

Erstellung von ärztlichen Leistungs- und Honorarkatalogen im internationalen Vergleich

Thomas Czypionka
Monika Riedel, Eva Raschhofer

Studie im Auftrag
der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)



INSTITUT FÜR
HÖHERE STUDIEN
WIEN

AutorInnen

Thomas Cypionka, Monika Riedel, Eva Raschhofer

Titel

Erstellung von ärztlichen Leistungs- und Honorarkatalogen
im internationalen Vergleich

DOI: <https://doi.org/10.60739/IHS-7232>

Kontakt

T +43 1 59991-127

E thomas.cypionka@ihs.ac.at

Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973

Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werks ist ausgeschlossen.

Zusammenfassung

Die Honorierung im vertragsärztlichen Bereich ist derzeit durch eine Vielzahl von Honorarkatalogen fragmentiert. Neben den Systemen von BVAEB und SVS existieren noch immer Gesamtverträge aus den Zeiten der ehemaligen Gebietskrankenkassen.

Ein einheitlicher Gesamtvertrag der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der ÖGK ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Er soll sowohl die Bedürfnisse der Versicherten als auch die Anforderungen der Leistungserbringer berücksichtigen. Um dieses Ziel zu unterstützen, werden in diesem Bericht internationale Erfahrungen aus Deutschland, der Schweiz, den Niederlanden, Frankreich und Dänemark analysiert. Die Auswahl der Vergleichsländer wurde so getroffen, dass sie sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede zum österreichischen Gesundheitssystem aufweisen. Insbesondere die Rolle der Regionen/Länder, die Bedeutung der HausärztInnen und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung werden in den Vergleich einbezogen. Im Mittelpunkt der Analyse stehen die Gestaltungsprozesse von Leistungskatalogen und die Entwicklung eines transparenten und mit gesundheitspolitischen Zielen kompatiblen Vergütungssystems. Durch eine Kombination aus Literaturrecherche und ExpertInneninterviews wurde ein umfassender Überblick über „Best Practices“ in den Vergleichsländern gewonnen.

Im Gegensatz zu Österreich sind in allen anderen Vergleichsländern die Krankenkassen sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung **hauptverantwortlich**. Diese Konstellation ermöglicht es den Kassen, stärker auf eine optimale Ausgestaltung der Versorgung hinzuwirken. Sie haben sowohl Anreize als auch die Möglichkeit, Leistungen gezielt zwischen verschiedenen Versorgungsebenen zu verschieben, um sowohl die Qualität als auch die Kosten zu optimieren.

Um die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung genauer zu definieren, sind detaillierte **Leistungskataloge** unerlässlich. In den meisten Vergleichsländern gelten solche Kataloge landesweit und werden von einer (empfehlenden) Bundesbehörde gepflegt. In Deutschland, Frankreich und den Niederlanden existieren solche Kataloge auf nationaler Ebene und beschreiben den grundlegenden Leistungsumfang. In der Schweiz hingegen fungiert der Katalog als Maximalkatalog, der darüber entscheidet, welche Leistungen grundsätzlich erbracht werden dürfen. Lediglich Dänemark verzichtet auf einen nationalen Leistungskatalog und überlässt die Festlegung der Leistungen den Regionen. Der Fokus liegt hier auf der Erreichung konkreter Gesundheitsziele.

Die Frage, welche Leistungen im Gesundheitswesen finanziert werden, ist ein komplexer Entscheidungsprozess, der häufig zu Konflikten zwischen den beteiligten Akteuren führt. Um eine von allen Seiten anerkannte Entscheidung zu treffen, beziehen viele Länder neutrale ExpertInnen in Form von gemeinsamen Ausschüssen oder beratenden Gremien ein. Diese Institutionen tragen dazu bei, dass die Entscheidungen auf einer **evidenzbasierten Grundlage** getroffen werden und empfehlen meist dem zuständigen (Gesundheits)Ministerium, welche Leistungen in den einheitlichen Katalog aufzunehmen sind. Die meisten untersuchten Länder setzen dabei auf Health Technology Assessments (HTAs) als Grundlage für die Entscheidung über neue Leistungen. Besonders bei kostspieligeren Leistungen wird ein HTA durchgeführt, um den Nutzen und die Wirtschaftlichkeit zu bewerten. Die konkreten Bewertungskriterien sind zwar nicht immer einheitlich, weisen aber oft Ähnlichkeiten auf, wie beispielsweise die deutschen Kriterien (ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich). Nur in wenigen Ländern, wie Dänemark und Österreich, verhandeln die Leistungserbringer und Kostenträger direkt auch über das Leistungsspektrum miteinander. Dabei zeigt sich, dass die Praxis einer national koordinierten Vorgehensweise, wie in Dänemark, zu einheitlicheren Lösungen führen kann.

Die **Transparenz** bei der Festlegung von Leistungen und Tarifen im Gesundheitswesen variiert zwischen den untersuchten Ländern. Während die Entscheidungen selbst meist öffentlich zugänglich sind, fehlen oft detaillierte Informationen über die zugrundeliegenden Berechnungen, Bewertungen und Entscheidungsgründe. Diese Intransparenz ist besonders problematisch in Ländern ohne einen starken Wettbewerb zwischen Krankenkassen, da die Öffentlichkeit eigentlich ein Recht darauf haben sollte, zu erfahren, wie öffentliche Gelder eingesetzt werden. Ein höherer Grad an Transparenz würde das Vertrauen in das Gesundheitssystem stärken und die Möglichkeiten zur Überprüfung und Verbesserung der Entscheidungen erhöhen.

In den untersuchten Ländern gewinnen **Pauschalen** als Honorierungsform zunehmend an Bedeutung. Während sie in einigen Ländern bereits als wesentlichste Honorierungsform fungieren, werden sie in anderen, wie Frankreich, noch erprobt. Besonders in Ländern mit traditioneller Einzelleistungsabrechnung werden pauschalierte Modelle als optionale Varianten angeboten. Da diese Modelle oft mit Einschränkungen für die PatientInnen verbunden sind, müssen sie ihnen im Gegenzug Vorteile bieten, wie beispielsweise eine höhere Spezialisierung in der Versorgung oder niedrigere Kosten. Eine verstärkte Pauschalierung im Gesundheitswesen kann kostensenkend wirken, vereinfacht den Verwaltungsaufwand und macht die Planung für Krankenkassen einfacher. Zudem

kann durch die Übernahme einer koordinierenden Rolle durch HausärztInnen die Inanspruchnahme von FachärztInnen und Krankenhäusern reduziert werden. Gleichzeitig führt die Pauschalierung zu einer effizienteren Nutzung der Ressourcen und verringert den Anreiz für ÄrztInnen, unnötige Leistungen zu erbringen.

Die Festlegung der konkreten Vergütung für medizinische Leistungen erfolgt in vielen Ländern durch Verhandlungen zwischen ÄrztInnen(vertretungen) und Versicherungen. Dabei wird häufig nicht der einzelne Tarif direkt verhandelt, sondern vielmehr der Wert eines sogenannten Punktes. Diese Punkte sind eine abstrakte Einheit, die den relativen Wert verschiedener Leistungen zueinander widerspiegeln. Die Verhandlung über den Punktwert ermöglicht eine flexible und effiziente Anpassung an regionale oder wirtschaftliche Veränderungen.

Die Grundlage für die Tarifverhandlungen bilden in der Regel **empirisch ermittelte Kosten**, die bei der Versorgung von PatientInnen entstehen. Während für viele Länder detaillierte Kostendaten fehlen, liegen für Deutschland und die Schweiz vergleichsweise umfassende Informationen vor. Die Kostenkalkulation in diesen Ländern basiert auf einem einfachen Prinzip: Sie setzt sich aus Personalkosten und Sachkosten zusammen. Die genaue Kalkulation der Kosten im Gesundheitswesen ist hingegen eine komplexe Aufgabe. In der Schweiz wurde daher die OAAT AG gegründet, um eine objektive Grundlage für die Tarifverhandlungen zu schaffen. Diese Organisation nutzt umfangreiche Daten aus verschiedenen Quellen, wie der rollenden Praxiskostenstudie und dem Strukturdatensatz der ÄrztInnenpraxen, um die Kosten für medizinische Leistungen realistisch abzubilden. Durch eine jährliche Aktualisierung der Tarifdaten und die Möglichkeit, neue Leistungen schnell in das System einzubeziehen, soll die OAAT AG zu einer dynamischen und zukunftsorientierten Tarifgestaltung beitragen.

Die steigenden Gesundheitskosten und der demografische Wandel stellen viele Gesundheitssysteme vor große Herausforderungen. Um die Kostenentwicklung einzudämmen, haben zahlreiche Länder Maßnahmen zur **Kostendämpfung** eingeführt. Das OPTAM-Programm in Frankreich ist ein Beispiel dafür, wie man durch gezielte Anreize das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen dämpfen kann. Durch die Kombination von finanziellen Vorteilen für ÄrztInnen und PatientInnen wird die Attraktivität kosteneffizienter Behandlungen erhöht. Gleichzeitig trägt OPTAM dazu bei, die Entwicklung eines privaten Gesundheitsmarktes einzudämmen und die Versorgungssicherheit für die Bevölkerung zu gewährleisten.

Die Umstellung von TARMED auf TARDOC in der Schweiz verdeutlicht die Bedeutung der **Kostenneutralität bei Tarifreformen**. Durch den Einsatz eines Kostenneutralitätsfaktors wird sichergestellt, dass die Gesamtausgaben für

ambulante ärztliche Leistungen nicht steigen. Dieses Konzept könnte als Vorbild für Österreich dienen, insbesondere bei einer Harmonisierung der Honorarordnungen auf Bundesebene.

Das **Regelleistungsvolumen** dient in Deutschland und Dänemark dazu, die ärztliche Versorgung zu steuern. In Dänemark wird dieses Instrument gezielt eingesetzt, um die Qualität der Behandlung zu sichern, insbesondere bei FachärztInnen. Überschreiten sie ein bestimmtes Behandlungsvolumen, werden ihre Einnahmen gekürzt. Die Begründung dafür liegt in der Annahme, dass eine hohe Anzahl an PatientInnen die Qualität der individuellen Behandlung beeinträchtigen könnte.

Auch die Einbindung **nicht-ärztlicher Berufsgruppen** in multidisziplinären Teams ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Effizienz im Gesundheitswesen. In den Niederlanden zeigt das Beispiel der Hebammen, wie durch eine klare Aufgabenverteilung und eine stärkere Eigenverantwortung nicht-ärztlicher Berufsgruppen die Versorgung optimiert werden kann.

