicklung anhand der entsprechenden Ausgaben der Krankenversicherung zu analysieren.

In einer ersten Gesamtbetrachtung zeigt Tabelle 31 die Entwicklung der Bruttokosten der ärztlichen Leistungen sowie der Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz zwischen 1999 und 2002. Daraus geht hervor, dass sich das Kostenwachstum seit 1999 grundsätzlich etwas gebremst hat, und dass die Bruttokosten für ärztliche Leistungen weniger stark anwachsen als die Gesamtkosten der Krankenversicherung. Ebenso nahmen die Kosten pro Arzt zwischen 2001 und 2002 weniger stark zu als in den Vorjahren. Die Aussagekraft der Daten ist allerdings durch den kurzen Zeitraum, für den die Informationen vorliegen, und wegen fehlender Angaben für das Jahr 2003 etwas eingeschränkt. Um die Kostenentwicklung und allfällige Veränderungen ab dem Jahr 2002, d.h. nach Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung verlässlicher analysieren zu können, müsste zu einem späteren Zeitpunkt eine entsprechende Untersuchung erfolgen.

Bezüglich der Kostenwirkungen der Zulassungsbeschränkung ist festzuhalten, dass in der Schweiz ab dem 1. Januar 2004 der neue Arzttarif TARMED angewandt wird, welcher nicht nur fundamentale Veränderungen in der Abrechnung ärztlicher Leistungen, sondern auch eine Neugewichtung zwischen ärztlich-intellektuellen und technisch-apparativen Leistungen zur Folge hat (Weissenburger 2001). Trotz der angestrebten Kostenneutralität dürfte sich die Umstellung auf TARMED auch auf die Kostenentwicklung in der ambulanten Leistungserbringung auswirken, wobei noch unklar ist, in welcher Form und in welchem Ausmass dies der Fall sein wird. Aufgrund dieser Veränderungen werden längerfristige Prognosen zum Einfluss der Zulassungsbeschränkung auf die Kostenentwicklung sowie spätere Vorher-Nachher-Vergleiche entsprechend erschwert.

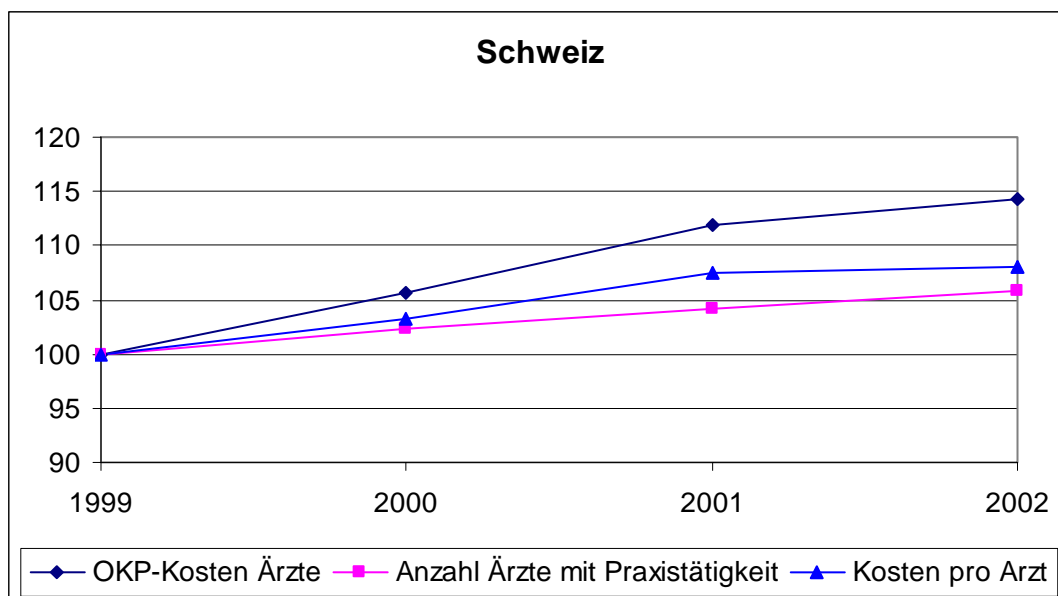
Tabelle 31: Kosten der ärztlichen Leistungserbringung und Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 1999-2002, in Fr.

	1999	2000	2001	2002
Ärzte amb. Behandlung				
Bruttoleistungen	3'655'508'650	3'859'561'318	4'091'494'703	4'177'732'893
Veränderung zum Vorjahr		5,6%	6,0%	2,1%
pro Kopf	504	531	561	569
Veränderung zum Vorjahr		5,4%	5,5%	1,5%
Kosten pro Arzt	268'353	276'969	288'581	289'959
Veränderung zum Vorjahr		3,2%	4,2%	0,5%
Total Krankenversicherung				
Bruttoleistungen	14'595'656'614	15'694'642'236	16'578'538'997	17'281'628'117
Veränderung zum Vorjahr		7,5%	5,6%	4,2%
pro Kopf absolut	2'014	2'161	2'272	2'354
Veränderung zum Vorjahr		7,3%	5,1%	3,6%

Quelle: BSV, eigene Berechnungen

Die Entwicklung der für eine konkrete Wirkungsbetrachtung relevanten Grössen, d.h. der Kosten der ärztlichen Leistungserbringung, der durchschnittlichen Kosten pro Ärzte und der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit, zwischen 1999 und 2002 ist in Abbildung 6 graphisch dargestellt. Zur besseren Vergleichbarkeit sind alle Grössen indexiert (1999 = 100). Die Graphik bestätigt den gesamtschweizerisch flacher werdenden Verlauf der Kostenentwicklung und macht deutlich, dass die Kostengrössen stärker ansteigen als die Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit. Während zwischen 2001 und 2002 die Anzahl Ärzte im Rahmen der bisherigen Entwicklung weiter leicht zunahm, stagnierten die Kosten pro Arzt im selben Zeitraum weitgehend. Das Kostenvolumen der ärztlichen Leistungen hingegen nahm weiter zu, und zwar stärker als die Anzahl Ärzte. Auch dieser Anstieg verlangsamt sich jedoch zwischen 2001 und 2002.

Abbildung 6: Entwicklung der Arztkosten und der Ärztezahl in der Schweiz 1999-2002, indexiert (1999 = 100)



Wie die drei kantonalen Fallstudien zeigen, unterscheiden sich die kantonalen Entwicklungen nicht grundlegend von der gesamtschweizerischen. Der Verlauf der betrachteten Grössen entspricht in Luzern und Waadt weitgehend den aus Abbildung 6 ersichtlichen Tendenzen, wobei der Wachstumsrückgang der Kosten der ärztlichen Leistungen in Waadt relativ schwach ausfällt und die Kosten pro Arzt weiter zunehmen, und nicht stagnieren, wie dies in Luzern und Zürich der Fall ist. In Zürich dagegen ist keine Verlangsamung der Kostenentwicklung festzustellen.

5.4.2 Erklärung der Kostenentwicklung

Die Kosten im Gesundheitswesen resultieren aus dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage und sind abhängig vom Preis, der Menge und der Qualität der erbrachten Leistungen (vgl. Bandi 2002: 341). Entsprechend kann die Kostenentwicklung entweder über die Angebots- oder die Nachfrageseite oder durch die Wirtschaftlichkeit der Leistungen beeinflusst werden. Bei der Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern handelt es sich nun um eine angebotsseitige Massnahme: Durch die Verringerung des Angebots bzw. des Angebotswachstums soll auch die Kostenentwicklung eingedämmt werden (BSV 2002a). Insbesondere mit Blick auf den eindeutigen positiven Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und der Höhe der Gesundheitskosten, der sowohl im interkantonalen (Gilliand et al. 1991: 112; Domenighetti 1998; Gilliand 2001c: 94; Rüefli/Vatter 2002) als auch im internationalen Vergleich (Gerdtham et al. 1994: 106; Schmidt 1999) bereits verschiedentlich statistisch belegt wurde, erscheint diese Wirkungshypothese plausibel. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass eine Angebotsverminderung nur dann zu einer Kostensenkung führt, wenn nicht dadurch die Preise ansteigen (Bandi 2002: 341).⁶⁶ Die Plafonierung der Zahl von Leistungsanbietern kann zudem auch durch eine Mengenausweitung kompensiert werden.

Mangels verlässlicher statistischer Informationen und aufgrund des kurzen Betrachtungszeitraums kann keine systematische Analyse der Ursachen der soeben dargestellten Kostenentwicklung vorgenommen werden. Stattdessen erfolgt eine qualitative Einschätzung der möglichen Kostenwirkungen der Zulassungsbeschränkung anhand der vorliegenden Informationen aus den kantonalen Fallstudien und der Kantonsbefragung.

In der Kantonsbefragung wurde in einem explorativen Sinne die subjektive Einschätzung der Kostenwirkungen der Zulassungsbeschränkung erfragt. Die 17 Kantone, die sich dazu äussernten, waren sich darin einig, dass die einzige finanzielle Auswirkung der Zulassungsbeschränkung in einer Zunahme der Verwaltungskosten besteht, die auf den Zusatzaufwand zur Bewältigung der Zulassungsgesuche zurückgeht. Andere Kostenwirkungen werden keine erwartet. Es wird grundsätzlich nicht davon ausgegangen, dass es zu Kosteneinsparungen kommen könnte.

Die diversen per Interview befragten Akteure hielten zunächst den Zeitpunkt für eine Analyse allfälliger Kostenwirkungen für zu früh. Seitens der Ärzteschaft wurde mehrfach darauf verwiesen, dass die Kostenentwicklung nicht allein von der Zahl der Ärzte abhängig sei. Diese beeinflusst zwar das gesamte ärztliche Arbeitsvolumen, das individuelle Pensum eines Arztes wird jedoch durch die Anzahl Patienten bestimmt. Gesellschaftliche Faktoren wie die Alte-

⁶⁶ Die Tatsache, dass in der Schweiz die Preise der ambulanten Leistungserbringung im Bereich der OKP zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern auf Verbandsebene ausgehandelt und in Tarifverträgen festgehalten werden (vgl. Schneider 2001), lässt diese auf der ökonomischen Theorie der Preisbildung beruhende Überlegung im vorliegenden Kontext wenig plausibel erscheinen.

rung der Bevölkerung, die medizinische und technologische Entwicklung, sowie steigende Qualitäts-, Leistungs- und Machbarkeitsansprüche an die Medizin seien die ausschlaggebenden Faktoren für das Kostenwachstum.

