



Zum Vorentwurf vom 14. Januar 2026

Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (VHZA)

A. Ausgangslage

Art. 55a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10; Stand am 1. Juli 2025) verpflichtet die Kantone, in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Leistungen erbringen, mittels Höchstzahlen zu beschränken.

Die Bestimmung ist in der heutigen Ausgestaltung am 1. Juli 2021 in Kraft getreten. Sie wurde im Rahmen einer umfassenderen Revision der Regelungen des KVG zur Zulassung angepasst. Neben der revidierten Zulassungsbeschränkung traten auch Änderungen der Voraussetzungen für eine Zulassung als Leistungserbringer zur Abrechnung zulasten der OKP in Kraft (Art. 37 ff KVG).

Der heutige Art. 55a KVG stellt eine definitive Lösung dar für die seit 2002 wiederholt befristet verlängerte Zulassungsbeschränkung von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zulasten der OKP. Ziel der Regelung ist, ein wirksames Instrument zur Steuerung des Leistungsangebots und zur gezielten Eindämmung der steigenden Kosten im ambulanten Bereich bereitzustellen. Sie eröffnet den Kantonen die Möglichkeit, die medizinische Versorgung bedarfsgerecht zu regulieren (vgl. Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, BBI 2018 3125). Im Unterschied zum früheren Zulassungsstop, bei dem die Höchstzahlen im Anhang 1 zur eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP vom 3. Juli 2013 (VEZL; SR 832.103) festgelegt waren, sind die Kantone neu durch das Bundesrecht verpflichtet, festzulegen, für welche Fachgebiete und Regionen Höchstzahlen gelten sollen. Mit der revidierten Zulassungsbeschränkung wird zudem eine bedeutende Marktverzerrung beseitigt. Die Höchstzahlen gelten neu für sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP tätig sind. Zuvor bestanden Ausnahmen für Ärztinnen und Ärzte, die eine mindestens dreijährige Tätigkeit an einer anerkannten Schweizer Weiterbildungsstätte nachweisen konnten, sowie für Spitalambulatorien.



Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen sind durch den Bundesrat zu bestimmen (Art. 55a Abs. 2 KVG). Der Bundesrat kam diesem Auftrag mit dem Erlass der Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich vom 23. Juni 2021 (Höchstzahlenverordnung; SR 832.107) nach. Er beauftragte das eidgenössische Departement des Innern (EDI) mit der Festlegung eines gesamtschweizerischen Regressionsmodells des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen und der Ermittlung von Versorgungsgraden je Region (Art. 3 Höchstzahlenverordnung; Verordnung des EDI über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich vom 28. November 2022, in Kraft seit 1. Januar 2023; SR 832.107.1).

Die Umsetzung durch die Kantone gliedert sich in drei zeitlich aufeinander folgende Phasen. Während der ersten Phase vom 1. Juli 2021 bis zum 30. Juni 2023 konnten die Kantone weiterhin das geltende Recht anwenden (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020). In der zweiten Phase vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 konnten die Höchstzahlen von den Kantonen nach Massgabe von Art. 9 der Höchstzahlenverordnung bestimmt werden. Hiernach konnten die Kantone im Rahmen ihrer Autonomie festlegen, dass das ermittelte Angebot an Ärztinnen und Ärzten je medizinisches Fachgebiet und Region einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung entspricht (Plafonierung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte beim ermittelten Bedarf). Seit dem 1. Juli 2025 (dritte Phase) sind die vom eidgenössischen Departement des Innern EDI definierten Versorgungsgrade von den Kantonen verbindlich anzuwenden (vgl. Urteile 9C_538/2023 vom 16. September 2024 E. 5.3.3; 9C_481/2023 vom 28. Mai 2024 E. 2.1, in: SVR 2024 KV Nr. 17 S. 76; Urteil 9C_37/2024 vom 15. Januar 2025 Erw. 7.3.3.).

Im Kanton Zürich liefen die Phasen wie folgt ab: Per 30. Juni 2023 wurde die bis dahin geltende Einführungsverordnung zur eidgenössischen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP vom 10. Dezember 2019 (EV VEZL; LS 932.14), die den Vollzug nach Massgabe des alten Art. 55a KVG regelte, materiellrechtlich durch Bundesrecht aufgehoben (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020). Die formelle Aufhebung erfolgte mit Beschluss des Regierungsrates vom 6. März 2024 (vgl. RRB

Nr. 239/2024). Vorgängig, d.h. bereits gegen Ende 2021 liefen erste Arbeiten zur Ablösung der vorgenannten Verordnung an. Beabsichtigt war der Erlass einer Verordnung gestützt auf Art. 9 der Höchstzahlenverordnung, d.h. für die Übergangsphase vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025. Die Gesundheitsdirektion erarbeitete einen entsprechenden Verordnungsentwurf (Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich), welcher die Festlegung der Höchstzahlen vorgabegemäss am ermittelten Bedarf an Ärztinnen und Ärzte je medizinisches Fachgebiet ausrichtete. Ab März 2023 führte sie dazu ein Vernehmlassungsverfahren durch (vgl. RRB Nr. 313/2023). Zum Zeitpunkt der Vernehmlassungsauswertung war aufgrund von ausserkantonalen Gerichtsurteilen aber unklar, ob die Umsetzung auf Verordnungsstufe dem Legalitätsprinzip genügt. Deshalb sah die Gesundheitsdirektion von der definitiven Ausarbeitung der Verordnung und deren Inkraftsetzung ab. Am 6. März 2024 – gleichzeitig mit der formellen Aufhebung der EV VEZL – entschied der Regierungsrat, die Umsetzung vorläufig zu sistieren (vgl. RRB Nr. 239/2024); einerseits wegen der erwähnten unklaren Anforderungen an die gesetzliche Grundlage, andererseits aber auch, weil eine angekündigte Überprüfung der festgelegten Versorgungsgrade durch das EDI ausstehend war.

Inzwischen stellte das Bundesgericht klar, dass Art. 55a KVG auch in seiner seit dem 1. Juli 2021 geltenden Fassung eine direkt anwendbare Regelung darstellt, die bereits den Grundsatz und die wesentlichen Elemente der Bedürfnisklausel enthält. Sie muss nur noch durch kantonale Ausführungsverordnungen konkretisiert werden. Es braucht zur inhaltlichen Umsetzung keine zusätzliche formelle kantonale Gesetzesgrundlage (vgl. Urteil 9C_538/2023 vom 16. September 2024; 9_C37/2024 vom 15. Januar 2025). Das EDI veröffentlichte inzwischen auch die erwarteten aktualisierten Versorgungsgrade (vgl. Verordnung des EDI über die Festlegung der regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet im ambulanten Bereich vom 28. November 2022 mit Änderung vom 30. September 2024, in Kraft seit dem 1. Juli 2025), woraufhin das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Kantone mit Schreiben vom 9. Dezember 2024 aufforderte, die Zulassungsbeschränkung nun umzusetzen. Vor diesem Hintergrund nahm die Gesundheitsdirektion die Arbeiten zur Umsetzung der Zulassungsbeschränkung wieder auf, nunmehr aber gemäss Vorgabe des Bundes mit dem Ziel einer Umsetzung auf Basis der Versorgungsgrade (Phase drei; definitive Umsetzung). Ergebnis bildet der vorliegende Verordnungsentwurf.

B. Ziele und Vorgehen der Umsetzung der Zulassungsbeschränkung

Die Gesundheitsdirektion beabsichtigt eine verhältnismässige Umsetzung der Höchstzahlenverordnung, weil sie für die Leistungserbringer Einschränkungen und Mehraufwände mit sich bringt. Gleichzeitig soll das Risiko einer fehlgeleiteten Regulierung minimiert werden, um kostspielige Folgewirkungen – etwa eine Unterversorgung in bestimmten Fachgebieten oder eine Verlagerung in den stationären Bereich – zu vermeiden. Reguliert werden sollen daher nur jene Fachgebiete, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Überversorgung auszugehen ist. Von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen sind – aufgrund der allgemein anerkannten Unterversorgung – die Fachgebiete der Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin, Praktische Ärztin oder Praktischer Arzt, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie) sowie jene mit einem jährlichen ambulanten Kostenvolumen zulasten der OKP von weniger als 30 Mio. Franken im Kanton. Der Grund für diese Ausnahme liegt im geringen Einsparpotenzial sowie darin, dass eine Beschränkung angesichts der kleineren Zahl von Ärztinnen und Ärzten und der damit verbundenen höheren Schwankungen des ärztlichen Angebots rasch negative Auswirkungen zeitigen könnte.