Die Modernisierung der Honorarverträge im österreichischen vertragsärztlichen Bereich bietet eine Chance, gleichzeitig mit dem Abbau der Fragmentierung gesundheitspolitisch erwünschte Anreize zu setzen. Aus der Analyse bewährter internationaler Modelle und der Berücksichtigung österreichischer Gegebenheiten können folgende Maßnahmen zu einem Gelingen eines einheitlichen Honorarkatalogs und anreizkompatibler Honorierung abgeleitet werden: Einerseits bilden in vielen Ländern evidenzbasierte Bewertungen und neutrale Entscheidungen die Basis für die Schaffung eines einheitlichen Leistungskatalogs und eine wichtige Grundlage für die Akzeptanz des Katalogs durch alle Tarifpartner. Hohe Transparenz bei der Festlegung von Leistungen und Tarifen ist dabei wichtig. Bei der Honorierung könnte ein Fokus auf Pauschalen und eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen eine effiziente und kostensparende Maßnahme darstellen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Länderauswahl	10
3	Deutschland	14
3.1	Das deutsche Gesundheitssystem	14
3.2	Finanzierung des Gesundheitssystems	14
3.3	Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung	16
3.3.1	Mitwirkende Institutionen bei der Entscheidungsfindung	16
3.3.2	Definitionen der Kriterien zur Leistungsaufnahme	22
3.3.3	EBM-Reform 2020	23
3.4	Festlegung der vertragsärztlichen Tarife	24
3.4.1	Mitwirkende Institutionen bei der Tariffindung	25
3.4.2	Vergütung der ÄrztInnen	35
4	Schweiz	38
4.1	Das Schweizer Gesundheitssystem	38
4.1.1	TARMED Tarifwerk	38
4.1.2	TARDOC Tarifwerk	39
4.2	Finanzierung des Gesundheitssystems	39
4.3	Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung	40
4.3.1	Mitwirkende Institutionen bei der Entscheidungsfindung	40
4.3.2	Definitionen der Kriterien zur Leistungsaufnahme	44
4.4	Festlegung der vertragsärztlichen Tarife	48
4.4.1	Mitwirkende Institutionen bei der Tariffindung	48
4.4.2	Vergütung der ÄrztInnen	55
4.4.3	Nichtgenehmigung TARDOC	62
4.4.4	Weiterentwicklungen im TARDOC und Herausforderungen	64
5	Niederlande	67
5.1	Das niederländische Gesundheitssystem	67
5.1.1	Entwicklung in den letzten Jahren	67
5.2	Finanzierung des Gesundheitssystems	70
5.3	Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung	71
5.3.1	Mitwirkende Institutionen bei der Entscheidungsfindung	71
5.3.2	Definitionen der Kriterien zur Leistungsaufnahme	73
5.4	Festlegung der vertragsärztlichen Tarife	73
5.4.1	Mitwirkende Institutionen bei der Tariffindung	74
5.4.2	Vergütung für ÄrztInnen	77

6	Frankreich.....	80
6.1	Das französische Gesundheitssystem	80
6.2	Finanzierung des Gesundheitssystems.....	81
6.3	Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung	82
6.3.1	Mitwirkende Institutionen bei der Entscheidungsfindung	82
6.3.2	Definitionen der Kriterien zur Leistungsaufnahme	90
6.4	Festlegung der vertragsärztlichen Tarife	90
6.4.1	Mitwirkende Institutionen bei der Tariffindung.....	90
6.4.2	Vergütung von ÄrztInnen	95
6.4.3	Herausforderungen	101
7	Dänemark.....	103
7.1	Das dänische Gesundheitssystem	103
7.2	Finanzierung des Gesundheitssystems.....	103
7.3	Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung	105
7.3.1	Mitwirkende Institutionen bei der Entscheidungsfindung	106
7.3.2	Definitionen der Kriterien zur Leistungsaufnahme	110
7.4	Festlegung der vertragsärztlichen Tarife	110
7.4.1	Mitwirkende Institutionen bei der Tariffindung.....	111
7.4.2	Vergütung der ÄrztInnen.....	114
8	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung des Honorierungssystems in Österreich.....	116
8.1	Der Weg zum Leistungskatalog	116
8.2	Von der Leistung zum Tarif	120
8.3	Kosten- und Ausgabendämpfung	125
9	Verzeichnisse	128
9.1	Abbildungsverzeichnis.....	128
9.2	Tabellenverzeichnis.....	129
9.3	Literaturverzeichnis	130
9.4	Abkürzungsverzeichnis.....	151

1 Einleitung

„Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen" machen nach den Spitalsausgaben die größte Ausgabenposition der sozialen Krankenversicherung in Österreich aus. Welche Leistungen durch öffentliche Quellen finanziert werden, ist eine wichtige Portfolioentscheidung, die maßgeblich mitentscheidet, ob der Zugang zu medizinischer Versorgung sozial ausgewogen stattfinden kann. Zahlreiche internationale Studien haben zudem gezeigt, dass von Tarifgestaltung und -höhe starke Anreize ausgehen, und diese daher „anreizkompatibel" so ausgestaltet werden sollten, dass die Leistungserbringung in Einklang mit den Interessen der Versicherten und der Patientinnen und Patienten erfolgt.

Im vertragsärztlichen Bereich Österreichs bestehen auch noch im Jahr 2024, also fünf Jahre nach den „Kassenzusammenlegungen" mit Geltung ab 01.01.2020, parallel mehrere Honorarkataloge. Nebeneinander koexistieren die neun Gesamtverträge der ehemaligen Gebietskrankenkassen, sowie die österreichweit gültigen Verträge zwischen Ärztekammer und BVAEB bzw. SVS. Struktur und Aufbau der Honorarkataloge haben sich in den vergangenen Dekaden kaum geändert; in Österreich dominiert nach wie vor eine Honorarstruktur, die durch das langjährige Einzelleistungsgebot der Sozialversicherungsgesetze vorgegeben ist, und kaum neue Impulse aufgenommen hat.

Die geplante Zusammenführung innerhalb der ÖGK eröffnet ein „window of opportunity", indem durch diese Neugestaltung auch insgesamt eine Modernisierung der Abgeltung erfolgen könnte. Da durch die angelaufene Pensionierungswelle in der Ärzteschaft gleichzeitig auch ein Generationswechsel bei den Vertragspartnerinnen und -partnern stattfindet, könnte sogar von einem „doppelten window of opportunity" gesprochen werden, wenn die nachfolgenden gegenüber den aktuellen Vertragsinhabern und -inhaberinnen aufgeschlossener für geänderte Vertragsmodalitäten sind.

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) hat das Institut für Höhere Studien (IHS) eingeladen, an der Neugestaltung der Honorarstruktur mitzuwirken, indem eine Übersicht der ärztlichen Honorierungsmodelle in ausgewählten europäischen Ländern erstellt wird und hiervon Impulse für die Weiterentwicklung des österreichischen Systems abgeleitet werden. Der vorliegende Bericht stellt das Ergebnis dieser Bemühungen dar und wurde in folgenden Projektschritten erzielt, in denen auf die bestehende Expertise des Projektteams aus früheren Studien aufgebaut werden konnte:

1. Erstellen einer Länderauswahl

2. Identifikation relevanter Aspekte für die Honorargestaltung
3. Literaturrecherche zu den ausgewählten Ländern und Aspekten
4. Identifikation länderspezifischer Auskunftspersonen und Interviews zu jenen Fragen, die aus der Literatur nicht geklärt werden konnten
5. Analyse der gesammelten Information
6. Ableitung der für Österreich relevanten Schlussfolgerungen und Diskussion dieser mit Experten und Expertinnen aus der Sozialversicherung
7. Erstellung des Endberichts

Kapitel 2 erläutert die Länderauswahl und gibt einen kurzen Überblick über relevante Strukturmerkmale der ausgewählten Länder bzw. der dort etablierten Gesundheitssysteme.

In den darauffolgenden Kapiteln 3 bis 7 werden die Honorierungssysteme der ausgewählten Länder jeweils im Detail dargestellt. Im abschließenden Kapitel werden jene Aspekte herausgegriffen, die interessante Weiterentwicklungsmöglichkeiten für das österreichische Honorierungssystem aufzeigen.

2 Länderauswahl

Jedes Gesundheitssystem ist historisch gewachsen und bildet zu einem gewissen Grad auch Einstellung, Präferenzen und Weltbild der Bevölkerung ab, die es versorgt. Damit bilden diese Werthaltungen auch den Hintergrund und den Kontext, in dem die Angehörigen der Gesundheitsberufe agieren können und müssen. In diesem Abschnitt werden kurz einige Charakteristika der Gesundheitssysteme der für die Analyse ausgewählten Länder umrissen, um einen Überblick zu liefern. Die Länderkapitel 3 bis 7 bieten genauere Einblicke in die jeweiligen Systeme.

Die Auswahl der analysierten Länder konzentriert sich auf wohlhabende europäische Länder, in denen einer Sozialversicherungsstruktur eine bedeutende Rolle im Gesundheitswesen zukommt. Damit sollte eine vergleichbare Ausgangsbasis zu Österreich hergestellt werden. Unter diesem Aspekt wurden Deutschland, die Niederlande und die Schweiz für die Analyse ausgewählt sowie Frankreich, dessen Gesundheitssystem als ein Sozialversicherungssystem mit deutlich stärkeren staatlichen Elementen angesehen wird. Diese Länderauswahl wurde ergänzt um Dänemark, das zwar heute ein staatlich organisiertes und finanziertes Gesundheitswesen aufweist, das aber auf eine Sozialversicherungstradition aufgebaut hat. Aus dieser Vergangenheit bestehen noch einzelne für den Vergleich zu Österreich relevante Parallelen, wie die hohe Bedeutung der Regionen für die Gesundheitsversorgung in Dänemark. Einen Überblick über relevante Charakteristika der ausgewählten Länder bietet

	SV oder NHS	Kassen- wahl	FAEH	Prinzip SL oder KE	Spitalsbetten je 1000 EW, 2022
AT	SV	nein	nein	SL	6,7
DE	SV	ja	ja	SL	7,7
CH	SV	ja	ja	KE	4,4
FR	SV / NHS	nein	ja	KE	5,5
NL	SV	ja	ja	SL	2,5
DK	NHS	(nein)	ja	SL	2,5

Tabelle 1: Charakteristika des Gesundheitswesens ausgewählter Länder

	SV oder NHS	Kassen- wahl	FAEH	Prinzip SL oder KE	Spitalsbetten je 1000 EW, 2022
AT	SV	nein	nein	SL	6,7
DE	SV	ja	ja	SL	7,7
CH	SV	ja	ja	KE	4,4
FR	SV / NHS	nein	ja	KE	5,5
NL	SV	ja	ja	SL	2,5
DK	NHS	(nein)	ja	SL	2,5

(IHS-Zusammenstellung)

Anmerkungen: SV = Sozialversicherungssystem, NHS = Nationales (steuerfinanziertes) Gesundheitssystem, FAEH = Finanzierung aus einer Hand, SL= Sachleistungsprinzip, KE = Kostenerstattungsprinzip.

Die Tabelle zeigt, dass allein Österreich über ein Gesundheitssystem ohne gesamthafte Finanzierung verfügt: die traditionelle Trennung der Finanzierung und Regulierungszuständigkeiten zwischen intramuralem und extramuralem Bereich ist ein Unikum.