Die Darstellung in Abbildung 6 legt einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit und den Bruttokosten der OKP für ärztliche Leistungen nahe, da die durchschnittlichen Kosten pro Arzt weniger stark ansteigen als die Gesamtkosten und die Anzahl Ärzte und zwischen 2001 und 2002 fast stagnierten. Angesichts der ungewissen künftigen Entwicklung der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit (vgl. Abschnitt 5.1.1) ist somit auch der Einfluss der Zulassungsbeschränkung auf die Kostenentwicklung nur schwer abzuschätzen. Setzt sich der bisherige Trend fort und nehmen bis 2005 weniger Ärzte neu eine Tätigkeit zulasten der OKP auf als in den Vorjahren, kann mittelfristig eine Abschwächung des Kostenwachstums in der ärztlichen Leistungserbringung erwartet werden. Da die Entwicklung der Anzahl Ärzte in freier Praxis jedoch primär vom Verhalten der bereits zugelassenen Personen abhängt, wirkt sich die Zulassungsbeschränkung nur dann bremsend auf die Kostenentwicklung aus, wenn das Reservoir bereits abrechnungsberechtigter, aber noch nicht praktizierender Ärzte kleiner ist als der "normale" Zuwachs von Ärzten mit Praxistätigkeit, der ohne Zulassungsbeschränkung bis 2005 zu verzeichnen gewesen wäre und der bei Fortsetzung der bisherigen Entwicklung ungefähr 700 Ärzte betragen würde.

5.5 Weitere Auswirkungen

5.5.1 Erteilung von Weiterbildungstiteln durch die FMH

Infolge des Inkrafttretens des revidierten Freizügigkeitsgesetzes (FPMG; vgl. Abschnitt 2.4) mussten Ärzte ab dem 1. Juni 2002 für den Erhalt einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung einen Weiterbildungstitel vorweisen. Das Zusammentreffen dieser neuen Regelung mit der Ankündigung der Zulassungsbeschränkung und ihrer Übergangsbestimmung, dass Ärzte, die vor dem 4. Juli 2002 ein BAB-Gesuch stellten, nicht davon betroffen sind, führte zu einer starken Belastung des für die Titelerteilung zuständigen Sekretariats der Abteilung Aus-, Weiter- und Fortbildung (AWF) der FMH. Bis im Juni 2002 wurden monatlich durchschnittlich 65 Weiterbildungstitel erteilt, zwischen Juni und Dezember 2002 im Schnitt 268, d.h. rund viermal mehr. Allein im Juni 2002 erteilte das AWF-Sekretariat 474 Titel, was rund einem Fünftel der Gesamtjahresmenge (2201) entspricht. Die meisten dieser Titel wurden in der Kategorie "Praktischer Arzt" verliehen (473, rund 21%), allein 128 der insgesamt 473 im Monat Juni. Dieser Titel kann bereits nach einer zweijährigen Weiterbildung erworben werden, während für die übrigen Fachtitel eine Weiterbildungsdauer von fünf bzw. sechs Jahren

vorgeschrieben ist.⁶⁷ Es ist somit davon auszugehen, dass die vorgängige Ankündigung der Zulassungsbeschränkung dazu geführt hat, dass eine grössere Anzahl von Ärzten den Titel "Praktischer Arzt" beantragte, um noch vor Erlass der Zulassungsbeschränkung eine kantonale BAB bzw. eine Zulassung bei santésuisse zu erlangen.

Die FMH ist besorgt darüber, dass die Zahl der monatlichen Titelgesuche und der Titelerteilungen nach einem leichten Rückgang zwischen August und Dezember 2002 auf einem weiterhin hohen Niveau von rund 220 pro Monat weitgehend konstant blieb (FMH 2003b: 16f.).

5.5.2 Beschwerdeverfahren auf Kantons- und Bundesebene

Zusätzlich zu den bisher beleuchteten Aspekten hatte der Erlass der Zulassungsbeschränkung auch gewisse Konsequenzen auf juristischer Ebene. Wie in Abschnitt 3.4.8 bereits ausgeführt, erhoben sowohl der VSAO Sektion Zürich als auch der VSAO Sektion Waadt zusammen mit der Waadtländer Ärztesgesellschaft beim Bundesgericht staatsrechtliche Beschwerden gegen die jeweiligen kantonalen Umsetzungserlasse.

Auf kantonaler Ebene legten insgesamt 17 Leistungserbringer in acht Kantonen Rekurs gegen Zulassungsentscheide der Kantonsbehörden ein. Die daraus resultierenden Gerichtsverfahren und –entscheide stellen eine direkte Auswirkung der Zulassungsbeschränkung dar. Zum damit verbundenen Aufwand oder zu weiteren, sich aus diesen Verfahren ergebenden Folgen liegen allerdings keine näheren Informationen vor.

⁶⁷ Verordnung über die Weiterbildung und die Anerkennung der Diplome und Weiterbildungstitel der medizinischen Berufe vom 17. Oktober 2001 (SR 811.113).

6 Synthese und Schlussfolgerungen

Abschliessend sollen nun die Ausgangsfragen summarisch beantwortet und Folgerungen zu den Auswirkungen der bedürfnisabhängigen Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern gezogen werden.

6.1 Beantwortung der Ausgangsfragen

6.1.1 Vollzug von Art. 55a KVG

- Machen die Kantone von ihrem Recht zur Einführung eines Zulassungsstopps Gebrauch
- Wenn ja, wie regeln sie diesen im Detail? Wird der Zulassungsstopp tatsächlich nur für Leistungserbringer verfügt, welche sich neu niederlassen wollen? Wie werden Zulassungen bei einem Wechsel in einen anderen Kanton behandelt? Auf welche Daten, Grundlagen stützen sich die Kantone bei ihren Entscheiden? Wie entwickelt sich die Koordination der Kantone in dieser Frage?

Bis Ende 2003 wenden 25 der 26 Kantone Art. 55a KVG an und haben eine Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer eingeführt. Im Kanton Tessin ist die Zulassungsbeschränkung noch nicht in Kraft, ein Gesetz zur Einführung ist noch in Arbeit. Ausser in Genf, wo das Gesundheitsamt Weisungen erlassen hat, und im Kanton Nidwalden, der die Bundesratsverordnung direkt anwendet, erfolgte die Umsetzung überall in Form einer regierungsrätlichen Verordnung. Nur die Kantone Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Uri und Zug wenden die Zulassungsbeschränkung auf alle ambulanten Leistungserbringer an, die übrigen Kantone beschränken sie auf alle Ärztekategorien.

Die Zulassungsbeschränkung ist in der Regel so ausgestaltet, dass Ärzte, die erst nach dem 3. Juli 2002 die kantonalen Kriterien zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung erfüllt haben oder diese erst danach beantragt haben, nur noch im Ausnahmefall zugelassen werden. Dies gilt auch für bereits niedergelassene Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit in einen anderen Kanton verlegen, sofern sie dort eine neue Berufsausübungsbewilligung beantragen müssen. Ausnahmezulassungen können in der Regel bei Unterversorgung, bei der Übernahme einer bestehenden Praxis und für die privatärztliche Tätigkeit bei Spitalanstellung, in diversen Kantonen auch aus spezifischen weiteren Gründen, z.B. für die Tätigkeit in einer HMO, erfolgen. Dabei findet sich eine breite Vielfalt von konkreten Kriterien und Bedingungen, die unterschiedlich restriktiv ausgestaltet sind.

Die Kantone stützen ihre Zulassungsentscheide auf unterschiedliche Grundlagen ab. Rund die Hälfte der Kantone wenden neben den in der Bundesratsverordnung enthaltenen Höchst-

zahlen und –dichten eigene Kriterien an. Sieben Kantone (AG, BL, BS, GL, GR, SH, ZH) orientieren sich explizit am Status quo des 3. Juli 2002 und verzichten ausser in Ausnahmefällen während der Geltungsdauer der Zulassungsbeschränkung konsequent auf jegliche Neuzulassungen. Die übrigen Kantone prüfen im Einzelfall, ob die jeweiligen Zulassungskriterien erfüllt sind oder nicht, und fällen den entsprechenden Entscheid.

Die Ausarbeitung der kantonalen Umsetzungserlasse erfolgte jeweils koordiniert durch gemeinsame Arbeitsgruppen im Rahmen der SDK-Regionalkonferenzen. Dementsprechend fallen die grundsätzliche Ausgestaltung der kantonalen Verordnungen und die Zulassungskriterien innerhalb der SDK-Regionen weitgehend homogen aus. Im Vollzug pflegen einzig die Westschweizer Kantone einen Informationsaustausch, die übrigen Kantone handeln weitgehend autonom.

6.1.2 Wirkungen von Art. 55a KVG

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Welches sind die Auswirkungen der Massnahme auf die quantitative und qualitative medizinische Versorgung in den Regionen?- Hat die konkrete Umsetzung von Artikel 55a KVG zu einem Abbau im Angebot der Leistungserbringer oder zu einem Stillstand geführt? |
|---|

Die bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer hat bis Ende 2002 – für 2003 sind noch keine Zahlen verfügbar – weder zu einem Abbau noch zu einem Stillstand im ambulanten Versorgungsangebot geführt. Die Zahl der Leistungserbringer nimmt nach wie vor zu, wobei die Zuwachsrate von Ärzten mit Praxistätigkeit seit Mitte der 1990er Jahre rückläufig ist. Die künftige Entwicklung hängt davon ab, wie viele Medizinalpersonen Anspruch auf eine altrechtliche Zulassung haben, da sie vor Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung ein entsprechendes Gesuch stellten, und in Zukunft eine Praxistätigkeit aufnehmen. Diese Zahl konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht verlässlich eruiert werden.