Die Bestimmung der zu beschränkenden Fachgebiete erfolgt anhand eines kantonalen Datenmodells, das verschiedene Indikatoren miteinander verknüpft und so eine objektive, umfassende und nachvollziehbare Beurteilung ermöglicht. Im Modell werden der Versorgungsgrad, ein Toleranzbereich sowie ein Indikator zur Bewertung der Versorgungslage berücksichtigt. Der vom EDI festgelegte Versorgungsgrad zeigt auf, inwieweit das tatsächliche Leistungsvolumen eines medizinischen Fachgebiets in einem Kanton, unter dem die abgerechneten ambulanten OKP-Leistungen verstanden werden, demjenigen entspricht, das basierend auf einem nationalen Regressionsmodell unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur, der Krankheitslast und der Patientenströme zu erwarten wäre. Der Versorgungsgrad ist eine Verhältniszahl: Werte über 1 (bzw. 100 %) weisen auf eine im gesamtschweizerischen Vergleich überdurchschnittliche Versorgung hin, während Werte unter 1 auf eine unterdurchschnittliche Versorgung deuten. Damit ermöglicht der Versorgungsgrad einen quantitativen Vergleich zwischen den Kantonen und dient als zentraler Indikator zur Beurteilung der für

eine Regulierung in Frage kommenden Fachgebiete. Da die dem Versorgungsgrad zugrundeliegenden Daten gewisse Unschärfen aufweisen und regionale Unterschiede bis zu einem gewissen Grad natürlich sind, wird ein Toleranzbereich angewandt. Unter Berücksichtigung des Toleranzbereichs können auch Versorgungsgrade über 1 toleriert werden.

Der Versorgungsgrad erlaubt keine Aussage darüber, ob die gesamtschweizerische Versorgung aus gesellschaftlicher Sicht insgesamt zu hoch, angemessen oder zu niedrig ist. So liegt der Versorgungsgrad des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie im Kanton Zürich mit 1.01 im interkantonalen Durchschnitt. Allerdings ist allgemein anerkannt, dass die psychiatrische Versorgung in der Schweiz aus gesellschaftlicher Sicht nicht optimal, sondern zu niedrig ist. Das bedeutet, dass die psychiatrische Versorgung im Kanton Zürich zwar dem interkantonalen Durchschnitt entspricht, gesamtschweizerisch jedoch als niedrig einzustufen ist. Um die tatsächliche Versorgungslage abzuschätzen, werden im kantonalen Datenmodell drei Komponenten berücksichtigt. Dies sind Bewertungen von Grundversorgern zur Versorgungssituation je Fachgebiet in der Schweiz und spezifisch im Kanton Zürich sowie die Altersstruktur der Fachärztinnen und -ärzte im Kanton Zürich je Fachgebiet. Der Indikator zur Versorgungslage ergibt sich aus dem Mittelwert dieser drei Komponenten.

Das Datenmodell – bestehend aus Versorgungsgrad, Toleranzbereich und dem Indikator zur Versorgungslage – weist auf eine Überversorgung in den Fachgebieten Radiologie und Urologie hin (vgl. Anhang 1). Für diese beiden Fachgebiete sollen daher für das gesamte Kantonsgebiet geltende Höchstzahlen festgelegt werden. Die Berechnung der Höchstzahl erfolgt gemäss der in Art. 1 und 5 der Höchstzahlenverordnung definierten Formel: Dabei wird das ermittelte Angebot an Ärztinnen und Ärzten ins Verhältnis zum vom EDI festgelegten Versorgungsgrad gesetzt und mit einem Gewichtungsfaktor multipliziert. Das ärztliche Angebot umfasst im Kontext der Höchstzahlen Fachärztinnen und Fachärzte mit einem Weiterbildungstitel, die ambulante Leistungen zulasten der OKP abrechnen. Der Bestimmung des ärztlichen Angebots liegen die bundesrechtlichen Vorgaben nach Art. 2 und 4 der Höchstzahlenverordnung zugrunde. Demnach ist das Angebot an Ärztinnen und Ärzten auf Basis der Arbeitszeit in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zu bestimmen, wobei eine Vollzeittätigkeit einer Tätigkeit von 10 Halbtagen pro Woche entspricht. Für die Einteilung der medizinischen Fachgebiete

sind die eidgenössischen Weiterbildungstitel nach Art. 2 Abs. 1 Bst. a und b der Medizinalberufe-Verordnung vom 27. Juni 2007 (MedBV; SR 811.112.0) massgebend. Das Angebot an Ärztinnen und Ärzten wurde vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium OBSAN (gemeinsame Institution von Bund und Kantonen) und BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG (BSS) basierend auf Daten des Tarifpools der SASIS AG aus dem Jahr 2024 ermittelt. Der Gewichtungsfaktor umfasst den Toleranzbereich, den Indikator zur Versorgungslage sowie einen dynamischen Anpassungsfaktor. Dieser trägt zukünftigen Entwicklungen Rechnung: insbesondere der Bevölkerungsentwicklung, der demographischen Entwicklung sowie der zunehmenden Ambulantisierung. Mit dem dynamischen Anpassungsfaktor werden Rückmeldungen aus der Vernehmlaßung zur Verordnung für die zweijährige Übergangsphase aufgenommen, die kritisierten, dass fixe Höchstzahlen zu starr seien und laufende Entwicklungen nicht berücksichtigten (was indessen gemäss Art. 9 Höchstzahlenverordnung für die Übergangsphase auch nicht vorgesehen war).

C. Grundzüge des Vollzugs

Von der Beschränkung nach Art. 55a Abs. 1 KVG sind zwei Gruppen von Ärztinnen und Ärzten betroffen, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP tätig sind: Einerseits selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte: Dazu zählen jene, die als Einzelunternehmerinnen oder Einzelunternehmer eine eigene Praxis führen und eine formelle Zulassung nach Art. 35 Abs. 2 lit. a KVG besitzen oder beantragen wollen (Bestandesschutz vorbehalten; vgl. nachfolgend). Sie rechnen direkt mit der OKP ab. Andererseits angestellte Ärztinnen und Ärzte bei Einzelunternehmen, in Spitälern oder Einrichtungen: Auch Ärztinnen und Ärzte, die bei einem Einzelunternehmen, im ambulanten Bereich eines Spitals (Art. 35 Abs. 2 lit. h KVG) oder in einer Einrichtung der ambulanten Krankenpflege (Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG) tätig sind oder tätig werden möchten, fallen unter die Zulassungsbeschränkung (Bestandesschutz vorbehalten; vgl. nachfolgend). Diese sind im Namen und auf Rechnung des Spitals oder der Einrichtung tätig und gelten deshalb selbst nicht als formell zugelassene Leistungserbringer. Obwohl angestellte Ärztinnen und Ärzte keine eigene formelle Zulassung benötigen, wird ihnen im Rahmen der bisherigen Vollzugspraxis eine «Abrechnungsberechtigung im Namen eines zugelassenen Leistungserbringens» zugeschrieben. Diese Praxis basiert auf der gesetzlichen Vorgabe, dass sie im Hinblick auf die Abrechnung zulasten der OKP

ebenfalls die Voraussetzungen gemäss Art. 37 Abs. 1, 1bis und 2 KVG i.V.m. Art. 38 und 39 Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (SR 832.102) erfüllen müssen. Die Verordnung zur Umsetzung von Art. 55a KVG knüpft an diese etablierte Praxis an. Damit wird sichergestellt, dass auch angestellte Ärztinnen und Ärzte, die faktisch Leistungen zulasten der OKP erbringen und zum Mengenvolumen beitragen, in die kantonalen Steuerungsmechanismen einbezogen werden. In den beschränkten Fachgebieten können Zulassungen respektive Berechtigungen zur Abrechnung zulasten der OKP nur erteilt werden, wenn die festgelegten Höchstzahlen nicht erreicht bzw. nicht überschritten werden. Wie vorstehend erwähnt, basieren die Höchstzahlen von Bundesrechts wegen auf der Arbeitszeit in VZÄ; neue Zulassungen werden also nur im Rahmen von verfügbaren VZÄ erteilt.