In Frankreich herrschte lange eine ähnliche Aufteilung von Pflichtversicherungsträgern wie in Österreich (privat Beschäftigte, Selbständige, Landwirtschaft), aber im Jahr 2020 wurden diese Zweige zu einer einheitlichen Krankenversicherung zusammengeführt. In drei der betrachteten Sozialversicherungsländer (CH, DE, NL) ist die Wettbewerbsorientierung in vielerlei Hinsicht ausgeprägter als in Österreich und Frankreich. So können in diesen drei Ländern die Versicherten ihre zuständige Krankenkasse wählen. Frankreich und die Schweiz weisen eine Gemeinsamkeit bezüglich des Leistungsanspruchs auf: Während in vielen Sozialversicherungsländern die Versicherten einen Anspruch auf

Sachleistungen genießen, müssen Versicherte in Frankreich und der Schweiz extramurale Leistungen vorfinanzieren. Nach Einreichung der Unterlagen bekommen die Versicherten diese Ausgaben von ihrer Versicherung rückerstattet, allerdings abzüglich eines Selbstbehaltes. Ein indirektes Licht auf die Stellung der extramuralen Versorgung in den einzelnen Ländern wirft der Indikator Spitalsbettendichte: Deutschland und Österreich weisen mit 7,7 bzw. 6,7 Betten je 1000 EW die meisten Spitalsbetten auf, was die Bedeutung der extramuralen Versorgung etwas einengt. In Dänemark und den Niederlanden, wo die Primärversorgung einen sehr hohen Stellenwert genießt, bilden die Spitäler ein weit weniger stark genutztes Versorgungssetting; die Bettendichte erreicht dort nicht einmal die Hälfte der österreichischen oder deutschen Werte (Bachner et al., 2018; Birk et al., 2024; Blümel et al., 2020; Kroneman et al., 2016)

Bezüglich der hausärztlichen Versorgung zeigt sich, dass Österreich auch hier eine Sonderstellung einnimmt. In den anderen Ländern ist es üblich, dass - zumindest für einen Teil der Bevölkerung¹ - der Zugang zu höheren Versorgungsstufen durch Gatekeeping in der hausärztlichen Versorgung gesteuert wird. Die hausärztliche Versorgung erfolgt international mehrheitlich in Settings, in denen mehrere AllgemeinmedizinerInnen mit Angehörigen anderer Berufsgruppen zusammenarbeiten. Die dominierende Stellung der hausärztlichen Einzelpraxis ist in den meisten Ländern ein Modell der Vergangenheit oder generell unüblich, wird aber in Österreich erst seit Anfang der 2020er Jahre langsam durch andere Versorgungsformen ergänzt. Bezüglich der fachärztlichen Versorgung besteht in den meisten Vergleichsländern - ähnlich Österreich - sowohl eine Versorgungsmöglichkeit in den Niederlassungen als auch in Spitalsambulanzen. Bei fachärztlicher Versorgung bilden die Niederlande die internationale Ausnahme, weil dort FachärztInnen in aller Regel in Spitälern arbeiten, sei es als Krankenhausangestellte, oder - ebenfalls häufig - selbständig, aber örtlich im Krankenhaus oder einem selbständigen Behandlungszentrum (das sind in den Niederlanden häufig in Krankenhaushäufigkeit zu findende eigenständige Tageskliniken, die die Krankenhäuser von ambulanten Fällen entlasten).

Das in Österreich übliche Modell eines Nebeneinanders von Vertrags- und WahlärztInnen findet nur in einem der untersuchten Länder eine ungefähre Entsprechung, in Frankreich. In den anderen vier Vergleichsländern ist es üblich, dass ÄrztInnen entweder zur Abrechnung mit der Krankenkasse berechtigt sind (bzw. die

¹ Hausarztmodelle in Deutschland, Health Maintenance Organizations in der Schweiz, und die/der Medicine traitant in Frankreich sind Modelle, die von Versicherten gewählt werden, die Vorteilen der Versorgungskontinuität oder finanziellen Erleichterungen gegenüber größerer Wahlfreiheit den Vorzug geben.

Versicherten deren Rechnung zur Kostenerstattung einreichen können), oder als PrivatärztInnen arbeiten, ohne dass das öffentliche Gesundheitswesen Ausgaben für die Behandlung der PrivatpatientInnen bezahlt.

Tabelle 2: Charakteristika der nicht-stationären ärztlichen Versorgung

	Gatekeeping	„Wahl-Ärzte“	GP-Setting	FÄ-Setting
AT	Nein	Ja	Meist solo	Praxis & Spital
DE	Teilweise	Nein	Ca. 50% solo	Praxis & Spital
CH	Teilweise	Nein	44% solo; oft 4 GPs (*)	Praxis & Spital
FR	Teilweise	Ja	69 % GP - Gruppen- praxen, Solo, MSP	Praxis & Spital
NL	Ja	Nein	Ca. 25 % solo (*)	Spital
DK	Ja	Nein	41 % solo	Praxis & Spital

(IHS-Zusammenstellung)

Anmerkungen: „Teilweise“ = Gatekeeping gilt nur für einzelne Bevölkerungsgruppen. MSP = multiprofessionelle Gruppenpraxen, (*) Die Quelle für diese Angabe ist bereits älter, sodass aktuell ein geringerer Anteil von Einzelpraxen vermutet wird.

Die folgenden Kapitel stellen die relevanten Aspekte der jeweiligen Länder detailliert dar.

3 Deutschland

3.1 Das deutsche Gesundheitssystem

Seit 2007 (mit der gesetzlichen Krankenversicherung) bzw. 2009 (mit der substitutiven privaten Krankenversicherung) sind alle in Deutschland wohnhaften BürgerInnen zur Krankenversicherung verpflichtet. ArbeitnehmerInnen sind in der Regel gesetzlich versichert, sofern ihr jährliches Arbeitsentgelt die gesetzliche Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreitet. Diese Grenze liegt für das Jahr 2025 bei 6.150 Euro monatlich (Bundesregierung, 2024). Übersteigt das Einkommen diese Grenze, können ArbeitnehmerInnen in der Regel freiwillig gesetzlich versichert bleiben oder in die private Krankenversicherung wechseln. Selbstständige, BeamtenInnen und bestimmte andere Berufsgruppen sind grundsätzlich nicht versicherungspflichtig und können frei wählen, ob sie gesetzlich oder privat versichert sein möchten. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung richten sich nach dem Einkommen der Versicherten und werden von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen gemeinsam getragen. Private Krankenversicherungen berechnen zum Eintrittszeitpunkt individuelle Prämien, die sich nach Alter, Gesundheitszustand und gewähltem Tarif richten. Bleibt man im selben Tarif, hat eine spätere individuelle Verschlechterung des Gesundheitszustandes dann keinen Einfluss mehr auf die Prämienhöhe. (Interview DE_I2; Bundesministerium für Gesundheit, 2022).

3.2 Finanzierung des Gesundheitssystems

Das Gesundheitswesen wird zum großen Teil über die gesetzliche und die private Krankenversicherung finanziert (Bundesministerium für Gesundheit, 2022).

Gesundheitsausgaben

Im Jahr 2022 stiegen die Gesundheitsausgaben in Deutschland um 4,8 % im Vergleich zum Vorjahr auf insgesamt 497,7 Milliarden Euro. Das entspricht einem Anstieg von 22,6 Milliarden Euro. Die Ausgaben pro Kopf betrugen somit 5.939 Euro. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag bei 12,8 %. Besonders deutlich waren die Auswirkungen der COVID19-Pandemie, die seit Beginn 2020 zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben um insgesamt 20 % geführt haben. Im Jahr 2022 dominierte die gesetzliche Krankenversicherung mit einem Anteil von 53,3 % die Gesundheitsausgaben. Ihre Ausgaben stiegen um 4 % im Vergleich zum Vorjahr. Die soziale Pflegeversicherung folgte mit einem Anteil von 11,6 %

und einem Wachstum von 11,7 %. Im Gegensatz dazu sanken die Ausgaben privater Haushalte und Organisationen um 5,2 %. Die privaten Krankenversicherungen verzeichneten hingegen ein Wachstum von 4,4 % (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024).

Der Gesundheitsfonds, der seit 2009 besteht, ist die zentrale Finanzierungsstelle für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Die Beiträge von ArbeitgeberInnen, Mitgliedern (= beitragszahlenden Versicherten) und dem Staat fließen in diesen Fonds. Die Verteilung der Gelder an die einzelnen Krankenkassen erfolgt seit 2021 nach einem komplexen System, dem sogenannten Risikostrukturausgleich. Dabei werden Faktoren wie Alter, Geschlecht, Erkrankungen und regionale Unterschiede berücksichtigt. Krankenkassen mit vielen älteren oder chronisch kranken Versicherten erhalten höhere Ausgleichszahlungen, um die höheren Behandlungskosten auszugleichen. Zusätzlich können Krankenkassen einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben, um ihre Ausgaben zu decken. Dieser Zusatzbeitrag dient als Anreiz für die Krankenkassen, effizient zu wirtschaften und qualitativ hochwertige Leistungen anzubieten. Der Krankenkassenwettbewerb wird maßgeblich über solche unterschiedlich hohen Zusatzbeiträge geführt und hieraus erwachsen die genannten Anreize (Bundesministerium für Gesundheit, 2024b; Interview DE_I2).

Grundsätzlich haben Krankenkassen nur einen begrenzten direkten Einfluss auf die Qualität der medizinischen Versorgung. Die Qualitätssicherung ist eher eine Aufgabe des gesamten Gesundheitssystems. Zwar können Krankenkassen über sogenannte Selektivverträge Einfluss nehmen, diese decken jedoch nur einen kleinen Teil der Versorgung ab. Die Beurteilung der Leistungsqualität kann sich jedoch auch auf zusätzliche Leistungen beziehen, die Krankenkassen freiwillig anbieten (Satzungsleistungen), oder auf die Kernleistungen der Krankenkassen selbst, wie beispielsweise Entscheidungen über Leistungsanträge oder die Servicequalität. Allerdings gibt es für Versicherte nur wenig Einblick in die Qualität dieser Kernleistungen, und die Satzungsleistungen betreffen oft nur Randbereiche (Interview DE_I2).

3.3 Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung

3.3.1 Mitwirkende Institutionen bei der Entscheidungsfindung

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024b). Seine Entscheidungen werden auf Bundesebene getroffen und er umfasst VertreterInnen von ÄrztInnen, ZahnärztInnen, Krankenhäusern, Krankenkassen und PatientInnenvertreterInnen, letztere ohne Stimmrecht, sondern nur mit Mitberatungsrecht. Die Aufgabe des G-BA ist es zu entscheiden, welche medizinischen Leistungen **ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig** sind und deshalb von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden sollen (siehe § 12 SGB V) (Blümel et al., 2020; Bundesministerium für Gesundheit, 2016a).

Der ambulante ärztliche Bereich unterliegt strengen regulatorischen Rahmenbedingungen, insbesondere hinsichtlich der Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Zentraler Begriff in diesem Zusammenhang ist der Erlaubnisvorbehalt. Dieser besagt, dass innovative medizinische Leistungen nur dann auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen, wenn der G-BA sie zuvor explizit genehmigt hat (Interview DE_I2).

Um eine neue Methode in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufzunehmen, bedarf es eines formalen Antrags. Antragsberechtigt sind neben den G-BA-Mitgliedern insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen (Interview DE_I2).

Nach Eingang eines Antrags wird ein Prüfverfahren initiiert. Zunächst evaluiert ein Unterausschuss des G-BA die verfügbare wissenschaftliche Evidenz. Hierzu werden systematische Literaturrecherchen durchgeführt und die identifizierten Studien nach ihrem methodischen Qualitätsgrad klassifiziert. Im Fokus steht dabei die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext der GKV (Interview DE_I2).