Seit einiger Zeit ist die Entwicklung des ambulanten Versorgungsangebots in der Schweiz von einer wachsenden Spezialisierung und zunehmender Konzentration in städtischen Regionen geprägt, währenddem die Grundversorgung und ländliche Gebiete für die Ärzte zunehmend unattraktiv erscheinen. Auch diese Entwicklung wird durch die Zulassungsbeschränkung eher verstärkt als kompensiert, da sie eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen von Praxisübergaben zur Folge hatte. Davon sind zum einen insbesondere Grundversorger und Landpraxen betroffen, die sich zunehmend mit Nachwuchsproblemen konfrontiert sehen, welche durch die Zulassungsbeschränkung weiter verstärkt wurden. Aus diesem Grund kann es in Einzelfällen vorkommen, dass Ärzte im Pensionsalter darauf verzichten, ihre Praxis ei-

nem Nachfolger zu übergeben, und die Praxis schliessen. Da Neueröffnungen allerdings bei nachweislicher Unterversorgung in der Regel auch unter der Zulassungsbeschränkung möglich sind, können die Kantone einen späteren Ersatz durchaus bewilligen, um die Versorgung aufrecht zu erhalten.

Obwohl die Kantone mit der Zulassungsbeschränkung ein Instrument zur Steuerung der fachlichen und regionalen Zusammensetzung des ambulanten Versorgungsangebots erhalten haben, können sie dieses nur beschränkt anwenden, da beim Niederlassungsentscheid der Ärzte nach wie vor und zunehmend wirtschaftliche Erwägungen und Attraktivitätsüberlegungen ausschlaggebend sind, und nicht die Verfügbarkeit einer frei werdenden Praxis. Dadurch können die bisherigen Tendenzen der Spezialisierung und der Urbanisierung durch die Kantone kaum beeinflusst werden.

Eine weitere stattfindende Entwicklung stellen die Feminisierung der Ärzteschaft und die damit verbundene erhöhte Nachfrage nach Teilzeitbeschäftigung dar. Indem die Zulassungsbeschränkung in der Regel nur den Ersatz bisheriger Leistungserbringer ermöglicht, wird der Berufseinstieg in Form einer teilzeitlichen Beschäftigung behindert, da eine schrittweise Praxisübergabe nicht möglich ist und je nach Kanton eine gewisse Mindestauslastung der zu übernehmenden Praxis erforderlich ist. Als Alternative besteht die Möglichkeit einer Praxisanstellung, welche allerdings für die Praxisinhaber mit gewissen unternehmerischen Risiken verbunden ist und deshalb wenig attraktiv erscheint.

Aus all diesen Gründen ist davon auszugehen, dass die Zulassungsbeschränkung kurzfristig bisher keine nachweislichen direkten Effekte auf das ambulante Versorgungsangebot gezeitigt hat. Mittel- bis langfristig ist ein indirekter stabilisierender Einfluss auf das ambulante Versorgungsangebot denkbar, indem die Anzahl Ärzte zwar weiterhin zunimmt, der Zuwachs aufgrund der sinkenden Attraktivität der freien Praxis jedoch geringer ausfällt als bisher. Zudem ist davon auszugehen, dass das gesamte Arbeitsvolumen der Ärzteschaft infolge verstärkter Teilzeittätigkeit künftig abnimmt. Diese Entwicklung steht jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit der Zulassungsbeschränkung.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Welches sind die Auswirkungen des Ärztstopps auf den Ärzteberuf sowie auf die längerfristigen Perspektiven für die Ärztedichte? |
|---|

Eine direkte Auswirkung der Zulassungsbeschränkung ist die weitgehende Unterbindung von Niederlassungen in freier Praxis ab dem 3. Juli 2002. Wie viele Ärztinnen und Ärzte konkret davon betroffen sind, kann nicht näher beziffert werden. Als direkte Folge dieser Massnahme sind eine erhöhte Verunsicherung und ein steigendes Frustrationspotenzial innerhalb der Ärzteschaft in Weiterbildung festzustellen. Die Zulassungsbeschränkung dürfte diverse Personen zu einer Neuausrichtung ihrer beruflichen Karriere veranlasst haben. Diese besteht

vorwiegend darin, den Gang in die Selbständigkeit zu verschieben und die Weiterbildung fortzusetzen, um durch eine Erhöhung der persönlichen Qualifikation die künftigen Marktchancen – sowohl im Spitalbereich als auch in der freien Praxis – zu verbessern. Dies führt nicht nur zu einem höheren Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte, sondern fördert auch die zunehmende Spezialisierung und fachliche Differenzierung der medizinischen Versorgung.

In den Augen der Ärzteschaft nimmt die Attraktivität des Arztberufs laufend ab, insbesondere aufgrund der gesundheitspolitischen Entwicklung der letzten Jahre. Die zunehmende Regulierung der Rahmenbedingungen der Berufsausübung in der freien Praxis wird als einschränkend empfunden, und die vorgesehenen KVG-Reformen sowie die Einführung von TARMED haben zu einer verbreiteten Unsicherheit geführt. Die Zulassungsbeschränkung stellt diesbezüglich ein weiteres Element dar, welches das bereits bestehende Frustrationspotenzial zusätzlich erhöht.

Aufgrund der verbreiteten Verunsicherung wenden sich Ärztinnen und Ärzte vermehrt der Tätigkeit im stationären Bereich zu, da die Anstellung im Gegensatz zur Selbständigkeit höhere Erwartungssicherheit bietet und verbesserte Arbeitsbedingungen im Spital absehbar sind. Es werden konsequenterweise eine längere Verweildauer und eine sinkende Fluktuation von Ärzten in Spitalanstellungen festgestellt. Die Zulassungsbeschränkung hat diese Tendenz nicht ausgelöst, wohl aber weiter verstärkt.

Setzt sich diese Institutionalisierung der Medizin weiter fort, ist mittel- bis längerfristig eine Verlagerung der ärztlichen Tätigkeit vom ambulanten auf den stationären Bereich zu erwarten, in dem Sinne, dass sich das Leistungsvolumen in der freien Praxis stabilisiert, jenes im Spitalbereich hingegen zunimmt. Findet eine derartige Akzentverschiebung statt, dürfte sich das aktuell geltend gemachte Ungleichgewicht zwischen ambulanter Überversorgung und dem Bedarf an zusätzlichen Ärzten in den Spitälern allmählich korrigieren. Die Ärztedichte würde dadurch nicht sinken, aber weniger stark zunehmen.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Wie ist die Wirtschaftlichkeit der Massnahme zu beurteilen? Leistet sie einen Beitrag zur Dämpfung der Gesundheitskosten? Dämmt die neue Regelung die Kostenentwicklung präventiv ein? |
|--|

Eine Einschätzung der Wirtschaftlichkeit im Sinne der Effizienz, d.h. des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Zulassungsbeschränkung (Knoepfel et al. 1997: 114f.),⁶⁸ erscheint aufgrund

⁶⁸ Als effizient gelten Massnahmen, die wirksam sind und die für den Vollzug erforderlichen Ressourcen optimal einsetzen (Knoepfel et al. 1997: 115). Dementsprechend lautet die grundsätzliche Frage bei der Effizienzbeurteilung, ob die festgestellten Wirkungen auch mit einem geringeren Ressour-

des kurzen Zeitraums, in dem die Wirkungen der Massnahme bisher beobachtet werden konnten, und mangels geeigneter Beurteilungskriterien als problematisch. Auf der Kostenseite ist hauptsächlich der Aufwand der Kantone zur Umsetzung der Zulassungsbeschränkung zu verzeichnen, während der Nutzen im Sinne der Wirksamkeit bisher nur ansatzweise und prospektiv beurteilt werden kann.

Hinsichtlich der Kostenentwicklung ist davon auszugehen, dass die festgestellte Verlangsamung des Wachstums der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Bereich der ärztlichen Leistungen zwar mit einer schwächeren Zunahme der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit in Zusammenhang steht, diese jedoch eher die Fortsetzung der bisherigen Entwicklung darstellt, und nicht eine Folge der Zulassungsbeschränkung. In einer kurzfristigen Betrachtung ist deshalb der Massnahme eine neutrale Kostenwirkung zu attestieren.

Eine Dämpfung des Kostenwachstums im ambulanten Bereich erscheint dann möglich, wenn während der Geltungsdauer der Zulassungsbeschränkung weniger Ärzte eine Praxistätigkeit aufnehmen, als dies ohne diese Massnahme der Fall gewesen wäre. Angesichts der vielen vorsorglichen Zulassungen im Jahr 2002 (s.u.) und der unbekanntem Zahl noch hängiger altrechtlicher Gesuche ist die Unsicherheit zu gross, um eine prospektive Einschätzung vorzunehmen.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Welche Auswirkungen hatte die Ankündigung der bevorstehenden Umsetzung des Zulassungsstopps im Sommer 2002? Wie viele Gesuche wurden bei den Kantonen (Berufsausübungsbewilligung) und bei santésuisse (Zahlstellenregister-Nummer) gestellt? |
|---|

Sowohl die Kantone als auch santésuisse erfassen in der Regel nur die bearbeiteten Dossiers, nicht aber die eingehenden. Die folgenden Aussagen zu den Gesuchszahlen beruhen deshalb auf Schätzungen.

Die Ankündigung der Zulassungsbeschränkung hat dazu geführt, dass im Jahr 2002 ungefähr dreieinhalbmal so viele BAB-Gesuche bei den Kantonen eingingen, als im Durchschnitt der Vorjahre. Drei Viertel der schätzungsweise rund 2100 bis 2400 Gesuche stammen allein aus dem Monat Juni. Die Bearbeitung der Anträge hatte bei den Kantonen intensiven Mehraufwand zur Folge und stellte eine zusätzliche Belastung der zuständigen Behörden dar. Gemäss den vorliegenden Informationen wurden mindestens 62% der Gesuche bewilligt, wobei nicht bekannt ist, wie viele Dossiers noch pendent sind.

Gemäss Angaben von santésuisse gingen im Jahr 2002 schätzungsweise 2615 Anträge von Ärztinnen und Ärzten für eine ZSR-Nummer ein. In dieser Zahl sind auch Personen enthalten,

ceneinsatz hätten erzielt werden können, bzw. ob mit den eingesetzten Ressourcen auch ein höherer Wirksamkeitsgrad hätte erreicht werden können.

die bereits vor 2002 eine kantonale BAB erhalten hatten und erst später eine Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung aufnehmen wollten. Gemessen an den in den Vorjahren erteilten ZSR-Nummern stellt die Zahl von insgesamt 1183 Neuzulassungen im Jahr 2002 ebenfalls das rund dreieinhalbfache Volumen dar. Im Jahr 2003 wurden bis im November 646 ZSR-Nummern erteilt, was einen Rückgang auf das Ausgangsniveau darstellt.