Von der Beschränkung ausgenommen werden Ärztinnen und Ärzte, die trotz Beschränkung eines medizinischen Fachgebiets eine Weiterbildung in diesem Fachbereich aufnehmen, solange sie in Weiterbildung sind respektive diese noch nicht abgeschlossen haben. Die Ausnahme dient der Sicherstellung einer kontinuierlichen ärztlichen Nachwuchsförderung in den betroffenen Fachgebieten. Würde die Beschränkung auch für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gelten, bestünde die Gefahr, dass weniger Fachkräfte ihre Ausbildung abschliessen können und sich mittel- bis langfristig eine Unterversorgung manifestieren könnte. Die Regelung stellt daher klar, dass Ärztinnen und Ärzte, die trotz Beschränkung eine Weiterbildung aufnehmen, diese ohne zusätzliche Hürden beenden können. Nach Abschluss der Weiterbildung entfällt die Ausnahme, um die Steuerungswirkung der Höchstzahlen zu gewährleisten. Eine weiterführende Tätigkeit zulasten der OKP bleibt an die verfügbaren VZÄ und deren Vergabe gebunden, sodass die Kapazitätssteuerung weiterhin sichergestellt ist. Ärztinnen und Ärzte in einem beschränkten Fachgebiet, die bereits vor Inkrafttreten der Höchstzahlen in dieser Verordnung als Leistungserbringer zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen waren, können weiterhin tätig sein; sie geniessen kraft Bundesrecht Bestandesschutz (Art. 35 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 55 Abs. 5 Bst. a KVG). Ärztinnen und Ärzten im Anstellungsverhältnis zu einem Spital oder einer Einrichtung nach Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG kommt ebenfalls Bestandesschutz zu, solange sie ihre Tätigkeit im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses im ambulanten Bereich eines Spitals oder einer Einrichtung ausüben (Bestandesschutz in ihrer Funktion als Arbeitnehmende). In Erweiterung der Regelung von Art. 55a Abs. 5 Bst. b KVG, insbesondere

unter entsprechender Gewichtung der Kernbestandteile der Wirtschaftsfreiheit und des Persönlichkeitsrechts, soll auch ein Arbeitgeberwechsel möglich sein. Ausgeschlossen vom Besitzstand ist hingegen ein Wechsel in die Selbstständigkeit. Es ist hinlänglich bekannt, dass mit der Eröffnung jeder neuen Praxis eine beträchtliche Ausweitung des Mengenvolumens einhergeht. Diese Besitzstandsregelung gilt auch für Ärztinnen und Ärzte, die sich bereits vor bzw. bei Inkrafttreten der Höchstzahlen in dieser Verordnung in Weiterbildung in einem beschränkten Fachgebiet befinden. Auch nach Abschluss ihrer Weiterbildung können sie in einem Anstellungsverhältnis tätig sein (beim gleichen oder einem anderen Arbeitgeber). Die Besitzstandsregelung greift nicht nur bei Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung, also bei den aktuell zu beschränkenden Fachgebieten Urologie und Radiologie, sondern auch bei künftigen Festsetzungen von Höchstzahlen für neue Fachgebiete. Damit ist die Gleichbehandlung aller Ärztinnen und Ärzte gewährleistet, die der Bedürfnisklausel unterstellt werden.

Bei Zulassungsgesuchen respektive Gesuchen um Erteilung einer Berechtigung zur Abrechnung zulasten der OKP wird neu neben den qualitativen Voraussetzungen für eine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP gemäss Art. 37 KVG i.V.m. mit Art. 38 und gegebenenfalls Art. 39 KVV auch geprüft, ob die festgelegte Höchstzahl eingehalten wird. Das Amt für Gesundheit veröffentlicht zweimal jährlich auf seiner Homepage die Anzahl der verfügbaren VZÄ in den beschränkten Fachgebieten. Zulassungsgesuche können bis zu den festgelegten Stichtagen zweimal jährlich – per 1. April und 1. Oktober – eingereicht werden. Im Gegensatz zur vorgesehenen, aber nicht in Kraft gesetzten Regelung für die Übergangsphase vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 werden Zulassungen respektive Berechtigungen nicht nach Eingangsdatum der Gesuche vergeben (Prinzip der Anciennität), sondern nach festgelegten sachlichen Kriterien, die im Wesentlichen an die Qualifikation der Ärztin oder des Arztes und an ein versorgungsrelevantes Kriterium (Praxisübernahme) anknüpfen. Nach einer erfolgten Vergabe von VZÄ (nach erstem oder zweitem Stichtag), ist der zeitlich nachfolgende Vergabeprozess wieder für alle (potenziellen) Leistungserbringer offen, d.h. auch für solche, die beim vorhergehenden Vergabeverfahren nicht berücksichtigt wurden; vorausgesetzt ist eine neue Gesuchseingabe.



D. Zu den einzelnen Bestimmungen der Verordnung

Einleitung (A)

§ 1. Gegenstand

Wie vorstehend bereits erläutert, bildet die Umsetzung von Art. 55a KVG Gegenstand der vorliegenden Verordnung, unter Berücksichtigung der anderen wesentlichen Vorgaben aus dem Zulassungsrecht nach Art. 37 ff. KVG. Die Vollzugsvorschriften umfassen einerseits die Methode zur Ermittlung von beschränkten medizinischen Fachgebieten und zur Festlegung der Höchstzahlen und andererseits das Verfahren zur Vergabe von Zulassungen und Berechtigungen – in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) – in beschränkten medizinischen Fachgebieten.

Grundsätzlich wäre diese Bestimmung entbehrlich, weil sich der zu regelnde Gegenstand aus dem übergeordneten Bundesrecht ergibt. Die Bestimmung ermöglicht aber eine thematisch gegliederte Kurzübersicht über den Regelungsgegenstand und trägt insofern auch zum besseren Verständnis bzw. zur Einordnung der nachfolgenden Bestimmungen bei.

§ 2. Zuständigkeit

Die Zuständigkeit des Amtes für Gesundheit (AFG) für Vollzugsaufgaben im Bereich der gesundheitspolizeilichen Bewilligungen und der Aufsicht sowie des damit in Konnex stehenden Zulassungsrechts nach KVG ergibt sich grundsätzlich bereits aus der Verordnung über die Organisation des Regierungsrates und der kantonalen Verwaltung (§§ 57 lit. e und 58 i.V.m. Anhang 1 VOG RR; LS 172.11) sowie der Organisationsverordnung der Gesundheitsdirektion (§§ 1 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und 12 i.V.m. Anhang 2 Ziff. 1 lit. c).

Nichtsdestotrotz soll die Zuständigkeit des AFG zur Umsetzung der Zulassungsbegrenzung der Klarheit halber in vorliegendem Spezialerlass nochmals ausdrücklich festgehalten werden.

§ 3. Begriffe

Wie unter Bst. C (S. 6) bereits festgehalten, fallen sowohl selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte (Einzelunternehmerinnen bzw. Einzelunternehmer mit eigener Arztpraxis) als auch in einem Spital oder in einer Einrichtung nach Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG

beschäftigte Ärztinnen und Ärzte unter die Zulassungsbeschränkung. Während die ersten als Leistungserbringer nach KVG gelten – ebenso wie Spitäler und Einrichtungen nach Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG (juristische Trägerschaft vorausgesetzt) – ist das bei angestellten Ärztinnen und Ärzten nicht der Fall. Zwecks klarer Abgrenzung, Verständlichkeit und präziser Regelung ist deshalb begrifflich zwischen der formellen Zulassung für Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 KVG und der Berechtigung für angestellte Ärztinnen und Ärzte zu unterscheiden. Die nachfolgenden Bestimmungen knüpfen an diese Unterscheidung an, weshalb es sinnvoll ist, die präzise begriffliche Abgrenzung unter dem Einleitungsteil vorwegzunehmen bzw. voranzustellen.

Methode zur Festlegung von Höchstzahlen (B)

§ 4. Ausnahme von der Beschränkung

Gemäss Art. 4 Höchstzahlenverordnung richtet sich die Einteilung der medizinischen Fachgebiete nach den eidgenössischen Weiterbildungstiteln der Ärztinnen und Ärzte. Wie bereits vorstehend unter Bst. B (S. 4) mit entsprechender Begründung ausgeführt, sollen die Fachgebiete der Grundversorgung von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen werden. Dazu zählen Allgemeine Innere Medizin, Praktische Ärztinnen und Ärzte, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Andererseits werden Fachgebiete ausgeschlossen, deren ambulantes OKP-Leistungsvolumen im Kanton Zürich weniger als 30 Mio. Franken pro Jahr beträgt. Grundlage bildet das Volumen der abgerechneten fachärztlichen TARMED-Leistungen (Einzelleistungen und Pauschalen) gemäss OBSAN-Bericht 16/2024 (Jörg, R., Kaiser, B., Tuch, A. & Widmer, M. [2024]. Weiterentwicklung der Methodik und Aktualisierung der regionalen Versorgungsgrade. Grundlagen für die Festlegung von Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung [OBSAN Bericht 16/2024]. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [BAG]. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitobservatorium).

§ 5. Mehrstufiges Vorgehen

Abs. 1 hält fest, dass die Höchstzahlen mittels eines mehrstufigen Verfahrens festgelegt werden und der Regierungsrat hierfür zuständig ist.

In einem ersten Schritt werden die zu beschränkenden Fachgebiete bestimmt (vgl. § 6 der vorliegenden Verordnung). In einem zweiten Schritt werden mittels Gewichtungsfaktor die Höchstzahlen für die von einer Beschränkung betroffenen Fachgebiete berechnet (vgl. § 7 und § 8 der vorliegenden Verordnung).

§ 6. Regulierungsfaktor

Die zu beschränkenden Fachgebiete werden auf Grundlage eines kantonalen Datenmodells bestimmt. Dieses umfasst neben dem Versorgungsgrad einen Toleranzbereich sowie einen Indikator zur Versorgungslage, welche im Versorgungsgrad selbst nicht berücksichtigt ist.