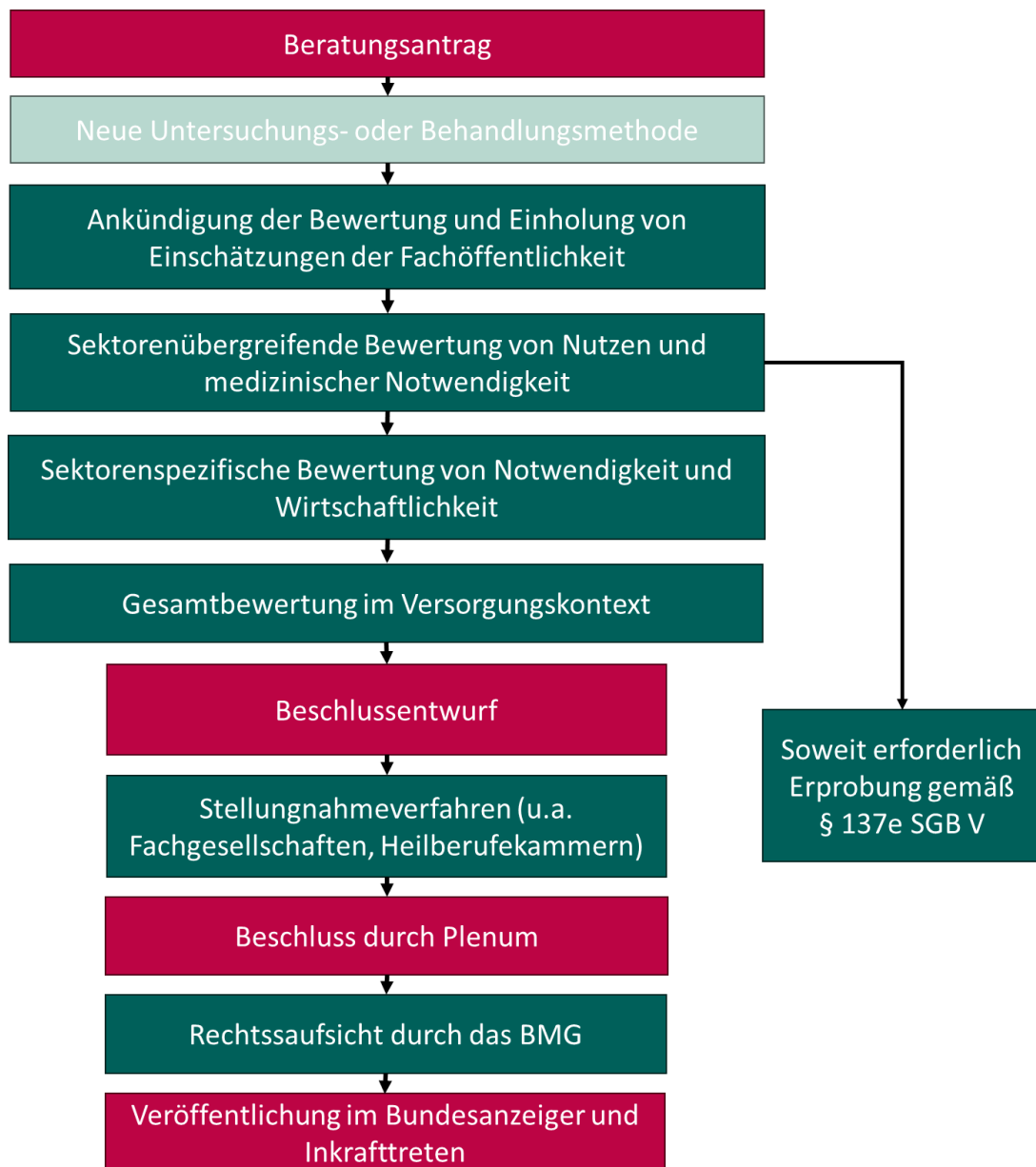
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Der G-BA oder das vom G-BA beauftragte IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) führt die Nutzenbewertung von neuen medizinischen Leistungen durch für die Entscheidung zur Aufnahme neuer Leistungen in den Katalog der VertragsärztInnen. Die Ergebnisse dieser Bewertungen fließen in die Entscheidungen des G-BA ein. Die Entscheidungen basieren auf dem Prinzip der evidenzbasierten Medizin (Blümel et al., 2020; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a, 2024c; Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2023; IQWiG, 2024).

Das Verfahren zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im G-BA zeichnet sich durch eine hohe Transparenz aus. Im Rahmen eines detaillierten Stellungnahmeverfahrens werden die zur Anwendung kommenden methodischen Standards, beispielsweise jene des IQWiG, öffentlich zugänglich gemacht. Alle interessierten Sachverständigen haben die Möglichkeit, schriftliche Stellungnahmen abzugeben. Zudem finden teilweise öffentliche Anhörungen statt, bei denen die Stellungnahmen mündlich vorgetragen werden können. Insbesondere bei Methoden, die den Einsatz von Medizinprodukten erfordern, können die jeweiligen HerstellerInnen ihre Expertise einbringen (Interview DE_I2).

Auf Grundlage der eingegangenen Stellungnahmen erstellt der zuständige Unterausschuss eine Beschlussvorlage für das G-BA-Plenum. Dieses entscheidet über die Aufnahme einer Methode in die Richtlinie zur vertragsärztlichen Versorgung. Voraussetzung hierfür ist eine positive Bewertung hinsichtlich der Kriterien Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (Interview DE_I2).

Abbildung 1: Ablauf der Methodenbewertung



(IHS nach Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017)

Auch die Wirtschaftlichkeit bei der Aufnahme von Leistungen in den Leistungskatalog der VertragsärztInnen beginnt mit einem Bewertungs- und Entscheidungsverfahren. Neue Leistungen werden zunächst vom G-BA beauftragten IQWiG auf Basis der wissenschaftlichen Evidenz und der medizinischen Notwendigkeit nach dem Prinzip der evidenzbasierten Medizin bewertet. Die Prüfung berücksichtigt Studien, Leitlinien und Erfahrungsberichte, um sicherzustellen, dass die Leistung dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und einen echten Nutzen für die PatientInnen

bietet. Das Gutachten des IQWiG bildet dann meist die Grundlage für Richtlinienentscheidungen des G-BA. Deshalb müssen die Empfehlungen des IQWiG wissenschaftlich zuverlässig sein (IQWiG, 2024).

Eine evidenzbasierte Nutzenbewertung im Gesundheitswesen folgt allgemein folgenden Schritten: Zunächst wird die Fragestellung mit dem PICO-Schema formuliert, das PatientIn, Intervention, Vergleichsintervention und Zielgröße umfasst. Anschließend erfolgt eine Recherche in der medizinischen Fachliteratur. Danach werden Informationen extrahiert und bewertet, einschließlich der Beschreibung von Methoden und Ergebnissen der gefundenen Studien sowie der methodischen Bewertung der Ergebnissicherheit und Anwendbarkeit im jeweiligen Kontext. Abschließend werden alle berücksichtigten Unterlagen zusammengefasst und beurteilt (IQWiG, 2024).

Das IQWiG führt auch Health Technology Assessments (HTAs) und seltener Kosten-Nutzen-Bewertungen (KNBs) durch. Ziel der KNB ist es, ökonomische Informationen als Ergänzung zur Nutzenbewertung bereitzustellen, besonders für die Verhandlungen über Erstattungsbeträge bei Arzneimitteln. Es geht darum, den EntscheidungsträgerInnen neben der Nutzenbewertung zusätzliche Informationen für diese Verhandlungen zur Verfügung zu stellen. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung wird nur dann durchgeführt, wenn das Gesundheitsministerium oder der G-BA sie explizit beauftragt. Dies geschieht vergleichsweise selten. Ein universeller Schwellenwert wird nicht angewendet, da dies nicht Teil der wissenschaftlichen Bewertung durch das IQWiG ist und in Deutschland kein allgemein akzeptierter Schwellenwert existiert. Daher können keine eindeutigen Aussagen zur Wirtschaftlichkeit gemacht oder ausschlaggebende Preisempfehlungen gegeben werden. Die Bewertung und Abwägung der verschiedenen Informationen obliegen den EntscheidungsträgerInnen (Interview DE_I2; IQWiG, 2023).

Studiendesigns

In der medizinischen Forschung in Deutschland werden verschiedene Studiendesigns eingesetzt, um die Auswirkungen von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu untersuchen. Je nachdem, welche Fragen beantwortet werden sollen, werden unterschiedliche Gruppen von PatientInnen verglichen. Beim Strategiedesign erhalten PatientInnengruppen unterschiedliche Behandlungspläne, die auf den Ergebnissen eines bestimmten Diagnoseverfahrens basieren. So können die direkten und indirekten Auswirkungen dieser Diagnose auf die Behandlungsergebnisse untersucht werden. Im Interaktionsdesign (auch „randomise-all design“

genannt) werden alle PatientInnen zunächst mit einer neuen und einer herkömmlichen Diagnosemethode untersucht. Anschließend werden sie zufällig verschiedenen Behandlungsgruppen zugeteilt. Das Anreicherungsdesign ist eine weitere Möglichkeit, neue Diagnoseverfahren in Form von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) zu untersuchen (IQWiG, 2023).

Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots wird durch eine gesetzlich vorgeschriebene Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 und 106b SGB V überwacht. Nach den genannten Paragraphen sind die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung zu kontrollieren. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde zum 1. Januar 2017 die bisher übliche Richtgrößenprüfung (Auffälligkeitsprüfung) durch eine neu strukturierte Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung ersetzt. Diese Prüfungen basieren nun auf Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, Ersatzkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen und gelten für Prüfzeiträume ab 2017. Sie stellen die Überwachungsinstanz der Wirtschaftlichkeit dar. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden gemeinsam eine Prüfungsstelle und einen Beschwerdeausschuss (§ 106c SGB V). Diese Ausschüsse setzen sich aus einer gleichen Anzahl von VertreterInnen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitz zusammen. Die Prüfungsstelle führt die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch, bereitet die erforderlichen Daten und Unterlagen auf, beurteilt sie und entscheidet über Prüfverfahren. Gegen ihre Entscheidungen können ÄrztInnen, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen den Beschwerdeausschuss anrufen, was aufschiebende Wirkung hat. Die Amtszeit beträgt zwei Jahre, und bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden (§ 106c SGB V). Die regionalen VertragspartnerInnen haben dabei Gestaltungsfreiheit, was zu unterschiedlichen Prüfmethoden führen kann. Der Beschwerdeausschuss setzt sich aus gleich vielen VertreterInnen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitz zusammen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024b).

Ergänzender Bewertungsausschuss

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) (§ 116b SGB V) etabliert. Diese Versorgungsform zielt darauf ab, eine sektorübergreifende Behandlung (in Praxen und Kliniken) komplexer und

schwerwiegender Erkrankungen zu gewährleisten. Die spezifischen Anforderungen an die Behandlung, wie etwa besondere Qualifikationen oder technische Ausstattung, sind von der jeweiligen Erkrankung abhängig. Die Vergütung der erbrachten Leistungen erfolgt nach den Bestimmungen des EBM (Bundesministerium für Gesundheit, 2024a).

Das Gesetz bezeichnet die EBM-basierte Vergütung der ASV eigentlich nur als Übergangslösung und sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV als Vertragspartner eine eigenständige Kalkulationssystematik sowie diagnosebezogene Preise für die ASV vereinbaren. Bislang ist das jedoch nicht geschehen (Interview DE_I2).