Diese Zahlen führen zum Schluss, dass aufgrund der vorgängig erfolgten Ankündigung der Zulassungsbeschränkung gegenüber den Vorjahren ungefähr 350 zusätzliche ärztliche Leistungserbringer eine Zulassung von santésuisse erhielten, während zumindest für 2003 eine Fortsetzung der bisherigen Entwicklung zu erwarten ist.

- Welche sind die Wirkungen auf die Spitäler? Werden vermehrt SpitalfachärztInnen eingestellt? Werden die Wirkungen der Massnahme dadurch abgedeckt? Sind generell Massnahmen seitens der Spitäler/Kantone zu verzeichnen, die eine Attraktivitätssteigerung des stationären Bereichs zum Ziel haben? Wenn ja, was hat Art. 55a dazu beigetragen?

Auf die Spitäler hatte die Zulassungsbeschränkung bisher keine konkret feststellbaren Auswirkungen. Aufgrund des aus verschiedenen anderen Gründen erhöhten Stellenbedarfs konnte ein Ärztestau von vornherein vermieden werden. Es wurden höchstens in Einzelfällen neue Stellen geschaffen, um die Folgen der Zulassungsbeschränkung zu kompensieren. Obwohl überdurchschnittlich viele Assistenz- und Oberärzte eine kantonale Berufsausübungsbewilligung beantragten, stellten die Spitäler keine ausserordentliche Fluktuation bzw. keine Abwanderung in die freie Praxis fest. In Privatspitälern kam es aufgrund der erschwerten Umstände in Einzelfällen zu Problemen bei der Personalrekrutierung.

In den Kantonen sind verschiedene Bestrebungen zu verzeichnen, die auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Spitälern abzielen. Die meisten davon stehen in Zusammenhang mit der anstehenden Arbeitszeitreduktion für Assistenzärzte, welche per 1. Januar 2005 umzusetzen ist. In einigen Kantonen wurden in den letzten Jahren zwischen dem VSAO und den Kantonsbehörden Abkommen über die Arbeitsbedingungen geschlossen und wird die Arbeitszeit schrittweise reduziert.

Eine weitere Massnahme zur Erhöhung der Attraktivität der ärztlichen Spitaltätigkeit ist die Schaffung von Stellen für Spitalfachärzte. Dieses Modell ist in der Schweiz bisher nur wenig verbreitet, gemäss den vorliegenden Informationen sind in fünf Kantonen aktuell rund 25 Ärzte in einer solchen Stellung tätig. Die Zulassungsbeschränkung hat nicht zur vermehrten Schaffung von Spitalfacharztstellen geführt, sondern allenfalls lediglich das Interesse einzelner Personen an dieser Anstellungsform geweckt.

Grundsätzlich ist nicht davon auszugehen, dass Art. 55a KVG in direkter Weise zur Attraktivitätssteigerung des stationären Bereichs beigetragen hat. Die Zulassungsbeschränkung hat keinen Einfluss auf die diversen bereits ergriffenen und laufenden Massnahmen ausgeübt. Indem sie jedoch innerhalb der Ärzteschaft Verunsicherung ausgelöst und die Motivation zum Gang in die Selbständigkeit gedämpft hat, stellt die Zulassungsbeschränkung einen zusätzlichen Faktor dar, der die Karrieren- und Lebensplanung von Ärzten beeinflusst und dazu beitragen kann, dass sich Ärzte vermehrt wieder einer Anstellung im Spital zuwenden.

- Gibt es Anzeichen, dass durch die Schaffung von Spitalarztstellen der Wettbewerb zugunsten der öffentlichen Spitäler beeinflusst wird?

Der infolge der Arbeitszeitreduktion für Assistenzärzte erhöhte Stellenbedarf an Spitälern betrifft hauptsächlich den Ausbildungsbereich und damit vor allem die öffentlichen Spitäler, da private Institutionen in weitaus geringerem Ausmass Ausbildung betreiben. Die Möglichkeit, in öffentlichen Spitälern neue Stellen zu schaffen, ist jedoch vielerorts durch finanzielle Restriktionen und Sparbemühungen seitens der Kantone eingeschränkt. Private Spitäler, die vor allem Belegärzte beschäftigen und in geringerem Ausmass aus öffentlichen Geldern finanziert werden, sind davon weniger oder gar nicht betroffen und sind in ihren Rekrutierungsmöglichkeiten grundsätzlich nicht eingeschränkt. Aufgrund attraktiverer Arbeitsbedingungen wie z.B. klar geregelten Arbeitszeiten oder der Möglichkeit ambulanter Tätigkeit stellen Privatspitäler für bereits etablierte Ärzte, aber auch für Ärzte, die durch die Zulassungsbeschränkung an der Niederlassung gehindert wurden, eine interessante Alternative zur Anstellung in öffentlichen Spitälern dar.

Aufgrund der Zulassungsbeschränkung sind jedoch die Rekrutierungsbedingungen für Privatspitäler etwas erschwert worden, während sie für die öffentlichen Spitäler unverändert blieben. In dieser Hinsicht hat eine gewisse Akzentverschiebung stattgefunden. Es liegen hingegen keine Anzeichen dafür vor, dass sich diese auf den Wettbewerb zwischen den Spitälern auswirken würde.

- Treten allenfalls andere Wirkungen ein und welche sind es?

Das Zusammenfallen der Vorankündigung der Zulassungsbeschränkung mit dem Inkrafttreten der Neuregelung in der Anerkennung der ärztlichen Weiterbildungen führte dazu, dass eine überdurchschnittlich hohe Zahl von Ärzten bei der FMH die Anerkennung eines Facharzttitels beantragte. Dies hatte eine starke Belastung des AWF-Sekretariats der FMH zur Folge, welches im Juni 2002 insgesamt 474 Fachtitel erteilte, rund achtmal mehr als in den vorangehenden Monaten. Nach einer Beruhigung des Geschehens blieb die Zahl der erteilten

Titel bis Ende Jahr auf einem deutlich höheren Niveau von durchschnittlich 220 pro Monat konstant.

Als weitere Wirkungen der Zulassungsbeschränkung sind auch die diversen Gerichtsverfahren zu nennen, welche durch zwei staatsrechtliche Beschwerden gegen die kantonalen Umsetzungsverordnungen und 17 Beschwerden mehrerer Leistungserbringer gegen einzelne kantonale Zulassungsentscheide ausgelöst wurden.

6.2 Schlussfolgerungen

Abschliessend können aus den vorliegenden Befunden zu den Auswirkungen der bedürfnisabhängigen Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- *Fehlende Indikatoren zur Erfassung der ambulanten Versorgungssituation:* Trotz verschiedener Bemühungen konnten in der Schweiz bisher kaum aussagekräftige Indikatoren gefunden werden, welche das Leistungsangebot im ambulanten Bereich verlässlich abbilden können. Dieser Umstand erschwert eine objektive Beurteilung der Versorgungssituation sowie die Abschätzung und Planung des ambulanten Versorgungsbedarfs. Aufgrund fehlender Bedarfskriterien erfolgte die Umsetzung der bedürfnisabhängigen Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern, indem die meisten Kantone ihre Versorgungslage als ausreichend bezeichneten, den Status quo, d.h. die zum Zeitpunkt des Erlasses vorhandene Anzahl Leistungserbringer, als Ausgangspunkt definierten und ein Moratorium von Neuzulassungen bis 2005 erliessen. Dieser rein numerische Indikator weist allerdings die zentrale Schwäche auf, dass er das variable Arbeitsvolumen der einzelnen Leistungserbringer nicht berücksichtigt, da dieses nur schwer eruierbar und deshalb nicht bekannt ist. Das aggregierte Arbeitsvolumen stellt jedoch einen zentralen Bestimmungsfaktor der Versorgungssituation dar. Die Anzahl Leistungserbringer ist somit kein ideales Kriterium zur Steuerung der ambulanten Versorgung, jedoch unter den gegebenen Umständen das einzige verfügbare.
- *Nur wenig differenzierte Umsetzung der Zulassungsbeschränkung:* Die Zulassungsbeschränkung gilt in den Zentralschweizer Kantonen für alle ambulanten Leistungserbringer, in den übrigen Kantonen pauschal für die ganze Ärzteschaft. Kein Kanton wendet die Massnahme nur auf einzelne ärztliche Fachkategorien an. Die Möglichkeit der differenzierten Umsetzung der Bundesratsverordnung wurde damit nur insofern genutzt, dass in den meisten Kantonen die delegierten Leistungserbringer von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen wurden. Die pauschale Behandlung aller ärztlichen Fachkategorien erklärt sich mit dem Umstand, dass den Kantonen die Grundlagen für eine differenzierte Beurteilung der Versorgungssituation und darauf basierende Bedarfsabklärungen fehlen.

Für sie ist es einfacher, die Ärzteschaft als Ganzes der Zulassungsbeschränkung zu unterstellen und im Einzelfall über Ausnahmezulassungen wegen Unterversorgung zu entscheiden, als auf Verordnungsstufe nach Fachbereichen differenzierte Zulassungsregimes auszuarbeiten.