Der Indikator zur Versorgungslage ergibt sich aus dem Mittelwert folgender drei Komponenten:

1. den Einschätzungen der Grundversorger zur Versorgungssituation je Fachgebiet in der Schweiz (nationale Sicht),
2. den Einschätzungen der Grundversorger zur Versorgungssituation je Fachgebiet im Kanton Zürich (kantonale Sicht),
3. der Altersstruktur der Fachärztinnen und -ärzte je Fachgebiet.

Die Berücksichtigung dieser drei Komponenten gewährleistet eine ausgewogene Abbildung der tatsächlichen Versorgungslage.

Der sogenannte Regulierungsfaktor wird berechnet, indem der Versorgungsgrad durch den festgelegten Toleranzbereich und den Indikator zur Versorgungslage dividiert wird. Fachgebiete mit einem Regulierungsfaktor grösser eins gelten als überversorgt und werden entsprechend beschränkt.

$$\text{Regulierungsfaktor} = \frac{\text{Versorgungsgrad}}{\text{Toleranzbereich} * \text{Indikator Versorgungslage}}$$

$$\text{Indikator Versorgungslage} = \frac{\text{Versorgungssituation CH} + \text{Versorgungssituation ZH} + \text{Altersstruktur}}{3}$$

Der Kanton Zürich wendet einen Toleranzbereich in der Bandbreite von 10 bis 15% an. Für die erstmalige Inkraftsetzung der Verordnung soll ein pauschaler Wert von 15%

(1.15) festgelegt werden. Der Toleranzbereich steht in direktem Verhältnis zum Versorgungsgrad. Er reduziert den Regulierungsfaktor und führt dazu, dass weniger Fachgebiete einer Beschränkung unterliegen.

Die Anwendung eines Toleranzbereichs wird im OBSAN-Bericht 16/2024 empfohlen. Gewisse regionale Unterschiede in der Versorgung wird es immer geben und mit einem Toleranzbereich können solche Variationen, sofern sie verhältnismässig sind, akzeptiert werden. Zudem ist ein Toleranzbereich aufgrund der methodischen Grenzen und der eingeschränkten Datenlage sachgerecht. Als Referenz verweist der OBSAN-Bericht auf Deutschland, wo ein Toleranzbereich von 10% zur Anwendung kommt. Der im Kanton Zürich gewählte Wert liegt etwas höher. Ein Grund dafür ist, dass die Gesundheitsdirektion in den kommenden Jahren Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung der Zulassungsbeschränkung sammeln möchte.

Ergänzend hat das OBSAN im Bericht 16/2024 Analysen zu ambulanten ärztlichen Leistungen durchgeführt, die im Versorgungsgrad nicht enthalten sind (z. B. Leistungen ausserhalb der OKP oder Rechnungen, die wegen hoher Franchise nicht eingereicht wurden). Diese beeinflussen den Versorgungsgrad nur bei erheblichen regionalen Unterschieden. Für den Kanton Zürich zeigen die Analysen lediglich minimale Abweichungen im tiefen einstelligen Prozentbereich, die innerhalb des Toleranzbereichs berücksichtigt werden. Der OBSAN-Bericht 17/2024 analysierte zudem interkantonale Patientenströme (Jörg, R. und Kaiser, B. [2024]. Indikatoren zu den Patientenströmen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Grundlagen für die Definition von Gewichtungsfaktoren und die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte [OBSAN Bericht 17/2024]. Schlussbericht im Auftrag der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium). Für den Kanton Zürich ergaben sich dabei keine signifikanten Patientenströme in andere Kantone, die im Rahmen der Zulassungsbeschränkung zu berücksichtigen wären.

Da der Versorgungsgrad einen interkantonalen Vergleich ermöglicht, jedoch keine Aussage über das nationale Versorgungsniveau erlaubt, wird die Versorgungslage zusätzlich mittels eines Indikators berücksichtigt, der in Relation zum Versorgungsgrad gesetzt wird. Im Auftrag der GDK quantifizierten BSS und OBSAN die nationale Unter-

bzw. Überversorgung je Fachgebiet (vgl. Kaiser, B., Legler, V., Frey, M. & Schönleitner, T. [2024]. Indikatoren für die ambulante Versorgungssituation nach Fachgebiet. Schlussbericht im Auftrag der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]. Basel: BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG). Dazu wurden ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte befragt. Die Befragung umfasste zwei Module: eine Selbsteinschätzung der Versorgungssituation im eigenen Fachgebiet (Innensicht), sowie eine Einschätzung der Grundversorger zur Situation in den Spezialfachgebieten (Aussensicht). Für die Bewertung der nationalen Versorgungssituation stützt sich die Gesundheitsdirektion auf die Einschätzungen der Grundversorger, da diese Aussenansicht als objektiver beurteilt wird. In die Bewertung flossen zu gleichen Teilen die Einschätzungen der Grundversorger zur Zuweisung an Spezialfachgebiete (d.h. ob eine Zuweisung innerhalb der medizinisch gewünschten Frist möglich ist) sowie zur Versorgungssituation in diesen Gebieten ein. Die Gesundheitsdirektion transformierte die Befragungsergebnisse gemäss der im BSS-Schlussbericht beschriebenen Methodik in numerische Werte. Als Normbereich gelten Werte zwischen dem ersten (25%) und dritten Quartil (75%). Werte unterhalb des Normbereichs werden ins Verhältnis zum ersten Quartil gesetzt, Werte oberhalb zum dritten Quartil. Den resultierenden Werten wird ein Indikatorgewicht zwischen 0.75 (Überversorgung) und 3.0 (Unterversorgung) zugewiesen. Die höchsten Gewichtungen entfallen auf die Psychiatrie. In den Fachgebieten, in denen eine Beschränkung möglich ist, resultieren Gewichtungen in der Bandbreite zwischen 0.75 und 1.64 (vgl. Anhang 1). Werte unter 1 erhöhen den Regulierungsfaktor und damit die Wahrscheinlichkeit einer Beschränkung, während Werte über 1 diese verringern. Da die Zürcher Ärzteschaft an der BSS-Befragung nicht teilgenommen hat, stützt sich der Kanton Zürich zusätzlich auf eine eigene Erhebung des Amtes für Gesundheit im Jahr 2022. Diese befragte Zürcher Grundversorger zur Zuweisung von Patientinnen und Patienten an Spezialärztinnen und -ärzte. Die Ergebnisse werden als Komponente «kantonale Versorgungssituation» berücksichtigt. Die Transformation der Umfrageergebnisse in numerische Werte erfolgt nach derselben Methodik wie bei der Komponente «nationale Versorgungssituation». Die Ergebnisse sind ebenfalls im Anhang 1 zu diesen Erläuterungen dargestellt. Auch hier gilt: Werte unter 1 erhöhen den Regulierungsfaktor, Werte über 1 verringern ihn. Einzelne Fachgebiete wurden in der Zürcher Erhebung nicht erfasst, weil Grundversorger in der Regel nicht an diese zuweisen. In solchen Fällen fliesst diese Komponente nicht mit ein.

Die Einschätzungen zur nationalen und kantonalen Versorgungssituation stellen Momentaufnahmen dar. Um zusätzlich eine mittelfristige Perspektive miteinzubeziehen, wird die Altersstruktur der Ärzteschaft je Fachgebiet ergänzt. Die entsprechenden Daten stammen aus den Berufsausübungsbewilligungen im Kanton Zürich. Ein hoher Anteil von Ärztinnen und -ärzten über 60 Jahren in einem Fachgebiet weist auf ein Risiko einer zeitverzögerten Unterversorgung infolge bevorstehender Pensionierungen hin und spricht gegen eine Beschränkung. Ein geringer Anteil über 60 Jahren gilt hingegen nicht als Begründung für eine Beschränkung. Deshalb werden keine Gewichtungen unter 1.0 vergeben. Die Gewichtungen bewegen sich zwischen 1.0 und 3.0, in den potenziell zu beschränkenden Fachgebieten zwischen 1.0 und 1.45 (vgl. Anhang 1). Werte über 1 – das heisst Fachgebiete mit einem hohen Anteil von Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahren – verringern den Regulierungsfaktor und damit die Wahrscheinlichkeit einer Beschränkung.