In der ASV werden sämtliche Leistungen zu festen Preisen extrabudgetär und unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Es gibt jedoch Leistungen, die nicht im EBM enthalten sind und in der ASV abgerechnet werden dürfen, sie werden vorübergehend nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) honoriert und müssen nach spätestens 6 Monaten im EBM aufgenommen sein. Es gibt keine Mengengrenzung. Die Vergütung ist für Vertrags- und KlinikärztInnen einheitlich (Interview DE_I2).

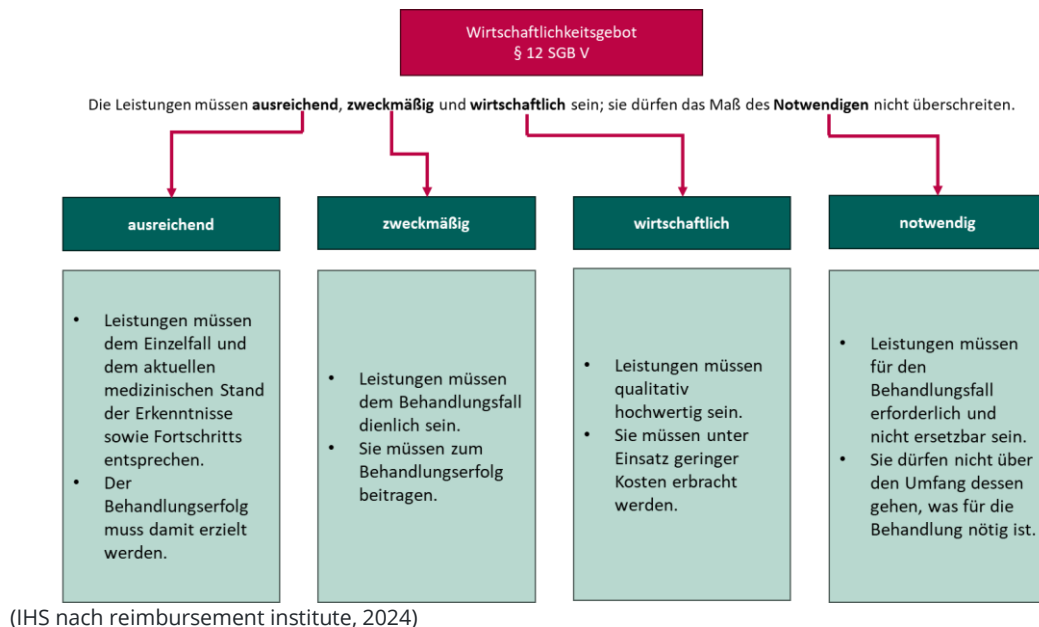
Ein ergänzter Bewertungsausschuss sorgt für eine angemessene Vergütung und Anpassung des EBM, insbesondere für komplexe und schwer therapierbare Krankheiten. Um den EBM entsprechend anzupassen, wurde der Bewertungsausschuss sowie gegebenenfalls der erweiterte Bewertungsausschuss jeweils um drei Mitglieder (eine unparteiische Vorsitzende / ein unparteiischer Vorsitzender und zwei unparteiische Mitglieder) der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ergänzt. Dieser sogenannte ergänzte (erweiterte) Bewertungsausschuss gewährleistet ein Stimmengleichgewicht zwischen LeistungserbringerInnen und Krankenkassen bei seinen Entscheidungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2024a).

Bundesministerium für Gesundheit

Das Bundesministerium für Gesundheit ist für die Überwachung des Bewertungsausschusses zuständig. Es kann die Entscheidungen des Ausschusses beanstanden oder unter bestimmten Bedingungen akzeptieren. Sollte der Ausschuss seine gesetzlich vorgeschriebenen Entscheidungen nicht treffen, ist das Ministerium befugt, selbst entsprechende Regelungen zu erlassen (Institut des Bewertungsausschusses, 2024).

Zusammenfassend beginnt der Prozess zur Aufnahme in den Katalog vertragsärztlicher Leistungen mit der Antragstellung durch verschiedene Akteure wie medizinische Fachgesellschaften oder PatientInnenvertretungen. Anschließend erfolgt eine erste Bewertung durch das IQWiG, gefolgt von einem detaillierten Prüfverfahren im G-BA, bei dem Gutachten erstellt und Diskussionen in den zuständigen Unterausschüssen geführt werden. Nach Abschluss der Bewertungen und Beratungen trifft der G-BA eine Entscheidung. Positive Entscheidungen führen zur Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog, während negative Entscheidungen den Antrag ablehnen oder die Leistung ausschließen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024a).

Abbildung 2: Kriterien für die Aufnahme medizinischer Leistungen in den Leistungskatalog



3.3.2 Definitionen der Kriterien zur Leistungsaufnahme

Gemäß § 12 Abs. 1 Satz 1 und 2 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, ohne das Maß des Notwendigen zu überschreiten. Unnötige oder unwirtschaftliche Leistungen können nicht von Versicherten beansprucht, von LeistungserbringerInnen durchgeführt oder von Krankenkassen bewilligt werden (reimbursement institute, 2024).

Die Formulierungen der Anforderungen der medizinischen Leistungen werden im Gesetz nur allgemein gehalten, da es im SGB V schon eine Menge an Vorschriften gibt, die nicht kohärent miteinander funktionieren. Der G-BA entscheidet im Endeffekt, was man unter ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig

verstehen kann. Diese Entscheidung muss nach einem Jahr gefällt werden, dann werden sie als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen (Interview DE_I1).

Es muss wissenschaftlich belegt sein, dass die jeweilige medizinische Leistung einen medizinischen Nutzen hat, worüber der G-BA schlussendlich entscheidet. Im Gesetz ist verankert, dass alle Leistungen, die medizinisch notwendig sind, angeboten werden müssen. Krankenkassen haben die Möglichkeit Satzungsleistungen anzubieten und extra zu bezahlen. Das sind jene Leistungen, für die kein allgemeiner Erstattungsanspruch in der GKV besteht, z.B., homöopathische Behandlungen oder Zahnreinigungen (Interview DE_I1).

Im Hinblick auf den Nutzen einer Behandlung stehen patientInnenbezogene Ergebnisparameter im Mittelpunkt. Es gilt, therapeutische Vorteile gegen mögliche Risiken und Nebenwirkungen abzuwägen. Die medizinische Notwendigkeit wird unter anderem anhand der PatientInnenrelevanz und der Verfügbarkeit alternativer Behandlungsmöglichkeiten beurteilt (Interview DE_I2).

Ausreichend bedeutet, dass die Leistungen dem individuellen Fall und dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den Behandlungserfolg sicherstellen. Zweckmäßigkeit bedeutet, dass die Leistungen zum Behandlungserfolg beitragen. Wirtschaftlich heißt, dass die Leistungen qualitativ hochwertig und kosteneffizient erbracht werden sollen. Notwendig bedeutet, dass die Leistungen für den Behandlungserfolg erforderlich und nicht ersetzbar sind, jedoch nicht über das notwendige Maß hinausgehen. Dieses Gebot verhindert qualitativ minderwertige Leistungen und vermeidet unnötige Kosten. Es bindet Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer gleichermaßen (reimbursement institute, 2024).

3.3.3 EBM-Reform 2020

Der EBM wurde zuletzt zum 1. April 2020 überarbeitet. Es wurden jedoch keine für den hier analysierten Kontext wesentlichen strukturellen Änderungen durchgeführt, was unter anderem der Prämisse der Kostenneutralität geschuldet war. Diese kostenneutrale Gestaltung der Reform wurde jedoch vielfach kritisiert, da sie den wachsenden Anforderungen an die medizinische Versorgung nicht gerecht zu werden scheint. Ziel dieser EBM-Reform war es, das Vergütungssystem für ärztliche Leistungen an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik anzupassen und stärker an den Bedürfnissen der PatientInnen auszurichten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020; Sucker et al., 2020).

Die wichtigsten Änderungen betreffen die Anpassung der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsgrundlage, die Förderung der sprechenden Medizin und kleinere

strukturelle Anpassungen. Die Grundlage für die Berechnung der Vergütung wurde aktualisiert, um die aktuellen Praxiskosten besser widerzuspiegeln. Zudem wurde das Standardbewertungssystem angepasst, um eine realistischere Bewertung der ärztlichen Leistungen zu ermöglichen. Zusammenfassend wurden daher der kalkulatorische ÄrztInnenlohn, die Praxiskosten und die Zeitansätze für die einzelnen Leistungen an aktuelle Daten angepasst (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020; Sucker et al., 2020).

Um den gesetzlichen Vorgaben des TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz) gerecht zu werden, wurden die Vergütungen für Gesprächsleistungen angepasst. Somit wurden Leistungen, die einen hohen Gesprächsanteil haben, aufgewertet, während technische Leistungen (nach unten) angepasst wurden. Weitere strukturelle Änderungen umfassen (sprachliche) Klarstellungen, Konkretisierungen und inhaltliche Erweiterungen der einzelnen Leistungen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020; Sucker et al., 2020).

Im Rahmen einer Überprüfung der EBM-Leistungszeiten wurden die tatsächlich aufgewendeten Arbeitszeiten der ÄrztInnen mit den kalkulierten Zeiten verglichen. Dabei zeigte sich, dass die abgerechneten Zeiten im Durchschnitt doppelt so hoch waren wie die Jahresarbeitszeit. Folglich wurden unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts und der Möglichkeit der Delegation die EBM-Zeitansätze einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Diese führte zu einer durchschnittlichen Senkung um 30 Prozent, ohne das Vergütungsvolumen zu beeinflussen. Leistungen mit fester Taktung (z. B. Gespräche, Anästhesien) blieben unberührt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020).

Neu sind im EBM ab 1. Januar 2025 einzelne Kostenpauschalen für Leistungen im Bereich der Labordiagnostik. Diese umfassen unter anderem die Vergütung für den Transport von Proben, die Bereitstellung von Materialien und die Nutzung elektronischer Auftragserfassungssysteme. Ziel ist es, die Honorare der Labordiagnostik angemessener zu vergüten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024c).

3.4 Festlegung der vertragsärztlichen Tarife

Der Vertragsverhandlungsablauf für die Vergütung ärztlicher Leistungen besteht aus mehreren Stufen.

3.4.1 Mitwirkende Institutionen bei der Tariffindung

Verhandlungen auf Bundesebene

Auf Bundesebene werden Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu den Bundesmantelverträgen gemäß § 87 Abs. 1 SGB V geführt. In diesen Verträgen werden Regelungen zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung, zur persönlichen Leistungserbringung und zu Überweisungen sowie Verordnungen getroffen. Selbe EntscheidungsträgerInnen verhandeln auch über die Grundlagen für die Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Honorare (GKV Spitzenverband, 2023; Riedel, 2018).

Auch auf Bundesebene folgt laut Gesetz die Anpassung des Orientierungswertes (Preiskomponente) und der morbiditätsbedingten Veränderungsrate (Mengenkomponente). Letztere setzt sich aus den diagnosebedingten und demografischen Veränderungsraten zusammen und wird regional ermittelt. Der Orientierungswert gibt vor, wie sich die Vergütung für ambulante ärztliche Leistungen entwickeln soll. Der Bewertungsausschuss ist das Gremium zur Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben (GKV Spitzenverband, 2023; Riedel, 2018).