- *Kantonal differenzierte Handhabung von Ausnahmezulassungen:* Auf der Ebene der Ausgestaltung der Zulassungsbeschränkung findet sich in den kantonalen Umsetzungserlassen eine breite Vielfalt von Detailregelungen. Insbesondere die Gründe für Ausnahmezulassungen und der Detaillierungsgrad der Nebenbedingungen, z.B. bei Praxisübernahmen oder bei der privatärztlichen Tätigkeit von Ärzten im Anstellungsverhältnis im Spital, variieren mitunter stark. Innerhalb der SDK-Regionalkonferenzen ist eine gewisse Homogenität festzustellen, was sich mit der koordinierten Ausarbeitung der kantonalen Verordnungen erklärt. Gleichzeitig passten jedoch diverse Kantone die Zulassungsregelungen den spezifischen Bedürfnissen einzelner Institutionen (Spitäler, HMOs) oder lokalen Eigenheiten an. In dieser Hinsicht machten die Kantone vom bestehenden Spielraum weitgehend Gebrauch.
- *Fehlende Möglichkeit der Versorgungssteuerung durch kantonale Zulassungsregelungen:* Das Instrument der Ausnahmezulassung ermöglicht es den Kantonen, die Versorgungslage hinsichtlich der regionalen Konzentration und der fachlichen Spezialisierung der ärztlichen Leistungserbringer zu beeinflussen. Dieses neue Steuerungsinstrument konnte bisher jedoch keine Wirkung entfalten, da zum einen aufgrund der vielen noch altrechtlich erfolgten vorsorglichen Zulassungen nur wenige Ausnahmezulassungen wegen Unterversorgung beantragt wurden, und zum anderen die Zulassungsbeschränkung zu wenig starke Anreize enthält, um Ärzte zur Eröffnung oder Übernahme einer Praxis in einer als unattraktiv empfundenen Region zu bewegen. Bei den Niederlassungsentscheidungen der Ärzte stehen hauptsächlich und zunehmend Attraktivitäts- und Rentabilitätsüberlegungen im Vordergrund, und nicht die Verfügbarkeit einer Praxis oder der Versorgungsbedarf in einer bestimmten Region.
- *Noch keine direkten Wirkungen der Zulassungsbeschränkung beobachtbar:* Weil zwischen der Gesuchstellung um Berufsausübung bzw. Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Aufnahme einer Praxistätigkeit mehrere Monate bzw. Jahre vergehen können, und weil für das Jahr 2003 noch keine statistischen Angaben verfügbar sind, sind in einer kurzfristigen Betrachtung noch keine Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf das ambulante Versorgungsangebot festzustellen. Die von der Massnahme ausgelösten Verhaltensänderungen haben sich zum Teil noch nicht eingestellt oder schlagen sich noch nicht in den statistischen Daten nieder. Im Jahr 2002 ist eine Fortsetzung und teilweise Verstärkung bereits bestehender Tendenzen

(rückläufige Zuwachsrate der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit, Konzentration der Ärzte in urbanen Gebieten, höhere Spezialisierung, Institutionalisierung der Medizin) zu beobachten. Diese stehen jedoch kaum in Zusammenhang mit der Zulassungsbeschränkung, sondern gehen primär auf kontextuelle Faktoren (Mentalitätswandel der Ärzteschaft, unsichere Rahmenbedingungen der freien Praxis, verbesserte Arbeitsbedingungen im stationären Bereich) zurück.

- *Künftige Entwicklung vom Verhalten der altrechtlich zugelassenen Ärzten abhängig:* Da infolge der vorgängigen Ankündigung der Zulassungsbeschränkung eine grosse Zahl von Medizinalpersonen noch vor deren Erlass eine kantonale Berufsausübungsbewilligung beantragte und damit Anrecht auf die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhielt, ist es möglich, dass die potenziellen Wirkungen, d.h. insbesondere die Plafonierung bzw. Reduktion der Anzahl ambulanter Leistungserbringer, bereits im Voraus neutralisiert wurden. Die Zahl der noch altrechtlich zugelassenen Ärzte ist aufgrund der unterschiedlichen Zeitpunkte von BAB-Gesuch, Zulassung durch *santésuisse* und Praxiseröffnung und infolge der auch Ende 2003 noch bestehenden Pendenzen bei den Zulassungsgesuchen nicht verlässlich eruierbar. Die weitere Entwicklung des ambulanten Versorgungsangebots hängt davon ab, wie viele ärztliche Leistungserbringer noch eine altrechtliche Zulassung erlangten, und wie viele davon sich in freier Praxis niederlassen werden. Ohne Zulassungsbeschränkung wäre bis 2005 ein Nettozuwachs von rund 700 Ärzten mit Praxistätigkeit zu erwarten gewesen. Mangels der dafür notwendigen Angaben kann zur Zeit nicht abgeschätzt werden, ob sich während der Geltungsdauer der Zulassungsbeschränkung mehr Ärzte selbständig machen werden, als dies bei einer Fortsetzung der bisherigen Entwicklung vermutlich der Fall gewesen wäre.
- *Starke psychologische Wirkung auf Ärzteschaft:* Eine direkte Auswirkung der Zulassungsbeschränkung ist auf der psychologischen Ebene festzustellen. Die Massnahme stiess innerhalb der Ärzteschaft auf heftige Kritik und löste hauptsächlich unter den in Spitälern tätigen Ärzten Verunsicherung und Frustration aus. Aus ihrer Sicht trägt die Zulassungsbeschränkung zur weiteren Verschlechterung der zunehmend als unattraktiv empfundenen Rahmenbedingungen der freien Berufsausübung bei. Die sinkende Attraktivität des Arztberufs dämpft die Motivation, diesen auszuüben bzw. zu ergreifen und hat viele Ärzte veranlasst, ihre Lebens- und Karriereplanung zu überdenken und sich neu zu orientieren. Die Zulassungsbeschränkung ist nicht die Ursache dieser Entwicklung, hat sie jedoch sicherlich mit beeinflusst. Neben verschiedenen weiteren Alternativen zur freien Praxis kann die Neuorientierung darin bestehen, dass Ärzte ihre Weiterbildung vertiefen und sich zusätzlich qualifizieren, um ihre Marktchancen zu verbessern, was wiederum die Spezialisierung der Ärzteschaft weiter verstärkt. Die Verbesserung der Arbeitsbedin-

gungen im Spital und die im Vergleich zur freien Praxis höhere Erwartungssicherheit lassen die Tätigkeit im Anstellungsverhältnis zunehmend attraktiver erscheinen, was mittel- bis längerfristig eine Verschiebung von der ambulanten zu stationären Leistungserbringung begünstigen kann. Das verstärkte Bedürfnis nach Teilzeitarbeit und die steigende Bedeutung der Lebensqualität können auch dazu führen, dass frei praktizierende Ärzte ihre Arbeitszeit reduzieren und dadurch das Leistungsvolumen im ambulanten Bereich insgesamt abnimmt.

- *Kein Einfluss der Zulassungsbeschränkung auf Entwicklungen im Spitalwesen:* In der stationären Leistungserbringung sind verschiedene Reformbemühungen zu beobachten, wie die Reduktion der Arbeitszeit für Assistenzärzte oder die Propagierung des Modells der Spitalfachärzte. Ein direkter Einfluss der Zulassungsbeschränkung auf diese Entwicklungen, z.B. in Form einer beschleunigenden Katalysatorwirkung, konnte nicht festgestellt werden. Es wurden weder neue Stellen geschaffen noch vermehrt Spitalfachärzte eingestellt oder die ambulante Leistungserbringung in den Spitälern ausgebaut, um allfällige Folgen der Zulassungsbeschränkung zu kompensieren. Ebenso waren weder Anzeichen für eine Abwanderung von Spitalärzten in die freie Praxis noch für einen Ärztestau in den Spitälern festzustellen.
- *Kostendämpfung durch Zulassungsbeschränkung möglich, aber unwahrscheinlich:* Die analysierten Daten legen einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl Ärzte mit Praxistätigkeit und der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nahe. Neben der Ärztezahl sind jedoch auch andere, insbesondere auch nachfrage-seitige Faktoren bestimmend für das Volumen der ärztlichen Leistungserbringung und die daraus entstehenden Kosten. Dass die Zulassungsbeschränkung zu einer Dämpfung des Kostenwachstums führt, erscheint unter den Voraussetzungen, dass sowohl die Anzahl frei praktizierender Ärzte als auch deren Leistungsvolumen abnimmt, möglich. Angesichts der ungewissen künftigen Entwicklung der ambulanten Versorgungssituation und der fehlenden Anzeichen für eine Veränderung des Nachfrageverhaltens ist jedoch nicht davon auszugehen, dass diese Voraussetzungen in absehbarer Zeit eintreten.
- *Wirkungsanalyse 2005 sinnvoll:* Die vorliegende Untersuchung vermag die Wirkungsmechanismen und grundlegenden Zusammenhänge zwischen der politischen Massnahme der Zulassungsbeschränkung und Veränderungen in der ambulanten Versorgung, in der Ärzteschaft, im stationären Bereich und in der Kostenentwicklung aufzuzeigen, konnte jedoch bisher keine konkreten Wirkungen feststellen, da zwischen dem Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung und den dadurch hervorgerufenen Verhaltensänderungen eine zu geringe zeitliche Distanz besteht, um deren Ergebnisse zu beobachten. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, zur vertieften Analyse der eingetretenen Wirkungen zu ei-

nem späteren Zeitpunkt eine erneute Studie durchzuführen, wenn sich die Verhaltensänderungen konsolidiert haben und die statistischen Daten zur Verfügung stehen, um die sich daraus ergebenden Entwicklungen darstellen und analysieren zu können. Angesichts des Umstandes, dass die Zulassungsbeschränkung bis am 3. Juli 2005 in Kraft bleibt und vorgesehen ist, diese Massnahme durch eine andere Lösung zu ersetzen, sollten die Ergebnisse einer zusätzlichen Wirkungsanalyse rechtzeitig, d.h. spätestens in der ersten Hälfte 2005, zur Verfügung stehen.

Literatur

- Albrecht, Eric Des conditions salariales légitimes. In: *Courrier du Médecin Vaudois* 5/2001; 8-9.
- Année Politique Suisse (diverse Jahrgänge). Schweizerische Politik im Jahre.... Bern: Institut für Politikwissenschaft.
- Ayer, Ariane (2000). La clause du besoin pour les médecins et les cabinets médicaux. Neuchâtel: Institut de droit de la santé.
- Bandi, Till (2002). Entscheidungsgrundlagen für die Krankenversicherung und das Gesundheitswesen. In: *Soziale Sicherheit* 6/2002; 340-346.
- Battaglia, Marcus (1999). Ärzte und stationärer Bereich. In: Egli, Michael (Hrsg.). *Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz*. Beromünster: Trend Care; Kapitel 2.7.
- Bolgiani, Iva (2002). L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier: risques et opportunités. Bern: SGGP.
- Braun, Dietmar (2003). Dezentraler und unitarischer Föderalismus. Die Schweiz und Deutschland im Vergleich. In: *Schweizerische Zeitschrift für Politikwissenschaft* 9(1); 57-89.
- Bundesamt für Sozialversicherung (1992). *Statistik über die Krankenversicherung 1990*. Bern: BSV.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2001a). Bericht der Arbeitsgruppe "Runder Tisch/Bedürfnisklausel" zum Thema Zulassungsbeschränkungen zur Tätigkeit für die Krankenversicherung nach Art. 55a KVG (unveröffentlicht).
- Bundesamt für Sozialversicherung (2001b). Zusatzbericht zum Bericht der Arbeitsgruppe "Runder Tisch/Bedürfnisklausel" zum Thema Zulassungsbeschränkungen zur Tätigkeit für die Krankenversicherung nach Art. 55a KVG (unveröffentlicht).
- Bundesamt für Sozialversicherung (2002a). Umsetzung von Art. 55a KVG. Kommentar zur Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2002b). *Statistik über die Krankenversicherung 2001. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger*. Bern: BSV.
- Bundesamt für Statistik (2003). *Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001*. Neuchâtel: BFS.
- Domenighetti, Gianfranco (1998). Médecine ambulatoire: Principal facteur de coût et d'inflation à la charge directe des assurés. *Cahiers de recherches économiques* No. 9801. Lausanne: Département d'économétrie et d'économie politique.