§ 7. Gewichtungsfaktor

Der Kanton Zürich wendet einen Gewichtungsfaktor an, der sich wie folgt berechnet:

$$\text{Gewichtungsfaktor} = \text{Toleranzbereich} * \text{Indikator Versorgungslage} * \text{Anpassungsfaktor}$$

Der Toleranzbereich beträgt für die erstmalige Inkraftsetzung 15% (bzw. 1.15) und erhöht damit den Gewichtungsfaktor sowie die resultierenden Höchstzahlen (vgl. Erläuterungen zum Toleranzbereich auf S. 11-12). Der Indikator Versorgungslage führt bei Werten über 1 (Unterversorgung) zu einer Erhöhung des Gewichtungsfaktors, bei Werten unter 1 (Überversorgung) zu einer Reduktion (vgl. Erläuterungen zum Indikator Versorgungslage auf S. 12-14). Der Anpassungsfaktor berücksichtigt zukünftige Entwicklungen – insbesondere das Bevölkerungswachstum, die demografische Entwicklung und die zunehmende Ambulantisierung. Auf Basis dieser Prognosen wird hierfür ein pauschaler Wert von 3% (1.03) festgelegt. Dieser wird jährlich ab dem Erhebungsjahr des ärztlichen Angebots (2024) angewandt. Der Anpassungsfaktor ist bewusst grosszügig bemessen und führt zu einer jährlichen Erhöhung der Höchstzahlen, wodurch unter anderem Personen, die eine Weiterbildung in einem beschränkten Fachgebiet anstreben, eine Perspektive erhalten.

§ 8. Festlegung von Höchstzahlen

Die Höchstzahl pro beschränktes Fachgebiet wird berechnet, indem das Angebot an Ärztinnen und Ärzten (in VZÄ) durch den Versorgungsgrad geteilt und mit dem Gewichtungsfaktor multipliziert wird. Diese Berechnungsformel ist in Art. 1 und 5 der Höchstzahlenverordnung festgelegt. § 8 Abs. 1 der vorliegenden Verordnung hat insoweit nur deklaratorischen Charakter. Zur besseren Nachvollziehbarkeit und zur Hervorhebung der Bedeutung des Gewichtungsfaktors wird eine Wiederholung an dieser Stelle jedoch als sinnvoll erachtet. Die Werte für das Angebot, den Versorgungsgrad, den Gewichtungsfaktor sowie die daraus resultierenden Höchstzahlen (jeweils in VZÄ) sind in Anhang 2 zu diesen Erläuterungen dargestellt. Gemäss vorliegendem Verordnungsentwurf sind die Höchstzahlen pro beschränktes Fachgebiet im Anhang zur Verordnung auszuweisen und bei allfälligen künftigen Änderungen ist der Anhang zur Verordnung dementsprechend anzupassen (vgl. Abs. 2).

Die Höchstzahl gilt für das gesamte Kantonsgebiet. Auf eine regionale Differenzierung wird verzichtet, da eine wohnortsnahe Versorgung in erster Linie für die Grundversorgung relevant ist. Diese ist jedoch von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen. Die Zulassungsbeschränkung betrifft Spezialgebiete, bei denen die Notfallversorgung in der Regel durch Spitäler sichergestellt wird. Bei nicht dringlichen Fällen wird eine längere Anreise als zumutbar beurteilt.

Die Gesundheitsdirektion hat OBSAN und BSS beauftragt, das ambulante ärztliche Angebot nach Fachgebiet zu erheben. Gemeinsam haben sie für die Ermittlung der VZÄ je Fachgebiet eine neue Methode entwickelt. Grundlage bilden die Daten des Tarifpools der SASIS AG des Jahres 2024, ergänzt durch Informationen aus dem Zahnstellenregister (ZSR) der SASIS AG, dem Medizinalberuferegister (MedReg) sowie weiteren Quellen. Der Ansatz besteht im Wesentlichen darin, anhand von OKP-Leistungsdaten die durchschnittliche Zahl der wöchentlich geleisteten Halbtage auf individueller Ebene zu schätzen und diese in VZÄ auszudrücken. Als Referenzmonat dient in der Regel der November, da in diesem Monat eine besonders hohe Kapazitätsauslastung zu beobachten ist. Weist das Leistungsvolumen einer Person im November jedoch deutlich geringere Werte auf als im Oktober oder Dezember, wird stattdessen einer dieser beiden Monate als Referenz herangezogen. Im Rahmen der Methodik

wurde die Zuteilung der ärztlichen Leistungen auf Fachgebiete sowie die Umrechnung von TARMED-Stunden in VZÄ geregelt.

§ 9. Überprüfung und Anpassung

Die Festlegung der beschränkten Fachgebiete und der Höchstzahlen stützt sich auf die aktuell verfügbaren Datengrundlagen. Diese sind von den Kantonen periodisch zu überprüfen und zu aktualisieren. Diese Pflicht ist in Art. 5 Abs. 3 der Höchstzahlenverordnung verankert. Entsprechendes gilt für das EDI hinsichtlich der Überprüfung des Versorgungsgrads je Fachgebiet (vgl. Art. 3 Abs. 5 Höchstzahlenverordnung). § 9 Abs. 1 der vorliegenden Verordnung orientiert sich an der Höchstzahlenverordnung, erklärt den Regierungsrat für die Überprüfung der Höchstzahlen und des Gewichtungsfaktors zuständig und legt die Periodizität dieser Überprüfung fest. Abs. 2 ermöglicht es, unvorhersehbare Entwicklungen, die im Gewichtungsfaktor nicht oder nur unzureichend berücksichtigt wurden, aufzufangen – etwa Einbrüche in der Aus- oder Weiterbildung, die nachgelagert zu einer Unterversorgung führen könnten. Abs. 3 verweist auf die Möglichkeit eines sofortigen Zulassungsstopps gemäss Art. 55a Abs. 6 KVG. Im Kontext dieser Bestimmung ist zu beachten, dass Art. 55a Abs. 3 KVG auch für jede Änderung der Höchstzahlen gilt: Vor der Festsetzung sind die Ansprechgruppen gemäss Bundesrecht anzuhören, und es gilt der Koordinationspflicht mit den umliegenden Kantonen Rechnung zu tragen.

Personenbezogener Geltungsbereich der Beschränkung (C)

§ 10. Personenkreis

Abs. 1: Der Beschränkung durch die Höchstzahlen unterstehen sämtliche im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte mit einem Weiterbildungstitel in einem beschränkten Fachgebiet; also unabhängig davon ob die Berufsausübung als wirtschaftlich selbstständiger Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. a KVG oder in einem Anstellungsverhältnis zu einem Einzelunternehmer im Sinne von Art. 35 Abs. 2 Bst. a, einem Spital oder einer Einrichtung nach Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG erfolgt.

Abs. 2: Ausgenommen sind Ärztinnen und Ärzte, die die trotz Beschränkung eines medizinischen Fachgebiets – also nach Inkrafttreten von Höchstzahlen – eine Weiterbil-

dung in diesem Fachbereich aufnehmen; die Ausnahme gilt nur für die Dauer der Weiterbildung (vgl. dazu vorne unter Abschnitt C, S. 7f.). Nach Abschluss der Weiterbildung ist eine Weiterbeschäftigung im Anstellungsverhältnis oder ein Wechsel in die Selbstständigkeit nur möglich, wenn VZÄ zur Verfügung stehen und eine Berechtigung respektive Zulassung nach Massgabe von § 12 ff. (Abschnitt D) erteilt werden kann (vgl. dazu nachfolgend S. 18 ff.). In Korrelation dazu steht die Meldepflicht in § 18, die neben der Meldung von Eintritten und Austritten auch die Mitteilung der Erteilung eines Weiterbildungstitels umfasst (Abs. 3). Ohne diese Meldung betreffend die neu erteilten Weiterbildungstitel wäre eine rechtskonforme Umsetzung der Verordnung nicht möglich, da die Behörde den Zeitpunkt des Übergangs von der Ausnahme zur Beschränkung nicht verlässlich feststellen könnte. Obwohl in der Verordnung nicht ausdrücklich erwähnt, sind auch Ärztinnen und Ärzte von der Beschränkung betroffen, die gemäss § 11 des Gesundheitsgesetzes vom 2. April 2007 (GesG; LS 810.1) unter fachlicher Aufsicht von Fachärztinnen oder Fachärzten in einem beschränkten Fachgebiet tätig sein möchten, ohne sich selbst in Weiterbildung zu befinden. Gemeint sind diplomierte Ärztinnen und Ärzte, die aktuell keinen Facharzttitel anstreben und somit nicht unter die Ausnahme von § 10 Abs. 2 fallen. Auch Leistungen, die unter fachlicher Aufsicht erbracht werden, gelten als ärztliche Leistungen und sind dem abrechenbaren Leistungsvolumen des jeweiligen Leistungserbringens zuzurechnen, da sie in dessen Namen und auf dessen Rechnung erfolgen. Aus diesem Grund wäre die Beschäftigung solcher Personen grundsätzlich nur im Rahmen verfügbarer VZÄ zulässig. Allerdings scheiden entsprechende Anstellungsverhältnisse von vornherein aus, da die qualitativen Voraussetzungen für die Erteilung einer Berechtigung im Anstellungsverhältnis gemäss § 3 und § 14 Abs. 2 (vgl. nachfolgend S. 20) nicht erfüllt werden können.