Institut des Bewertungsausschusses (InBA)

Der G-BA erlässt in den verschiedenen Leistungsbereichen Richtlinien, die für die beteiligten Krankenkassen, LeistungserbringerInnen und die Versicherten verbindlich sind. Die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und deren Vergütung sind im EBM festgelegt, und zwar durch den Bewertungsausschuss mit Unterstützung des Instituts des Bewertungsausschusses (Bundesministerium für Gesundheit, 2016a).

Nach einer positiven Entscheidung durch den G-BA über die Aufnahme einer neuen Leistung wird der Bewertungsausschuss aktiv. Der Bewertungsausschuss ist eine Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung und legt die Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Vergütung fest. Der Ausschuss setzt sich paritätisch aus jeweils drei VertreterInnen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes zusammen. Er erstellt und überprüft dann den bundesweit einheitlichen Bewertungsmaßstab, der die Abrechnungsgrundlage für vertragsärztliche Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt (Bundesministerium für Gesundheit, 2016b).

Der Bewertungsausschuss entscheidet nicht nur über Änderungen im EBM, sondern auch den bundeseinheitlichen Orientierungswert, die Veränderungsrate der

Morbiditätsstruktur der Versicherten sowie über Verfahren zur Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (Institut des Bewertungsausschusses, 2024).

Das InBA erstellt detaillierte Kostenkalkulationen, die insbesondere für Verhandlungen über ärztliche Honorare von großer Bedeutung sind. Dabei stützt sich das InBA auf umfangreiche Daten und methodische Verfahren. Im Gegensatz zum stationären Bereich, wo das DRG-System regelmäßig einer kompletten Überarbeitung unterzogen wird, unterliegt der EBM im ambulanten Bereich lediglich einer Anpassung an die Inflationsrate und wird nie grundlegend neu bewertet. Der EBM wird punktuell angepasst, aber es gibt bis heute keine regelmäßige Überprüfung und Anpassung sämtlicher Positionen (Interview DE_I2).

Die Bewertung neuer ärztlicher Leistungen durch den Bewertungsausschuss erfolgt anhand eines Verfahrens, dessen genaue methodische Grundlagen jedoch nicht vollständig transparent sind. Zwar wird ein Standardbewertungssystem (STAPS) eingesetzt, um eine Bewertung zu ermöglichen, jedoch sind die spezifischen Berechnungsmethoden und Gewichtungen nicht öffentlich zugänglich. Die Bewertung neuer Leistungen kann sich an bereits bestehenden, ähnlichen Leistungen orientieren. Ist eine neue Leistung jedoch völlig neuartig, können Zeitmessstudien zur Ermittlung des erforderlichen Leistungsaufwands durchgeführt werden. Die Entscheidungen des (erweiterten) Bewertungsausschusses müssen zwar mit sogenannten entscheidungserheblichen Begründungen hinterlegt werden, dennoch bleibt der genaue methodische Hintergrund der Bewertung oft unklar. Es werden z.B. die Rechtsgrundlagen der Entscheidung erläutert oder der obligate Leistungsinhalt, aber nicht bzw. nicht regelmäßig detailliert hergeleitet, wie die preisliche Bewertung zustande kommt. Anträge für bestehende Leistungen werden von Kostenträger- und Kostenempfängerseite angenommen, um solche Leistungen mit neuen Methoden zu bewerten (Interview DE_I2).

Verhandlungen auf Landesebene

Nachdem die Entscheidungen auf Bundesebene über die Gesamtvergütung getroffen wurden, verhandeln die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Benehmen mit den Krankenkassenverbänden Gesamtverträge auf Landesebene (Honorarverteilungsmaßstäbe). Die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe regeln gemäß § 87b SGB V die Verteilung der von den Krankenkassen bereitgestellten Gesamtvergütung an die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung. Mit ihr soll die ambulante ärztliche Versorgung aller gesetzlich Versicherten finanziert werden, die im Bereich einer KV sind (GKV Spitzenverband, 2024; Riedel, 2018).

Zu den regional zu vereinbarenden Vergütungsparametern zwischen den GesamtvertragspartnerInnen gehören vor allem der regionale Punktwert, der auf Basis des bundesweit festgelegten Orientierungswertes bestimmt wird. Außerdem zählt die morbiditätsbedingte Veränderungsrate zur regionalen Ermittlung dazu. Zusätzlich können für das jeweilige Folgejahr Zuschläge auf den Punktwert für besonders förderungswürdige Leistungen oder LeistungserbringerInnen festgelegt werden (GKV Spitzenverband, 2024; Riedel, 2018).

Die Vergütungssysteme in der vertragsärztlichen Versorgung weisen eine gewisse regionale Heterogenität auf. Obwohl die bundesweiten Verhandlungen einen gemeinsamen Rahmen setzen, können die einzelnen KVen durch die Nutzung von Gestaltungsspielräumen unterschiedliche Schwerpunkte setzen. So ist es möglich, bestimmte Leistungen oder Leistungserbringer über den Richtwert hinaus zu vergüten oder Leistungen extrabudgetär zu finanzieren. Diese Flexibilität ermöglicht eine Anpassung der Versorgung an regionale Bedarfe (Interview DE_I2).

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die Verträge und Entscheidungen des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung sind für alle Krankenkassen und deren Landesverbände verbindlich, wodurch sie praktisch alle gesetzlich Versicherten betreffen. Zu den Aufgaben des Spitzenverbandes gehören unter anderem die Verhandlung von Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen für die ambulante und zahnärztliche Versorgung. Nicht gesetzlich vorgeschriebene Aufgaben, die den Krankenkassen im Wettbewerb Vorteile verschaffen können, wie Sonderverträge mit HausärztInnen liegen grundsätzlich in der Verantwortung der einzelnen Kassen. Diese Aufgaben können jedoch auch an kassenartbezogene Verbände oder Unternehmen delegiert werden (GKV Spitzenverband, 2024; Riedel, 2018).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die Gegenseite der Kassen bei Vertragsverhandlungen über ärztliche Belange ist folgendermaßen strukturiert: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fungiert als Dachverband der 17 regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, denen alle VertragsärztInnen angehören müssen. Als deren politische Interessensvertretung schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit den gesetzlichen Krankenkassen gesamthaft Verträge hinsichtlich der ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten (ärztliche Selbstverwaltung). Die Vereinigungen sind in den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung eingebunden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024a; Riedel, 2018). Gemäß § 77

Abs. 5 SGB V sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Folgende VertragsärztInnen sind Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen: Zugelassene niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich, angestellte MedizinerInnen, die mindestens halbtags bei VertragsärztInnen oder in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) arbeiten, sowie angestellte ÄrztInnen und ermächtigte KrankenhausärztInnen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024a).

Bei der Verteilung des Budgets auf die ÄrztInnengruppen waren die KVen erfolgreich, den Krankenkassen abzurufen, dass immer mehr Leistungen in den extrabudgetären Bereich fallen. Mittlerweile sind ein Drittel der Leistungen im extrabudgetären Bereich (Interview DE_I2).

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) stellt den bundesweit gültigen Leistungskatalog samt seiner monetären Bewertung dar. Er bestimmt den Inhalt und bewertet die abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen bei hausärztlichen, fachärztlichen und gemeinsamen Leistungen, inklusive Sachkosten. Der EBM legt fest, wie viele Punkte die Leistung erhält. Diese Punktbewertung dient als Grundlage für die Vergütung der ÄrztInnen und regionale Gebührenordnungen, deren Euro-Preise auf einem bundesweit festgelegten Orientierungswert basieren (Bundesministerium für Gesundheit, 2016b; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2023).

Die auf Bundesebene erzielten Verhandlungsergebnisse bilden die Grundlage für die anschließenden Verhandlungen auf Bundesländerebene zwischen den 17 Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den regionalen Krankenkassen. Damit kann der tatsächliche regionale Punktwert vom Orientierungswert abweichen, insbesondere um regional unterschiedlichen Kosten- und Versorgungsstrukturen Rechnung zu tragen (Riedel, 2018).

Das Sozialgesetzbuch V hält in § 87 Absatz 2 einige wesentliche Eckpunkte der Tarifgestaltung fest:

(2) Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen;

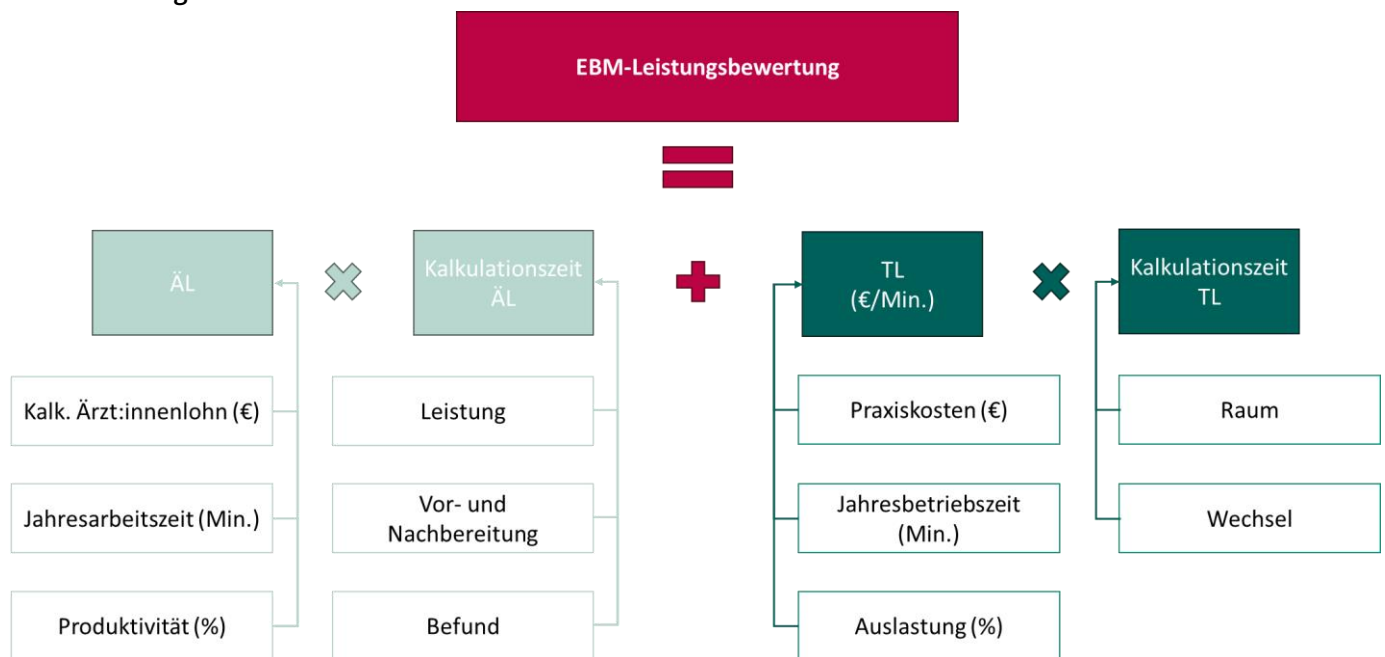
[...]. Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen [...]; bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen. Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen; die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann dabei insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt. [...]

Die vertragsärztliche Vergütung ist schon seit längerem begrenzt durch länder- und arztgruppenspezifische Budgets, die auf Landesebene ausverhandelt werden. Die Berechnung der Budgets folgt dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V). Die Verteilung dieser Gesamtvergütung durch die KVen an die VertragsärztInnen wiederum erfolgt auf Basis des EBM und der Honorarverteilungsverträge (Riedel, 2018).