- Dominighetti, Gianfranco und Crivelli, Luca (2001). Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter. Lugano/Lausanne: Istituto microeconomia ed economia pubblica (MecoP)/Institut d'économie et management de la santé (IEMS).
- Eggli, Yves (2003). Ressources humaines dévolues aux soins de santé en Suisse. Contribution Suisse au projet de l'OCDE. Bern: BSV.
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) (2002). Soziale Krankenversicherung – Analyse. Papier zur Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002.
- European Observatory on Health Care Systems (2000). Health Care Systems in Transition: Switzerland. Kopenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- FMH (2003a). FMH-Ärztstatistik 2002. In: Schweizerische Ärztezeitung 2003;84 (17); 802-824.
- FMH (2003b). Geschäftsbericht 2002. Bern: FMH.
- Gerdtham, Ulf-G.; Jönsson, Bengt; MacFarlan, Maitland und Oxley, Howard (1994). Factors Affecting Health Spending: A Cross-Country Econometric Analysis. Paris: OECD.
- Gilliand, Pierre et al. (1991). Démographie médicale en Suisse 1900 – 1990 -2020. Lausanne: Réalités sociales.
- Gilliand, Pierre (2001a). Démographie médicale en Suisse: Evolution, situation présente et perspectives. In: Cahiers de Sociologie et Démographie médicales 41/2; 117-140.
- Gilliand, Pierre (2001b). Perspektiven der künftigen Entwicklung der Zahl der Ärzte in der Schweiz. In: Soziale Sicherheit 3/2001; 150-152.
- Gilliand, Pierre (2001c). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. In: Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002. Ein aktueller Überblick. Solothurn: Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer; 90-96
- Hänggeli, Christoph et al. (2001). Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte. In: Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002. Ein aktueller Überblick. Solothurn: Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer; 39-47.
- Hänggeli, Christoph (2001). Die neue Weiterbildungsordnung 2002. In: Schweizerische Ärztezeitung 2001;82 (31); 1659-1661.
- Hänggeli, Christoph (2002). Es ist soweit: Am 1. Juni 2002 sind die bilateralen Verträge mit der EU in Kraft getreten! In: Schweizerische Ärztezeitung 2002;83 (23); 1157-1161.
- Klöti, Ulrich (1997). Wissenschaftliche Evaluationen. In: Werner Bussmann, Ulrich Klöti und Peter Knoepfel (Hrsg.). Einführung in die Politikevaluation. Basel und Frankfurt a. M.: Helbing & Lichtenhahn; 39-57.
- Knoepfel, Peter und Bussmann, Werner (1997). Die öffentliche Politik als Evaluationsobjekt. In: Werner Bussmann, Ulrich Klöti und Peter Knoepfel (Hrsg.). Einführung in die Politikevaluation. Basel und Frankfurt a. M.: Helbing & Lichtenhahn; 58-77.

- Knoepfel, Peter; Varone, Frédéric; Bussmann, Werner und Mader, Luzius (1997). Evaluationsgegenstände und Evaluationskriterien. In: Werner Bussmann, Ulrich Klöti und Peter Knoepfel (Hrsg.). Einführung in die Politikevaluation. Basel und Frankfurt a. M.: Helbing & Lichtenhahn; 78-118.
- Regierungsrat Kanton Schaffhausen (2002). Protokoll vom 22. Oktober 2002. Nr. D/Sp/39/7
- Rüefli, Christian und Vatter, Adrian (2001). Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Forschungsbericht 14/01. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- santésuisse (2002). Positionspapier Aufhebung des Vertragszwangs – Umsetzung (Fassung vom 6. März 2002). www.santesuisse.ch/datasheets/files/20020410155056.pdf
- Schaller, Veronica; Saladin, Peter und Heuss, Ludwig T. (1999). Assistenzarztstellen. Weiterbildungsanspruch vs. Dienstleistungsbedarf. Bericht der Spurgruppe zu Handen SDK, FMH, H+ und VSAO. www.vision-weiterbildung.ch/spurgruppe.html
- Schneider, Sandra (2001). Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen. In: Soziale Sicherheit 2/2001; 56-60.
- Schmidt, Manfred G. (1999). Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder. In: Politische Vierteljahresschrift 40/2: 229-245.
- Seifert, Hartmut (1998). Ärzte und ambulanter Bereich. In: Egli, Michael (Hrsg.). Lehrgang Gesundheitswesen Schweiz. Beromünster: Trend Care; Kapitel 2.5.
- Weissenburger, Andreas (2001). Der neue Arzttarif TARMED. In: Soziale Sicherheit 2/2001; 61-62.

In den Fallstudien verwendete Dokumente

Fallstudie Luzern:

- Regierungsrat des Kantons Luzern (2003a). Anfrage Gerhard Klein und Mit. über Praxiseröffnungen in den letzten fünf Jahren im Kanton Luzern (Nr. 701). Antwort Regierungsrat.
- Regierungsrat des Kantons Luzern (2003b). Anfrage Elisabeth Schubiger und Mit. über den Stand und die Auswirkungen des Zulassungsstopps zur Praxistätigkeit für Ärztinnen und Ärzte im Kanton Luzern (Nr. 774). Antwort Regierungsrat.

Fallstudie Waadt:

ASMAV (2003). Signature Protocole d'accord entre l'État de Vaud et l'Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique – Section Vaud (ASMAV), le 21 janvier 2003

SVMED (2000). "Surenchère d'un côté mais quid pour les cabinets qui ne seraient pas autorisés à trouver un repreneur?" (Communication interne aux adhérents de la SVMED).

Fallstudie Zürich:

Ärztegesellschaft des Kantons Zürich (AGZ; 1995ff.). Jahresbericht. Zürich: AGZ.

Regierungsrat des Kantons Zürich (2001). Geschäftsbericht 2001. Zürich: Staatskanzlei.

Regierungsrat des Kantons Zürich (2002a). Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 25. September 2002. Antwort RR 220/2002 Umsetzung des Zulassungsstopps für neue Arztpraxen und andere medizinische Leistungserbringer.

Regierungsrat des Kantons Zürich (2002b). Geschäftsbericht 2002. Zürich: Staatskanzlei.

Regierungsrat des Kantons Zürich (2002c). Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 11. Dezember 2002. 1948. Spitalärzteverordnung (Neuerlass).

Liste der Gesprächspartner

Nationale Ebene:

- Hanspeter Neuhaus, BAG, Sektion Medizinalprüfungen, Bern, 29. April 2003 (telefonisch)
- Matthias Winistörfer, Präsident VSAO, Bern, 14. August 2003
- Andreas Haefeli, Präsident der Aargauer Ärztesgesellschaft (im Namen der FMH), Lupfig, 20. August 2003
- Ulrich Wanner, Generalsekretär Privatkliniken Schweiz, Gümligen-Bern, 13. Oktober 2003 (schriftliche Stellungnahme)

Fallstudie Luzern:

- Ernst Frank, Geschäftsführer Zentralschweizer Spitalkonferenz, Ennetbürgen, 16. Oktober 2003 (telefonisch)
- Stefan Kunz, Leiter Personalwesen, Kantonsspital Luzern, 25. November 2003 (telefonisch)
- Gert Printzen und Stefan Schneider, Präsident und Vorstandsmitglied VSAO Sektion Zentralschweiz, Bern, 28. Oktober 2003
- Hanspeter Vogler, wiss. Mitarbeiter Departementssekretariat und Alexander Duss, juristischer Mitarbeiter Rechtsdienst, Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern, Luzern, 21. Oktober 2003
- Markus Wili, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern, Luzern, 22. Oktober 2003

Fallstudie Waadt:

- Patricia Albisetti, économiste, représentante du secrétariat de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), Prilly, 7 novembre 2003
- Jean-Robert Golaz, chef de la police sanitaire du Canton de Vaud, Lausanne, 20 octobre 2003
- Oscar Matzinger, président de l'ASMAV, Lausanne, 29 octobre 2003
- Pierre-André Repond, secrétaire de la Société vaudoise de médecine (SVMED), Lausanne, 27 octobre 2003

Fallstudie Zürich:

- Ulrich Gabathuler, Kantonsarzt, Zürich, 18. November 2003
- Rudolf M. Reck, Präsident/Sekretär VSAO Sektion Zürich, Uster, 24. Oktober 2003
- Willy Rufer, Geschäftsleiter Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK), Uster, 31. Oktober 2003 (schriftliche Stellungnahme)
- Die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) wurde kontaktiert, verzichtete jedoch auf eine eigene Stellungnahme. Die Generalsekretärin der AGZ verwies auf das ihr bekannte Gesprächsprotokoll mit dem Vertreter der FMH, Andreas Haefeli.