§ 11. Bestandesschutz

Gemäss Art. 55a KVG können selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten von Höchstzahlen als Leistungserbringer zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen waren, weiterhin zulasten der OKP tätig sein. Ebenso können Ärztinnen und Ärzte, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen bei einem Einzelunternehmer (Ärztin oder Arzt mit Berufsausübungsbewilligung), in einem Spitalambulatorium oder einer Einrichtung nach Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG gearbeitet haben (unabhängig davon, ob in Weiterbildung oder nach abgeschlossener Weiterbildung), weiterhin in Anstellung arbeiten;

ein Wechsel des Arbeitgebers ist möglich. Es wird an dieser Stelle auf die Erläuterungen unter Bst. C (S. 6 ff.) verwiesen.

Verfahren zur Vergabe von Zulassung und Berechtigung (D)

§ 12. Gesuchstellerin oder Gesuchsteller

Diese Bestimmung hält der Klarheit halber fest, wer als Gesuchsteller in Frage kommt und verdeutlicht, dass die Erteilung von Zulassungen und Berechtigungen an eine natürliche Person, d.h. eine Ärztin oder einen Arzt anknüpft, die oder der bestimmte sachliche, vorwiegend personenbezogene Kriterien (vgl. nachfolgend § 14 Abs. 2) erfüllen muss. Ein Spital oder eine Einrichtung nach Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG kann also kein Gesuch um Erteilung von VZÄ unabhängig von einer konkreten Person stellen. Es bedarf eines gemeinsamen Gesuchs mit einer Ärztin oder einem Arzt, die oder der gewillt ist, mit der Institution ein Anstellungsverhältnis einzugehen.

Die Anknüpfung der Regelung an die einzelne Ärztin bzw. den einzelnen Arzt bildet die Grundlage für die Anwendung sachlicher Kriterien gemäss § 14 Abs. 2. Sie ermöglicht eine deutlich einfachere Ausgestaltung der Regelungen, deren Umsetzung sowie die Kontrolle der Einhaltung der kantonal festgelegten Höchstzahlen. Im Vergleich dazu würde eine konsequente Anknüpfung an die Leistungserbringer – also an die Trägerschaft eines Spitals oder einer Einrichtung gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG – eine wesentlich komplexere Regelstruktur erfordern. Eine solche Anknüpfung an juristische Personen würde zusätzliche Bestimmungen notwendig machen, etwa zu betrieblichen Qualitätskriterien oder zur Frage, in welchem Umfang VZÄ pro Vergabe beantragt werden dürften. Dies würde auch Fragen der Rechtsgleichheit aufwerfen, insbesondere im Hinblick auf die Zuteilung und den Bestandsschutz von VZÄ einer juristischen Person. Für angestellte Ärztinnen und Ärzte hätte eine solche Regelung zur Folge, dass ihnen die Abrechnungsberechtigung nicht individuell, sondern über ihren Arbeitgeber zugewiesen würde. Damit wären sie in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis: Ein Wechsel des Arbeitgebers wäre nur möglich, wenn der neue Arbeitgeber über freie VZÄ verfügt.

Die Anknüpfung an die natürliche Person vermeidet diese Komplexität und gewährleistet eine transparente und praktikable Umsetzung der Mengensteuerung. Sie gewährleistet zudem die Rechtsgleichheit in zweifacher Hinsicht:

Zwischen den Ärztinnen und Ärzten: Die Regelung stellt sicher, dass alle sich um eine Berechtigung zur Abrechnung zulasten der OKP bewerbenden Ärztinnen und Ärzte gleichbehandelt werden. Gleichzeitig bleibt ihnen die freie Wahl des Arbeitgebers unbenommen.

Zwischen potenziellen Arbeitgebern: Auch für mögliche Arbeitgeber – Einzelunternehmen, Spitäler sowie Einrichtungen gemäss Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG – wird Rechtsgleichheit geschaffen. Diese stehen im Wettbewerb um Ärztinnen und Ärzte mit Abrechnungsberechtigung. Dass sich dieser Wettbewerb auf die Lohnstruktur auswirken kann, ist unbestritten, ist aber als typische Folge der Verknappung begehrter Ressourcen kaum vermeidbar und zu akzeptieren.

Aus Sicht der Gesundheitsdirektion ist es unerheblich, bei welchem Leistungserbringer das Mengenwachstum konkret anfällt. Entscheidend ist allein die Möglichkeit, das Wachstum übergeordnet zu steuern und zu begrenzen.

§ 13. Gesuch und Stichtage

Die Bestimmung legt fest, dass Gesuche um Zulassung oder um Erteilung einer Berechtigung in einem beschränkten Fachgebiet jeweils zum 1. April und 1. Oktober eingereicht werden können. Diese Stichtagsregelung dient nicht nur der Verfahrensstrukturierung, sondern ist auch sachlich geboten, da die Vergabeentscheidung auf einem Vergleich der zu diesen Zeitpunkten vorliegenden Bewerbungen beruht. Durch die Bündelung der Gesuche zu festen Terminen wird eine einheitliche Beurteilung ermöglicht, die den Grundsätzen der Gleichbehandlung und Rechtsgleichheit entspricht.

Absatz 2 konkretisiert die Anforderungen an das Gesuch: Es muss sämtliche für die Beurteilung relevanten Informationen und Unterlagen enthalten. Damit wird sichergestellt, dass die zuständige Behörde eine vollständige Entscheidungsgrundlage erhält. Die Behörde regelt die Einzelheiten.

Absatz 3 regelt das Vorgehen bei unvollständig eingereichten Gesuchen. In solchen Fällen wird den Bewerbenden eine kurze Nachfrist von fünf Arbeitstagen zur Nachreichung der fehlenden Unterlagen eingeräumt. Diese Frist ist strikt zu beachten, da die Vollständigkeit des Gesuchs Voraussetzung für die Berücksichtigung im stichtagsbezogenen Vergabeentscheid ist. Wird die Nachfrist nicht genutzt, erfolgt ein Nichteintre-

tentsentscheid. Damit wird sichergestellt, dass nur vollständig dokumentierte Bewerbungen in den direkten Vergleich einbezogen werden können, was für die rechtsgleiche und transparente Vergabe zentral ist.

§ 14. Auswahlverfahren bei Gesuchsüberhang

Absatz 1 regelt die Ausgangslage für das Auswahlverfahren: Übersteigt die Anzahl eingereichter Gesuche die verfügbaren VZÄ, wird ein Auswahlentscheid notwendig. Ärztinnen und Ärzte mit bereits bestehender ausserkantonaler Zulassung oder Berechtigung werden vom Verfahren ausgeschlossen. Diese Regelung dient der Priorisierung von Bewerbenden, die neu und ausschliesslich in die kantonale Versorgung eintreten wollen, und stärkt die Steuerungswirkung der kantonalen Höchstzahlen.

Absatz 2 beschreibt die Auswahlkriterien, die das Amt für Gesundheit im Rahmen einer Gesamtbeurteilung anwendet. Die Kriterien sind so ausgestaltet, dass sie sowohl versorgungsrelevante als auch qualifikationsbezogene Aspekte berücksichtigen. Vorrang erhält, wer die Kriterien in besonderem Masse erfüllt. Die vier Kriterien sind:

lit. a: Der schriftliche Nachweis einer geplanten Praxisübernahme mit fachlicher Übereinstimmung zwischen bisheriger Ausrichtung und Weiterbildungstitel stellt ein starkes Indiz für eine nahtlose Weiterführung bestehender Versorgungsstrukturen dar. Auch eine teilweise Übernahme im Sinne einer Mitbeteiligung ist grundsätzlich möglich, etwa wenn sich die bisherige Inhaberin oder der bisherige Inhaber und die Nachfolgerin oder der Nachfolger das Penum zunächst teilen und eine vollständige Übernahme erst zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen ist.

lit. b: Der Besitz von Schwerpunkttiteln weist auf eine vertiefte fachliche Qualifikation hin und kann zur Deckung spezifischer Versorgungsbedarfe in den beschränkten Fachgebieten beitragen.

lit. c: Deutschkenntnisse auf Niveau C2 des Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER) sind ein wesentliches Kriterium für die Qualität der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, mit anderen Leistungserbringern, Behörden und Versictern. C2 entspricht annähernd muttersprachlichen Kenntnissen.

lit. d: Die Berücksichtigung eines früheren Gesuchs, das ausschliesslich wegen Überschreitung der Höchstzahl abgelehnt wurde, trägt dem Prinzip der Fairness Rechnung.

Absatz 3 legt fest, dass dem Kriterium gemäss lit. a doppeltes Gewicht zukommt, während die übrigen Kriterien einfach gewichtet werden. Dies unterstreicht die versorgungspolitische Bedeutung der Praxisübernahme.

Absatz 4 regelt das Vorgehen bei Gleichstand: Besteht nach Anwendung der genannten Kriterien kein eindeutiger Vorrang, wird die berufliche Erfahrung (Anzahl Berufsjahre, Funktionen) als zusätzliches Entscheidungskriterium herangezogen. Dies ermöglicht eine differenzierte Auswahl auch in Fällen mit vergleichbarer Eignung.