Seit 2013 müssen die KVen die Verteilung der Gesamtvergütung auf die VertragsärztInnen nicht mehr im Einvernehmen, sondern „im Benehmen“ mit den Krankenkassen regeln, womit für die Kassen die Möglichkeiten zur Einflussnahme beschränkt wurden. Die Bestimmung, wonach der Bewertungsausschuss die Kriterien für den Verteilungsmaßstab bundeseinheitlich festlegt, wurde wieder abgeschafft. Nunmehr gelten vertragsspezifische Grundsätze und Versorgungsziele, für die eine gesetzliche Veröffentlichungspflicht besteht (Riedel, 2018).

Erst seit der Gesundheitsreform 2007 haben EBM-Punkte einen fixen Wert, der sich nur dann verringert, wenn die Gesamtleistungsvolumina im Bundesland eine gewisse Schwelle übersteigen. Damit tragen, im Gegensatz zum Zeitraum davor, nicht mehr allein die ÄrztInnen, sondern auch die Kassen das Morbiditätsrisiko. Die Kalkulation des EBM beinhaltet bereits die Vergütung für alle Leistungen, auch der Praxiskosten und des unternehmerischen Risikos. Da sich die Praxiskosten regelmäßig ändern, sind jährliche Anpassungen des Orientierungsrichtwertes (des Eurobetrags je Punkt) gesetzlich vorgesehen. 2024 wurde dieser Wert um 3,85 Prozent auf rund 11,9339 Cent pro Punkt (2025: 12,3934 Cent) erhöht (Bundesministerium für Gesundheit, 2016b; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2023).

Abbildung 3: Übersicht Kalkulation EBM



(IHS nach Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019)

Die Berechnung des EBM wurde vom schweizerischen TARMED abgeleitet, das zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen in der Schweiz dient. In Deutschland entstand auf dieser Grundlage das Standardbewertungssystem (STABS), welches an die Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung angepasst wurde. Ziel war es, eine standardisierte, einheitliche und transparente Methode zur Bewertung der Gebührenordnungspositionen zu entwickeln (Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019).

Das STABS verwendet eine Vollkostenkalkulation, die sowohl reale als auch kalkulatorische Kosten berücksichtigt. Jede bewertete Leistung wird dabei mit Kosten versehen, die in relative Bewertungen umgewandelt werden. Diese Umrechnung

erfolgt mit einem Kalkulationspunktwert von 10 Cent. Im STABS werden die betrieblichen Kosten zunächst nach Kostenarten unterschieden, dann auf Kostenstellen verteilt und letztlich auf Kostenträger umgelegt. Die Kosten werden getrennt nach einem Kostensatz für den ärztlichen Leistungsanteil (ÄL) und einem für den technischen Leistungsanteil (TL) erhoben (Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019).

Der ÄL repräsentiert die Arbeitszeit der ÄrztInnen und wird durch einen kalkulatorischen ÄrztInnenlohn bestimmt. Der TL umfasst die realen Kosten der Praxis, wie Personalkosten, Miete, Ausgaben für Geräte und EDV sowie Energiekosten, und enthält auch kalkulatorische Kosten wie die Eigenkapitalverzinsung, was auch Investitionskosten abdeckt (Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019).

Erst die Addition der getrennten Kostensätze ÄL und TL (mit Multiplikation des jeweiligen Zeitaufwands) ergibt sich die Punktzahl, die im EBM angegeben wird. Im Durchschnitt entfallen ungefähr gleich große Anteile auf den ärztlichen und den technischen Leistungsanteil, wobei es zwischen den verschiedenen Gruppen von ÄrztInnen Unterschiede gibt (Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019).

Die Berechnung des ärztlichen Leistungsanteils basiert im Wesentlichen auf drei Parametern: dem kalkulatorischen ÄrztInnenlohn, der Jahresarbeitszeit und der Produktivität der ÄrztIn/des Arztes sowie dem spezifischen Zeitbedarf für eine Leistung. Zunächst wird der ärztliche Arbeitsaufwand bewertet, indem ein angemessener ÄrztInnenlohn und die zugrunde liegende Arbeitszeit festgelegt werden. Der ÄrztInnenlohn wird als theoretischer Opportunitätskostenwert berechnet. Dieser Lohn entspricht den hypothetischen Einkünften, die ÄrztInnen erzielen könnten, wenn sie in einem anderen Bereich tätig wären. Er stellt somit keine realen Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit dar, sondern eine rechnerische Größe für die relative Bewertung. Der erweiterte Bewertungsausschuss legte 2003 das tarifvertragliche Gehalt einer OberärztIn/eines Oberarztes nach dem Bundesangestelltentarifvertrag (BAT 1a) als Vergleichsmaßstab fest, das zuletzt 2007 aktualisiert wurde und seitdem – wie die meisten Kostendaten – unverändert blieb (Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019).

Zur Ermittlung eines Kostensatzes pro Minute wird die unterschiedliche „Produktivität“ je nach Arbeitsgebiet berücksichtigt. Diese Produktivität beschreibt den Anteil der Arbeitszeit, der direkt mit der patientenbezogenen Leistungserbringung verbunden ist, und schließt Zeiten für das Praxismanagement aus. Um den ärztlichen Leistungsanteil im STABS zu berechnen, wird der

erforderliche Zeitaufwand für die Leistung festgelegt, einschließlich der Zeit für die eigentliche Leistungserbringung sowie für Vor- und Nachbereitung und Befundung. Leer- und Ausbildungszeiten werden nicht berücksichtigt, da diese bereits in den anderen Parametern des ÄL enthalten sind. Die durchschnittlichen Zeiten werden vom Bewertungsausschuss festgelegt, basieren jedoch nicht auf empirischen Durchschnittsdaten wie im DRG-System, sondern auf Einzelerhebungen und ExpertInnenwissen (Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019).

Die Bewertung des TL basiert auf vier Hauptparametern: Praxiskosten, Jahresbetriebsdauer, Auslastung der Praxis und dem Zeitbedarf für eine bestimmte Leistung. Der TL umfasst den Anteil der Kosten, der auf den Praxisbetrieb und nicht-ärztliche Tätigkeiten entfällt. Um die unterschiedlichen Praxisstrukturen zwischen verschiedenen ÄrztInnengruppen abzubilden, gibt es 28 verschiedene Praxisbetriebsmodelle (PBM) sowie sechs Zusatzmodule für außergewöhnliche oder neue Leistungen. Innerhalb eines PBM wird von einer gewissen Homogenität der Leistungen und Kosten ausgegangen, wobei in der Regel Durchschnittskosten verwendet werden (Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019).

Zunächst werden alle anfallenden Kosten verschiedenen Kostenarten zugeordnet. Die Datengrundlage hierfür stammt aus Studien aus den 1990er Jahren. Für Fachgebiete ohne empirische Daten wurden ExpertInneninformationen und normative Festlegungen verwendet. Diese Kostendaten wurden seither nur minimal angepasst. Die so ermittelten Kostenarten werden dann auf Kostenstellen verteilt, welche die Kosten in Bezug auf die Leistungserbringung zusammenfassen. Jedes PBM hat unterschiedliche Kostenstellen. Auf Basis der Praxiskosten und der Betriebszeit jeder Kostenstelle wird ein Kostensatz je Minute berechnet (Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019).

Zur relativen Bewertung einer Leistung im STABS werden die Kostenstellen den EBM-Leistungen (Kostenträgern) zugeordnet. Da es sich meist um Komplexleistungen handelt, werden diese in Teilleistungen aufgeteilt und separat bewertet und die Gesamtbewertung einer Leistung ergibt sich aus der Summe der Bewertungen der einzelnen Teilleistungen (Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019).

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Bewertung und wirtschaftlichen Leistungserbringung verwendet der EBM das Tarifgeber-Prinzip. Dieses Prinzip legt fest, welcher Kostensatz einer Kostenstelle bei der Bewertung einer Leistung verwendet wird, üblicherweise die ÄrztInnengruppe, die die entsprechende Leistung

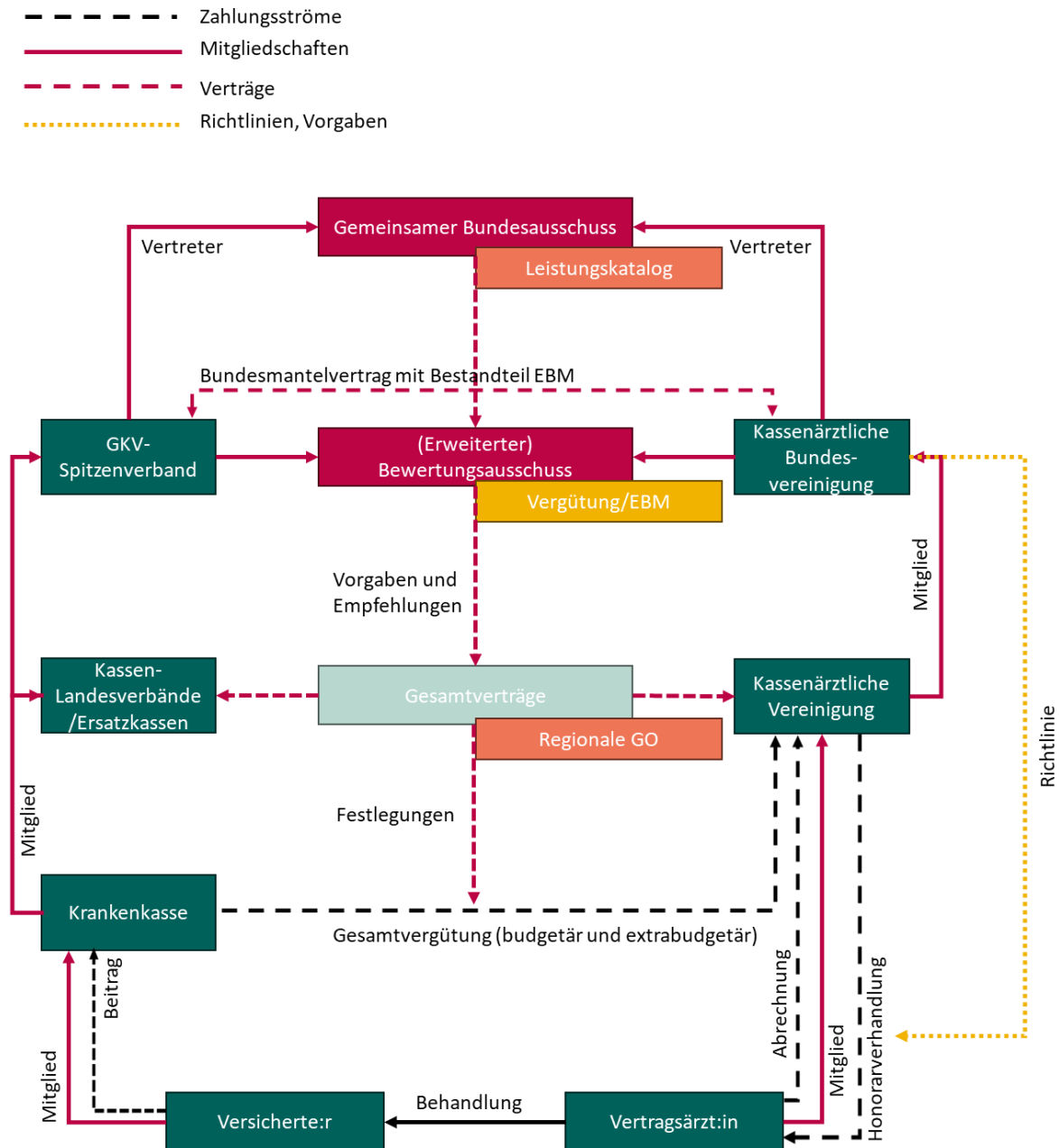
am häufigsten erbringt. Aufgrund unterschiedlicher Gemeinkosten ist dies jedoch nicht immer die Gruppe mit den geringsten Durchschnittskosten (Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019).