Anhang 1: Liste der kantonalen Umsetzungserlasse

Kanton	Titel des Erlasses	Nummer in kantonalen Gesetzsammlung
ZH	Einführungsverordnung zur eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	832.14
BE	Verordnung über die Ausnahmen der Zulassungsbeschränkung von die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ZULAV)	842.111.5
LU	Verordnung über die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Luzern (Kantonale Zulassungsverordnung)	865a
UR	Reglement über die Ausnahmezulassungen von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Zulassungsreglement)	20.2204
SZ	Vollzugsverordnung zur Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	572.211
OW	Ausführungsbestimmungen über die Ausnahmezulassungen von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	851.611
GL	Vollzugsverordnung zur eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	VIII D/21/4
ZG	Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Kanton Zug (Kantonale Zulassungsverordnung)	842.12
FR	Verordnung über die Anwendung von Artikel 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung	842.1.15
SO	Vollzugsverordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	832.14
BS	Verordnung betreffend Vollzug der eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Zulassungs-Einschränkungs-Verordnung)	310.130
BL	Verordnung über die Ausnahmen von der Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Zulassungseinschränkungsverordnung KVG)	919.11
SH	Einführungsverordnung zur eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	02-105
AR	Verordnung zur Einführung der eidgenössischen Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	811.2
AI	Standeskommissionsbeschluss über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	809

Kanton	Titel des Erlasses	Nummer in kantonaler Gesetzes-sammlung
SG	Regierungsbeschluss zur eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	331.112
GR	Ausführungsbestimmungen zur Verordnung des Bundesrates über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	542.200
AG	Verordnung über die Ausnahmen der Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VAZL)	311.411
TG	Verordnung des Regierungsrates zur eidgenössischen Verordnung die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	832.12
VD	Arrêté d'application de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire	5 19 E
VS	Ausführungsverordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	832.108
NE	Arrêté d'application de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire	821.121.20
GE	Directives d'application de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire	-
JU	Ordonnance portant exécution de l'ordonnance fédérale sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire	832.116

Anhang 2: Fragebogen der Kantonsbefragung

Der Fragebogen und der dazugehörige Begleitbrief wurden zum Versand an die Westschweizer Kantone und den Kanton Tessin auf Französisch übersetzt. Aus Platzgründen sind der Begleitbrief und die französischen Versionen dem vorliegenden Bericht nicht beigelegt.

Fragebogen zur Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern

Hinweise zum Ausfüllen:

- Die Fragen beziehen sich generell auf die Zulassung von ärztlichen Leistungserbringern.
- Wenn bei offenen Fragen der für die Antwort vorgesehene Platz nicht ausreicht, benutzen Sie bitte die Rückseite des Blattes für die Fortsetzung. Bitte geben Sie dabei jeweils die Nummer der Frage an, auf die sich die Antwort bezieht.
- Sollten Sie bei den Fragen, die sich auf Mengenangaben beziehen, nicht in der Lage sein, sie in der gewünschten Form zu beantworten, möchten wir Sie bitten, uns eine Zusammenstellung des bei Ihnen vorhandenen unbearbeiteten Rohmaterials zu senden, aus welchem wir die uns interessierenden Informationen entnehmen können. Wir bitten Sie, dies auch dann zu tun, wenn Sie uns nur unvollständige Angaben zur Verfügung stellen können.
- Auf Wunsch stellen wir Ihnen gerne eine elektronische Version des Fragebogens zu.

Mit dem frankierten Antwortcouvert senden an:

Christian Rüefli
Büro Vatter
Politikforschung & -beratung
Gerberngasse 27
3011 Bern

Rücksendetermin: 18. Juli 2003

Einleitende Angaben

Die Antworten beziehen sich auf folgenden **Kanton**:

Der/die Ausfüllende ist Inhaber/in folgender Stelle:

die dem folgenden Amt zugeordnet ist:

das dem/r folgenden Departement/Direktion angehört:

Adresse für Rückfragen:

.....

Telefon für Rückfragen:

Ich möchte über die Ergebnisse der Erhebung informiert werden.

1. Fragen zur Berufsausübungsbewilligung (BAB) von ärztlichen Leistungserbringern

In diesem Teil möchten wir von Ihnen genaueres über die Erteilung von Bewilligungen zur Berufsausübung von ärztlichen Leistungserbringern erfahren.

1.1 Ist für die folgenden ärztlichen Tätigkeiten in Ihrem Kanton eine kantonale Berufsausübungsbewilligung (BAB) notwendig?

	ja	nein
Arzt in freier Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistentztätigkeit in einer Arztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anstellung in einer Gruppenpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anstellung in einer Einrichtung der ambulanten Gesundheitsversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt in leitender Stellung im Spital (nur Spitaltätigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatärztliche Tätigkeit von in Spitälern angestellten Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 Welche Amtsstelle prüft und beurteilt die Gesuche um Berufsausübung von Ärzten?

.....

1.3 Welche Behörde erteilt **formell die BAB von Ärzten?**

Kantonsregierung

Departementsvorsteher/in

andere:

1.4 Wird für das Erteilen einer BAB von Ärzten eine Gebühr verlangt? Wie hoch ist sie (in Fr.)?

Falls Ihr Kanton pro ärztliche Kategorie unterschiedlich hohe Gebühren verlangt, geben Sie diese bitte auf der Rückseite an.

Gebühr von Fr.

keine Gebühr

1.5 Werden zum Erlangen einer BAB von Ärzten zusätzlich zu einem eidgenössischen oder eidgenössisch anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel weitere Voraussetzungen verlangt? Welche?

.....

keine zusätzlichen Voraussetzungen

1.6 Ist die Bewilligung an eine Frist gebunden, innert der die Berufsausübung bzw. Praxiseröffnung erfolgen muss?

keine Frist

Frist von

1.7 Hat sich eines der folgenden Verfahrensmerkmale **seit Inkrafttreten der bundesrätlichen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern vom 3. Juli 2002 geändert?**

keine Veränderungen → **weiter zu Frage 1.8**

Wie waren die betreffenden Regelungen **vor der Änderung** ausgestaltet?

Merkmal

Zustand vor der Veränderung

Prüfende Amtsstelle (Frage 1.2)

.....

Entscheidungsinstanz (Frage 1.3)

.....

Gebühr (Frage 1.4)

.....

Voraussetzungen zum

.....

Erlangen der BAB (Frage 1.5)

.....

Befristete Gültigkeit der BAB (Frage 1.6)

.....

1.8 Aus welchem Anlass erfolgten die Veränderungen des Verfahrens?

	BR-Verordnung vom 3. Juli 2002	Inkrafttreten der kantonalen Regelung des Zulassungsstopps	anderer Anlass
Prüfende Amtsstelle (Frage 1.1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidungsinstanz (Frage 1.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebühr (Frage 1.3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voraussetzungen zum Erlangen der BAB (Frage 1.4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befristete Gültigkeit der BAB (Frage 1.5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.9 Die Ankündigung des Bundesrates, eine Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern zu erlassen, löste eine grosse Zahl an Gesuchen um Bewilligung der **Berufsausübung** aus. Bitte beschreiben Sie kurz, wie die zuständige Amtsstelle mit BAB-Gesuchen umgegangen ist (normale Behandlung, Sistierung, Rückweisung etc.), die...

a) zwischen der Ankündigung der Zulassungsbeschränkung (Anfang Juni 2002) und dem 3. Juli 2002 (inkl.) eingingen?

.....

b) zwischen dem 4. Juli 2002 und dem Inkrafttreten des kantonalen Umsetzungserlasses eingingen?

.....

c) nach Inkrafttreten des kantonalen Umsetzungserlasses eingingen?

.....

2. Fragen zur Zulassung von Ärzten zur Krankenversicherung

In diesem Teil möchten wir von Ihnen genaueres über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfahren.

Zulassungsverfahren

2.1 Seit dem 4. Juli 2002 entscheiden die Kantone auch über die Zulassung von neuen Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Müssen Ärzte in Ihrem Kanton dafür ein separates Gesuch stellen?

ja, für die Zulassung zur Krankenversicherung ist ein separates Gesuch nötig

nein, der Antrag auf Zulassung ist im Gesuch um Berufsausübung enthalten

andere:.....

2.2 Welche Amtsstelle prüft und beurteilt die Gesuche von Ärzten um Zulassung zur Krankenversicherung?

.....

2.3 Welche Behörde entscheidet **formell** über die Zulassung von Ärzten zur Krankenversicherung?

- Kantonsregierung Departementsvorsteher/in
- andere:

2.4 Bei welchen Organisationen/Gruppen kann die zuständige Amtsstelle vor dem Zulassungsentscheid eine Stellungnahme einholen?

- kantonale Ärztesgesellschaft Patientenorganisationen
- ärztliche Fachgesellschaft andere Leistungserbringer
- santésuisse-Regionalstelle andere:

2.5 Wird für die Zulassung von Ärzten zur Krankenversicherung eine Gebühr verlangt? Wie hoch ist sie (in Fr.)?

Falls Ihr Kanton pro ärztliche Kategorie unterschiedlich hohe Gebühren verlangt, geben Sie diese bitte auf der Rückseite an.

Gebühr von Fr. keine Gebühr

2.6 Nach welchen Kriterien stützt sich der Zulassungsentscheid? (Mehrfachnennungen möglich)

- Kantonale Höchstzahl gemäss Anhang 1 der Zulassungsverordnung des Bundesrats
- Regionale Höchstzahl gemäss Anhang 1 der Zulassungsverordnung des Bundesrats
- Gesamtschweizerische Höchstzahl gemäss Anhang 1 der Zulassungsverordnung des Bundesrats
- Kantonale Versorgungsdichte gemäss Anhang 2 der Zulassungsverordnung des Bundesrats
- Regionale Versorgungsdichte gemäss Anhang 2 der Zulassungsverordnung des Bundesrats
- Gesamtschweizerische Versorgungsdichte gemäss Anhang 2 der Zulassungsverordnung des Bundesrats
- eigene kantonale Höchstzahlen → für welche Kategorien?

.....

<input type="checkbox"/>	andere	Kriterien	→	Welche?
--------------------------	--------	-----------	---	---------

.....

2.7 Wie stellt die zuständige Amtsstelle sicher, dass die für den Zulassungsentscheid massgeblichen Kriterien (Höchstzahlen/Versorgungsdichten) eingehalten bzw. nicht überschritten werden?

.....

.....

.....

.....

2.8 Die Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern trat auf Bundesebene am 4. Juli 2002 in Kraft. Zu ihrer Umsetzung mussten die Kantone zuerst eine Rechtsgrundlage erarbeiten, die zu einem späteren Zeitpunkt bzw. rückwirkend in Kraft trat. In der Zwischenzeit beantragten jedoch viele Ärzte die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Wie wurde mit **Zulassungsgesuchen** umgegangen, die zwischen dem 4. Juli 2002 und dem Inkrafttreten bzw. dem Beschluss (bei rückwirkendem Inkrafttreten) des kantonalen Umsetzungserlasses eingingen?

.....

.....

.....

.....