Insgesamt gewährleistet § 14 ein transparentes, sachlich fundiertes und rechtsgleiches Auswahlverfahren, das sowohl die Versorgungssicherheit als auch qualitative Aspekte berücksichtigt und sich konsistent in die Systematik der personenbezogenen Mengensteuerung einfügt.

§ 15. Entscheid

Absatz 1 regelt die Voraussetzungen für die Erteilung einer Zulassung oder Berechtigung durch das Amt für Gesundheit. Die Verfügung setzt voraus, dass die bundesrechtlichen Zulassungsanforderungen nach Art. 37 KVG i.V.m. Art. 38 und gegebenenfalls 39 KVV erfüllt sind und ein Zuschlag gemäss § 14 erteilt werden kann. Damit wird klargestellt, dass die kantonale Vergabeentscheidung auf zwei Ebenen beruht: der vorangehenden Prüfung nach Bundesrecht und der Auswahl im Rahmen der kantonalen Mengensteuerung. Die Kombination dieser Voraussetzungen gewährleistet sowohl die rechtliche Konformität als auch die bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung.

Absatz 2 stellt sicher, dass die Verfügung transparent ist und die Zuteilung nachvollziehbar bleibt: Die Angabe des zugesprochenen Vollzeitäquivalents (VZÄ) macht deutlich, in welchem Umfang die ärztliche Tätigkeit zulasten der OKP erfolgen darf. Dies ist im Kontext der Höchstzahlenregelung und der personenbezogenen Zuteilung insbesondere für die Kontrolle von Bedeutung.

Absatz 3 verweist auf das anwendbare Rechtsmittelverfahren. Streitigkeiten über die Verfügung unterliegen dem Verwaltungsrechtspflegegesetz (VRG) vom 24. Mai 1959 (LS 175.2). Das heisst Verfügungen des AFG können mit Rekurs an die nächsthöhere Instanz (Gesundheitsdirektion, Rechtsabteilung, Ressort Rechtsmittel) zur Überprüfung weitergezogen werden und anschliessend an das Verwaltungsgericht.

§ 16. Verfall

Diese Bestimmung regelt den automatischen Verfall einer erteilten Zulassung oder Berechtigung, sofern deren Inhaberin oder Inhaber nicht innert zwölf Monaten nach Erteilung davon Gebrauch macht. Sie orientiert sich an der früheren bundesrechtlichen Regelung von Art. 6 der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL) vom 3. Juli 2013 gültig bis 30. Juni 2021 (SR 832.103). Die Regelung soll sicherstellen, dass die kantonal vergebenen VZÄ tatsächlich zur Versorgung beitragen und nicht durch inaktive, auf Vorrat erworbene Zulassungen und Berechtigungen blockiert werden. Die Frist von zwölf Monaten ist sachgerecht bemessen; sie trägt insbesondere dem Umstand Rechnung, dass die Inbetriebnahmen einer neuen Praxis in der Regel eine Vorlaufzeit für den Aufbau von Struktur und Organisation von mehreren Monaten voraussetzt.

Der Verfall erfolgt automatisch, ohne dass es einer gesonderten Verfügung bedarf. Dies erhöht die Verfahrensklarheit und ermöglicht eine effiziente Nachbesetzung freiwerdender VZÄ im Rahmen der nächsten Vergaberunde. Diese Bestimmung stärkt zusätzlich die Steuerungswirkung der kantonalen Regelung.

Informationspflichten (E)

§ 17. Publikation der verfügbaren VZÄ

Diese Bestimmung verpflichtet das Amt für Gesundheit, jeweils anfangs Februar und August – also zwei Monate vor den bekannten Stichtagen für die Gesuchseinreichung per 1. April und 1. Oktober – die Anzahl der verfügbaren VZÄ in den beschränkten Fachgebieten zu aktualisieren und öffentlich zugänglich zu machen. Die Veröffentlichung erfolgt über die Internetseite des Amts und dient der Transparenz sowie der Orientierung der potenziellen Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller über die verfügbaren VZÄ.

Die zeitliche Abstimmung der Publikation mit den Gesuchstichtagen und der Meldepflicht gemäss § 18 (dazu nachfolgend) ist sachlich begründet: Sie ermöglicht es den Bewerbenden, ihre Gesuche unter Kenntnis der aktuellen Verfügbarkeit einzureichen

und unterstützt eine geordnete und planbare Durchführung des Auswahlverfahrens gemäss § 14. Gleichzeitig wird dem Grundsatz der Gleichbehandlung Rechnung getragen, indem allen Interessierten dieselben Informationen zur Verfügung stehen.

§ 18. Meldepflicht der Leistungserbringer

Die Meldepflicht ist ein zentrales Instrument zur Umsetzung der Steuerung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der Höchstzahlen. Sie ermöglicht dem Amt für Gesundheit als Aufsichts- und Vollzugsbehörde jederzeit einen aktuellen Überblick über die personellen Veränderungen bei den Leistungserbringern und damit die Nachvollziehbarkeit von verfügbaren VZÄ. Zudem dient sie der Vermeidung von Missbrauch oder Umgehung der Beschränkung sowie der Planungssicherheit für die Versorgung. Die Meldepflicht dient der Sicherstellung einer aktuellen und verlässlichen Datenlage, die für die wirksame Umsetzung der kantonalen Mengensteuerung unerlässlich ist. Eine verlässliche Datenlage bildet zudem Voraussetzung, um eine Unter- oder Überversorgung frühzeitig zu erkennen und Gegenmassnahmen im Sinne von § 9 einleiten zu können.

Absatz 1 verpflichtet die Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a, dem Amt für Gesundheit frühzeitig mitzuteilen, wenn sie ihre Praxis aufgeben oder ihr Pensem in Folge Teilpensionierung reduzieren. Ebenso müssen sie – wie die Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG – Eintritte, Austritte oder definitive Pensenreduktionen von Mitarbeitenden infolge Teilkündigung oder Teilpensionierung rechtzeitig melden. Diese Meldungen sind entscheidend, weil sie direkt die verfügbaren Vollzeitäquivalente (VZÄ) beeinflussen. Für das Amt ist zudem relevant, ob es sich bei den gemeldeten Personen um Ärztinnen und Ärzte handelt, deren Leistungen zulasten der OKP abgerechnet werden dürfen, also um Personen in Weiterbildung, mit Bestandesschutz oder mit einer entsprechenden Berechtigung. Neueintritte solcher Personen sind hinsichtlich der Abrechnungszulässigkeit möglich, währenddessen Neueintritte anderer Ärztinnen und Ärzte ein Vergabeverfahren und einen positiven Vergabeentscheid nach § 14 voraussetzen.

Einrichtungen nach 35 Abs. 2 Bst. n KVG unterliegen – ebenso wie selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte (i.e. Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a KVG) – auch gesundheitspolizeilichen Meldepflichten: Sie müssen angestellte Ärztinnen und Ärzte

mit Berufsausübungsbewilligung melden und für unter fachlicher Aufsicht tätige Ärztinnen und Ärzte eine Assistenzbewilligung beantragen respektive deren Austritte melden. Die vorliegende Bestimmung ergänzt die gesundheitspolizeilichen Melde- und Bewilligungspflichten um eine steuerungsbezogene Komponente, indem sie sicherstellt, dass relevante Änderungen auch im Kontext der VZÄ-Zuteilung und Berechtigungsvergabe erfasst werden. Eine Änderung kann somit rechtlich betrachtet sowohl eine gesundheitspolizeiliche als auch eine steuerungsbezogene Meldepflicht auslösen. Dieser doppelten Pflicht kann jedoch mit einer einzigen, inhaltlich vollständigen Meldung entsprochen werden – vorausgesetzt, sie enthält sämtliche relevanten Angaben zur Bewilligungs- und Zulassungssituation.

Absatz 2 statuiert eine periodische Meldepflicht für Spitäler: Zweimal jährlich – jeweils per 30. Juni und per 31. Januar – unterstehen sie derselben Meldepflicht wie die Leistungserbringer nach Art. 35 Abs. 2 Bst. a und n KVG. Diese Stichtage sind bewusst gewählt; sie stehen in zeitlicher Nähe zu den bekannten Gesuchsterminen (1. April und 1. Oktober), sodass die Datenbasis für die Vergabeentscheidungen aktuell und belastbar ist. Die Einführung einer periodischen Meldepflicht für Spitäler ist mit Blick auf die Datenlage bedeutsam, weil nur eingeschränkte gesundheitspolizeiliche Melde- und Bewilligungspflichten greifen (im Unterschied zu Arztpraxen und Einrichtungen nach Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG müssen Spitäler keine Bewilligung für die Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten unter fachlicher Aufsicht einholen und unter gesundheitspolizeilichem Aspekt auch keine Austritte melden).