2.9 Führt Ihr Kanton eine Warteliste von Ärzten, die nach dem 3.7.2002 die Zulassung zur Krankenversicherung beantragt haben, jedoch der Zulassungsbeschränkung unterliegen?

ja nein

Beschwerdeverfahren

2.10 Der kantonale Entscheid über die Zulassung zur Krankenversicherung ist beschwerdefähig. Nach welcher gesetzlichen Grundlage richtet sich das Beschwerdeverfahren?

kantonales Verwaltungsrecht

andere:

2.11 Welches ist die kantonale Beschwerdeinstanz?

kantonales Verwaltungsgericht kantonales Versicherungsgericht

Kantonsregierung andere:

2.12 Sind in Ihrem Kanton Beschwerdeverfahren gegen den kantonalen Umsetzungserlass zur Zulassungsbeschränkung oder gegen darauf beruhende Entscheide hängig oder abgeschlossen? Bitte geben Sie in der untenstehenden Tabelle die Zahl der Verfahren an, die von Seiten der Leistungserbringer angestrebt wurden:

	abgeschlossene Verfahren	hängige Verfahren
Beschwerde gegen kantonalen Umsetzungserlass		
Beschwerde gegen Zulassungsentscheid		
Entscheide zugunsten des Kantons		
Entscheide zugunsten des Beschwerdeführers		

Zusammenarbeit unter den Kantonen:

2.13 Kam es bei der **Ausarbeitung** des kantonalen Umsetzungserlasses zu einer interkantonalen Zusammenarbeit?

ja nein → **weiter zu Frage 2.15**

2.14 Wenn ja, wer war an dieser Zusammenarbeit beteiligt?

.....

2.15 Besteht beim **Vollzug** des kantonalen Umsetzungserlasses eine interkantonale Zusammenarbeit?

ja nein → **weiter zu Frage 3.1**

2.16 Wenn ja, wer ist an dieser Zusammenarbeit beteiligt?

.....

2.17 Worin besteht diese Zusammenarbeit?

.....

3. Fragen zur ärztlichen Versorgungssituation im Kanton

In diesem Teil möchten wir von Ihnen genaueres über die ärztlichen Leistungserbringer und die Versorgungssituation in Ihrem Kanton erfahren.

3.1 Wie viele Ärzte aus der EU waren **vor dem Inkrafttreten der bilateralen Abkommen** mit der EU am 1. Juni 2002 in Ihrem Kanton **in freier Praxis** tätig?

Anzahl Ärzte aus der EU in freier Praxis am 31.5.2002:

3.2 Wie viele Ärzte aus der EU sind **seit dem Inkrafttreten der bilateralen Abkommen** mit der EU am 1. Juni 2002 in Ihrem Kanton **in freier Praxis** tätig?

Anzahl Ärzte aus der EU in freier Praxis am 31.12.2002:

Anzahl Ärzte aus der EU in freier Praxis am 31.5.2003:

3.3 Hat die **Zulassungsbeschränkung von Ärzten** aus Ihrer Sicht zu Veränderungen in der regionalen Verteilung von Arztpraxen in Ihrem Kanton geführt? In welcher Hinsicht?

Stärkeres Gefälle in der regionalen Verteilung von Arztpraxen

Schwächeres Gefälle in der regionalen Verteilung von Arztpraxen

Keine Veränderung der regionalen Verteilung von Arztpraxen

keine Angaben möglich

andere Veränderungen:

.....

4. Fragen zu Ärzten in den öffentlichen Spitälern

In diesem Teil möchten wir von Ihnen erfahren, wie sich die Situation bezüglich der Ärzte in den öffentlichen Spitälern in Ihrem Kanton präsentiert, welche Entwicklungen zur Zeit anstehen und welchen Einfluss die Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern darauf ausübt.

4.1 Wie viele Ärzte waren zu den angegebenen Zeitpunkten in öffentlichen Spitälern Ihres Kantons tätig? Wie viele davon stammen aus EU-Staaten?

a)	Anzahl Chefärzte und leitende Ärzte in öffentlichen Spitälern	davon aus EU-Staaten
am 31.12.2001
am 31.12.2002
b)	Anzahl Oberärzte in öffentlichen Spitälern	davon aus EU-Staaten
am 31.12.2001
am 31.12.2002
c)	Anzahl Assistenzärzte in öffentlichen Spitälern	davon aus EU-Staaten
am 31.12.2001
am 31.12.2002

Die Antworten beziehen sich auf (Anzahl) öffentliche Spitäler.

4.2 Wieviele Ärzte übten zu den angegebenen Zeitpunkten in öffentlichen Spitälern Ihres Kantons eine **privatärztliche Tätigkeit** zulasten der Krankenversicherung aus? Wieviele davon stammen aus EU-Staaten?

	Anzahl Ärzte in öffentlichen Spitälern mit privater Tätigkeit	davon aus EU-Staaten
am 31.12.2001
am 31.12.2002

Die Antworten beziehen sich auf (Anzahl) öffentliche Spitäler.

4.3 Wieviele Stellen der folgenden Arztkategorien sind in den öffentlichen Spitälern Ihres Kantons nicht besetzt? Hat diese Zahl **seit der Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern** zu- oder abgenommen?

	Anzahl unbesetzte Stellen	Zunahme seit 3.7.02	Abnahme seit 3.7.02
Assistenzärzte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberärzte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitende Ärzte und Chefärzte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 Hatte die Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern Auswirkungen auf die Anzahl Stellen in den öffentlichen Spitälern Ihres Kantons? Wurden für die folgenden Arztkategorien neue Stellen geschaffen, **um die Folgen der Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern zu kompensieren**? Wenn ja, wie viele?

	nein	ja	Anzahl
Assistenzärzte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberärzte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitende Ärzte und Chefärzte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.5 Wurde in den öffentlichen Spitälern Ihres Kantons **seit dem 1. Juni 2002** das ambulante Leistungsangebot ausgebaut?

- ja nein → **weiter zu Frage 4.8**

4.6 Wenn ja, erfolgte dieser Ausbau als **Reaktion auf die Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern**?

- ja nein, aus anderen Gründen

4.7 Wurden zu diesem Zweck neue Arztstellen geschaffen? Wie viele?

- Ja, es wurden neue Arztstellen geschaffen.

- Nein, es fand eine Verlagerung von Arztstellen statt.

andere:

4.8 Verschiedene Kantone haben in letzter Zeit die rechtlichen Grundlagen für die Anstellung von Spitalfachärzten geschaffen. Wie präsentiert sich diesbezüglich die Situation in Ihrem Kanton?

- Es stehen Stellen für Spitalfachärzte zur Verfügung, davon sind besetzt.

- Eine Rechtsgrundlage ist in Vorbereitung, die Einführung von Spitalfachärzten ist vorgesehen auf das Jahr

- Spitalfachärzte sind kein Thema

4.9 Hat die **Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern** den Entscheid, Stellen für Spitalfachärzte zu schaffen, beeinflusst?

- nein

- ja → inwiefern? Die Einführung von Spitalfachärzten wurde beschleunigt

- Es wurden mehr Stellen für Spitalfachärzte geschaffen, als vorgesehen

- andere:

4.10 Im März 2002 wurde mit einer Änderung des Arbeitsgesetzes die Arbeitszeit von Assistenzärzten per 2005 auf 50 Stunden gesenkt. Welche Massnahmen wurden Ihrem Kanton ergriffen oder sind geplant, um diese Vorschrift in öffentlichen Spitälern umzusetzen?

Bereits getroffene Massnahmen:

.....

.....

.....

Geplante Massnahmen:

.....

4.11 Hat die **Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern** die Massnahmen Ihres Kantons zur Reduktion der Arbeitszeit von Assistenzärzten beeinflusst?

nein

ja → inwiefern?

.....

5. Fragen zu den Kostenwirkungen der Zulassungsbeschränkung

In diesem Teil möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie die Kostenwirkungen der Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern einschätzen.

5.1 Welche Auswirkungen hat die **Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern** in Ihrer Einschätzung auf die folgenden Kostengruppen? Können Sie die Kostenwirkungen pro Jahr (prozentual im Vergleich zum Vorjahr oder in CHF) abschätzen?

	Zunahme	Abnahme	Schätzung des Ausmasses	
			in CHF	in %
Kosten für ambulante ärztliche Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten für Behandlung durch nicht-ärztliche ambulante Leistungserbringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten für ambulante Spitalbehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten für stationäre Spitalbehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten für zusätzliche Arztstellen in Spitälern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten für Anpassungen im Spitalbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwaltungskosten zur Umsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 Welche Kosten sind **aufgrund der Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern** entstanden, die sonst nicht aufgetreten wären?

.....

5.3 Welche Kosten konnten **aufgrund der Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern** eingespart werden, die sonst aufgetreten wären?

.....

6. Quantitative Angaben

Im Rahmen unserer Studie streben wir auch eine Übersicht über die quantitativen Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern an. Uns interessiert, wie viele Berufsausübungs- und Zulassungsgesuche bei den Kantonen eingetroffen sind, wie viele Bewilligungen und Zulassungen erteilt wurden, und wie sich diese hinsichtlich der Herkunft der Ärzte (CH oder EU) verteilen.

Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, die untenstehende Tabelle auszufüllen. **Sollte Ihnen dies nicht oder nicht im gewünschten Detaillierungsgrad möglich sein, ersuchen wir Sie darum, uns eine Zusammenstellung des bei Ihnen vorhandenen unbearbeiteten Rohmaterials zu senden, aus welchem wir die uns interessierenden Informationen entnehmen können. Wir bitten Sie, dies auch dann zu tun, wenn Sie uns nur unvollständige Angaben zur Verfügung stellen können.**

		Anzahl eingereichte BAB-Gesuche	davon erteilte Bewilligungen	Anzahl eingereichte Zulassungsgesuche	davon erteilte Zulassungen
Januar 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				
Februar 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				
März 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				
April 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				
Mai 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				
1. Juni bis 3. Juli 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				
4. bis 31. Juli 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				
August 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				
September 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				
Oktober 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				
November 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				
Dezember 2002	Total				
	davon CH				
	davon EU				

Haben Sie noch Bemerkungen zur Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit!

Für Fragen zum Fragebogen

Christian Rüefli, lic.rer.soc.
Büro Vatter
Politikforschung & -beratung
Gerberngasse 27
3011 Bern
Tel. 031 312 92 66
ruefli@buerovatter.ch

Für Fragen zum Forschungsprojekt

Martin Wicki
Kompetenzzentrum Grundlagen
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031 322 90 25
martin.wicki@bsv.admin.ch