Nicht meldepflichtig sind vorübergehende Änderungen des VZÄ-Pensums, die auf Dienstaussetzungen infolge Krankheit, Unfall, Mutterschaft, obligatorischem Militärdienst oder Schutzdienst, Zivildienst, Weiterbildung, unbezahltem Urlaub oder vergleichbaren Gründen zurückzuführen sind. Solche Umstände führen nicht zu einer dauerhaften, konstanten Veränderung der VZÄ mit relevantem Einfluss auf das abrechenbare Leistungsvolumen. Dies gilt selbst dann, wenn die Abwesenheit durch eine Stellvertretung überbrückt wird, die nicht mit bestehenden Stellenprozenten aufgefangen werden kann. Auch wenn in solchen Fällen der Lohn unter Umständen doppelt anfällt, wird die medizinische Leistung nur einmal erbracht – durch die tatsächlich tätige Person im Betrieb – und ist entsprechend auch nur einmal verrechenbar (Tarifschutz).

Absatz 3 regelt den Umfang der Meldepflicht. Diese umfasst die Personalien, die GLN-Nummer sowie das Pensum in VZÄ der betroffenen Ärztinnen und Ärzte. Bei Ärztinnen und Ärzten, die ihre Weiterbildung in einem beschränkten medizinischen Fachgebiet abgeschlossen haben, ist zusätzlich das Datum der Erteilung des Weiterbildungstitels anzugeben. Diese Angabe ist wichtig, weil die VZÄ von Personen mit Bestandesschutz nach § 11 Abs. 2, die ihren Weiterbildungstitel erst nach Inkrafttreten der Höchstzahlen erlangt haben, bei der Bestimmung der verfügbaren VZÄ zu berücksichtigen sind.

Absatz 4 verpflichtet alle Leistungserbringer zur weiterführenden Auskunft gegenüber dem Amt für Gesundheit auf Verlangen. Diese Bestimmung sichert die Durchsetzbarkeit der Meldepflichten und ermöglicht eine vertiefte Prüfung im Einzelfall, etwa bei Unklarheiten oder zur Verifikation von Angaben.

§ 19. Initiale Datenerhebung im Spitalbereich

Diese Norm dient der erstmaligen Erhebung des Status quo nach Inkrafttreten der Höchstzahlen in der Verordnung (initiale Datenerhebung). Sie verpflichtet die Spitäler, dem Amt für Gesundheit innert Monatsfrist ab Inkrafttreten der Höchstzahlen einmalig jene Ärztinnen und Ärzte zu melden, die im beschränkten Fachgebiet ambulant tätig sind (inklusive jenen in Weiterbildung). Die Meldung hat die Personalien, die GLN-Nummer und das Pensum in VZÄ zu enthalten.

Die einmalige Erhebung dient als Grundlage für die erstmalige Erfassung der tatsächlichen Inanspruchnahme der verfügbaren VZÄ im ambulanten Spitalbereich. Sie ist notwendig, da Spitäler – anders als Einzelunternehmer und Einrichtungen nach Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG – für unter fachlicher Aufsicht tätige Ärztinnen und Ärzte keine individuelle Bewilligung beantragen müssen und diese somit nicht bereits durch gesundheitspolizeiliche Meldepflichten vollständig erfasst sind. Die Daten aus dieser Meldung stellen sicher, dass die kantonale Mengensteuerung von Beginn weg auf einer vollständigen und transparenten Datenbasis beruht.

Die Bestimmung kommt bei jeder neuen Festsetzung von Höchstzahlen für neue medizinische Fachgebiete zur Anwendung.

E. Finanzielle Auswirkungen

Die Verordnung führt für den Kanton aufgrund der aufwendigeren Prüfung der Zulassungsgesuche sowie der notwendigen Kontrolle der Leistungserbringer zu einem substantiell höheren Verwaltungsaufwand. Auch für die betroffenen Leistungserbringer entsteht zusätzlicher administrativer Aufwand. Die Gesundheitsdirektion beabsichtigt die Mehrbelastungen für die Leistungserbringer so gering wie möglich zu halten, indem die Zulassungsgesuche weitgehend im Rahmen der bestehenden Prozesse abgewickelt werden.

Auf die ambulanten OKP-Kosten sollte die Zulassungsbeschränkung hingegen kosten-dämpfend wirken. Eine Evaluation der Auswirkungen der Regulierung ist vorgesehen.

F. Regulierungsfolgeabschätzung

Die Zulassungsbeschränkung gemäss Art. 55a KVG stellt für die von einer Beschränkung betroffenen Leistungserbringer einen erheblichen Eingriff dar. Die Einschränkung der Berufsausübung bzw. der Möglichkeit, über die OKP abzurechnen, ist jedoch im Bundesgesetz vorgesehen. Das Bundesgericht hat in seiner Rechtsprechung bestätigt, dass die Bedürfnisklausel von Art. 55a KVG ein sozialpolitisches Ziel verfolgt, das im Hinblick auf die Wirtschaftsfreiheit zulässig ist (vgl. Urteil 9C_37/2024 vom 15. Januar 2025, Erw. 9 mit weiteren Verweisen).

Bei der Festlegung der zu regulierenden Fachgebiete und deren Höchstzahlen wurde darauf geachtet, nur Fachgebiete mit einer ausgewiesenen Überversorgung zu beschränken und das Risiko einer Fehlregulierung bzw. zukünftigen Unterversorgung zu minimieren. Die Beurteilung spiegelt den aktuellen Stand wider. Um auf zukünftige Entwicklungen reagieren und bei Bedarf Gegensteuer geben zu können ist die Möglichkeit einer periodischen Überprüfung und Anpassung der Zulassungsbeschränkung zentral. Diese Möglichkeit ist sowohl im KVG als auch in der vorliegenden Verordnung enthalten.

Anhang 1: Festlegung der zu beschränkenden Fachgebiete

Fachgebiete (exkl. Fachgebiete der Grundversorgung und mit OKP-Leistungsvolumen <30 Mio. CHF/a)	Versorgungsgrad	Komponenten Versorgungslage			Indikator Versorgungslage**	Toleranzbereich	Regulierungsfaktor***
		Nationale Versorgungssituation	Kantonale Versorgungssituation*	Altersstruktur			
Anästhesiologie	0.82	0.92	-	1.00	0.96	1.15	0.74
Chirurgie	1.06	0.91	0.84	1.45	1.07	1.15	0.86
Dermatologie und Venerologie	1.32	1.64	1.00	1.00	1.21	1.15	0.95
Gastroenterologie	1.10	1.00	1.00	1.16	1.05	1.15	0.90
Gynäkologie und Geburtshilfe	1.03	1.00	1.00	1.00	1.00	1.15	0.90
Kardiologie	0.99	0.97	0.89	1.01	0.96	1.15	0.90
Neurologie	1.21	1.22	1.00	1.01	1.08	1.15	0.98
Nuklearmedizin	1.02	1.00	1.00	1.00	1.00	1.15	0.88
Ophthalmologie	1.08	1.00	1.00	1.00	1.00	1.15	0.94
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates	0.95	0.93	0.89	1.16	0.99	1.15	0.83
Oto-Rhino-Laryngologie	1.10	1.00	0.91	1.10	1.00	1.15	0.95
Radio-Onkologie u. Strahlentherapie	1.01	0.97	-	1.00	0.99	1.15	0.89
Radiologie	0.98	0.75	0.75	1.00	0.83	1.15	1.02
Urologie	1.20	1.00	0.87	1.00	0.96	1.15	1.09

Die in der Tabelle aufgeführten Werte sind gerundet.

* Einzelne Fachgebiete wurden in der Zürcher Erhebung nicht erfasst, weil Grundversorger in der Regel keine Zuweisungen an diese vornehmen. In solchen Fällen fließt der entsprechende Indikator nicht in die Beurteilung der Versorgungslage mit ein.

** Der Indikator Versorgungslage entspricht dem Mittelwert der drei Komponenten zur Einschätzung der Versorgungslage.

*** Der Regulierungsfaktor wird berechnet, in dem der Versorgungsgrad durch das Produkt aus dem Indikator zur Versorgungslage und dem Toleranzbereich dividiert wird.

Anhang 2: Gewichtungsfaktor und Höchstzahl der beschränkten Fachgebiete

Beschränkte Fachgebiete	Angebot an Ärztinnen und Ärzten (in VZÄ)	Versorgungsgrad	Gewichtungsfaktor*			Höchstzahlen (in VZÄ)			
			Indikator Versorgungslage	Toleranzbereich	Jährlicher Anpassungsfaktor	2026	2027	2028	2029
Radiologie	174.2	0.98	0.83	1.15	1.03	181.5	186.9	192.5	198.3
Urologie	93.4	1.20	0.96	1.15	1.03	90.6	93.3	96.1	99.0

* Der Gewichtungsfaktor entspricht dem Produkt der einzelnen Faktoren. Der jährliche Anpassungsfaktor wird ab dem Jahr 2024, dem Jahr der Erhebung des Angebots an Ärztinnen und Ärzten, angewendet. Die in der Tabelle aufgeführten Werte sind gerundet.