Grundsätzlich sollen im EBM ärztliche Leistungen als Pauschalen dargestellt werden. Für spezielle Leistungen sind Einzelleistungs- oder Komplexvergütungen vorgesehen. Zur besseren Abbildung des Behandlungsbedarfs und Vermeidung von Fehlanreizen werden Pauschalen nach neuen und bestehenden PatientInnen sowie nach Erkrankungsschwere differenziert (Bundesministerium für Gesundheit, 2016b).

Einzelne (Zahn-)ÄrztInnen, eine Gemeinschaft von LeistungserbringerInnen (z.B. ein Berufsverband) und andere LeistungserbringerInnen können individuell mit Krankenkassen Selektivverträge aushandeln, um flexibel auf besondere Versorgungsformen und bestimmte Krankheitsbehandlungen reagieren zu können. In den letzten Jahren wurden die Bereiche für Einzelverträge erheblich ausgeweitet. Auch die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V basiert auf Einzelverträgen zwischen qualifizierten HausärztInnen und der GKV. Zudem ermöglichen Selektivverträge nach § 140a SGB V, insbesondere für die integrierte Versorgung, individuelle Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und berechtigten LeistungserbringerInnen. Die Honorarverhandlungen sollen jährlich auf Bundesebene bis spätestens zum 31. August und auf Landesebene bis spätestens zum 31. Oktober abgeschlossen sein (GKV Spitzenverband, 2023; Riedel, 2018).

ÄrztInnen in Deutschland sind gemeinsam mit der Krankenversicherung verpflichtet, die ambulante ärztliche Versorgung aller gesetzlich Versicherten in Deutschland sicherzustellen (Sozialgesetzbuch (SGB) V, §72 – Sicherstellungsauftrag). Ist die Versorgung nicht mehr gewährleistet, weil etwa regional mehr als die Hälfte der VertragsärztInnen nicht an der Versorgung teilnehmen, so geht der Sicherstellungsauftrag unter bestimmten Bedingungen allein an die Krankenkassen und ihre Verbände über (SGB V §72a). Diese können dann die Versorgung über eigene Einrichtungen sicherstellen oder selektiv Verträge mit einzelnen ÄrztInnen oder Krankenhäusern abschließen. Die Vertragsinhalte müssen hierbei nicht einheitlich sein. Auch erlaubt SGB V §72a (4), ÄrztInnen, die sich unmittelbar auf diese Versorgungsform einlassen, besser zu entlohnen als diesbezügliche NachzüglerInnen. Damit gibt das Gesetz auch den Kassenärztlichen Vereinigungen ein starkes Motiv, es nicht auf einen vertragslosen Zustand ankommen zu lassen, sondern eine Einigung mit den Kassen anzustreben. Die Beibehaltung des Sicherstellungsauftrags für die deutsche ÄrztInnenschaft besteht bereits seit über hundert Jahren und wird immer noch von der überwiegenden Mehrheit unterstützt (Riedel, 2018).

Abbildung 4: Institutionelles Arrangement in der ambulanten, kollektivvertraglichen (vertragsärztlichen) Regelversorgung



(IHS nach Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019)

Es gibt keine Kostenbegrenzungen bei der Preisfindung von medizinischen Leistungen. Bei Einzelfällen, wie besonders teure Leistungen, können die Krankenkassen selbst entscheiden, ob eine Kostenübernahme stattfindet. Seit über

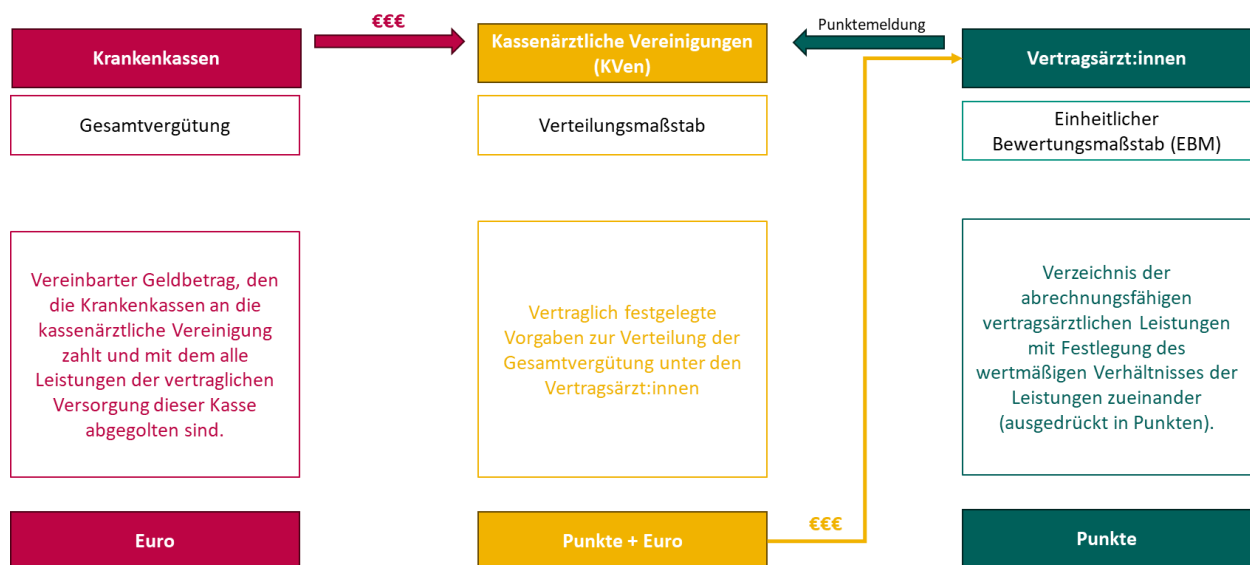
20 Jahren gibt es bei der Weiterentwicklung des EBM reformpolitischen Stillstand (Interview DE_I1).

3.4.2 Vergütung der ÄrztInnen

Die Bezahlung der ÄrztInnen durch die GKV unterliegt einem Verfahren, das zwei wesentliche Schritte umfasst. Erstens leisten die Krankenkassen anstelle der direkten Bezahlung aller VertragsärztInnen Gesamtzahlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen. Danach verteilen die Kassenärztlichen Vereinigungen diese Gesamtzahlungen nach dem EBM für die VertragsärztInnen (Blümel et al., 2020).

In einem zweiten Schritt teilen die KVen die Gesamtvergütung unter ihren Mitgliedern nach dem bundeseinheitlichen Wertmaßstab und den auf regionaler Ebene vereinbarten Honorarverteilungsmaßstab in den einzelnen Honorarverteilungsverträgen auf. Alle Leistungen, die von ÄrztInnen für die GKV-Vergütung erbracht werden können, sind im EBM aufgeführt (Blümel et al., 2020).

Abbildung 5: Grundelemente des Systems der vertragsärztlichen Vergütung



(IHS nach bpb & Gerlinger, 2017)

Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV)

Die Gesamtvergütung im vertragsärztlichen Bereich besteht aus mehreren Komponenten. Die größte ist die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (ca. 70 Prozent der Gesamtvergütung (Riedel, 2018)), die sich aus dem Behandlungsbedarf der PatientInnen, einem regionalen Orientierungswert und der Anzahl der

Versicherten pro Krankenkasse ergibt. Die Höhe der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Versorgung wird seit 2009 jährlich zwischen den KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen verhandelt. Bis 31. August jeden Jahres müssen sich beide Seiten auf eine Steigerungsrate einigen. Die vertragsärztliche Vergütung bleibt dabei gedeckelt, auch wenn sich die Zuweisung an die einzelnen Kassen nach dem Behandlungsbedarf ihrer Mitglieder im Vergleich zur Vorperiode richtet. Typische Leistungen, die zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gehören, umfassen arztgruppenspezifische Versicherten- und Grundpauschalen sowie Untersuchungsleistungen. Dazu zählen auch Gesprächsleistungen, Hausbesuche und Basisdiagnostik (Blümel et al., 2020; Riedel, 2018, Interview DE_I1).

Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung

Eine andere Komponente ist die Vergütung von Einzelleistungen, die die Krankenkassen zu festen Preisen über die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung hinaus zu zahlen haben. Dieser geringere und nicht der Mengensteuerung unterliegende Teil der Leistungen (ca. 30 Prozent) wird zum vollen Preis der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Dieser Vergütungsbereich wird als extrabudgetäre Gesamtvergütung bezeichnet. Beispiele für diese extrabudgetären Leistungen sind z. B. ambulante Operationen, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Impfungen, Leistungen der Strahlentherapie oder Leistungen im Rahmen der qualifizierten Versorgung krebskranker PatientInnen (Onkologie-Vereinbarung) (Blümel et al., 2020; Riedel, 2018).

Leistungsvolumina

Jeder Vertragsärztin/jedem Vertragsarzt wird pro Quartal ein Volumen zugeteilt, das sich aus dem der ÄrztInnenpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und einem qualifikationsabhängigen Zusatzvolumen zusammensetzt. Das Regelleistungsvolumen ergibt sich aus der Multiplikation der arztgruppenspezifischen Fallzahl mit der Fallzahl der Ärztin/des Arztes und dem morbiditätsorientierten Gewichtungsfaktor. Dieses Volumen agiert als eine Mengengrenze bis zu der eine Praxis für ihre Leistungen eine Vergütung zu den Preisen des EBM erhält (Blümel et al., 2020).

Qualifikationsabhängige Zusatzleistungen werden zu einem gestaffelten Preis vergütet. Die Höhe des Staffelpreises richtet sich danach, wie viele Regelleistungen und qualifikationsgebundene Zusatzmengenleistungen alle FachärztInnen und

HausärztInnen über diese Grenzen hinaus abgerechnet haben: 2 % des auf Fach- und HausärztInnen entfallenden Volumens werden für die Bezahlung dieser Leistungen reserviert (Blümel et al., 2020).

Es gibt flexible Verrechnungsmöglichkeiten zwischen dem Volumen der Standardleistungen und dem qualifikationsbedingten Zusatzvolumen. Schöpft eine Praxis ihr Volumen an Regelleistungen nicht aus, können entsprechend mehr qualifikationsbezogene Zusatzleistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung abgerechnet werden und umgekehrt. Fälle, die über 50 % des Fachgruppendurchschnitts liegen, gehen nur gestaffelt in die Berechnung des Regelleistungsvolumens ein. Überschreitet eine Ärztin/ein Arzt das Volumen der Regelleistung, wirkt sich dies regressiv auf den Betrag aus, den er für die betreffende Leistung erhält (Blümel et al., 2020).

Seit 2010 geht der Ausbau der fachärztlichen Leistungen nicht mehr zu Lasten der HausärztInnen und umgekehrt. Nahezu alle Leistungen, die aus der begrenzten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bezahlt werden, unterliegen einer Mengengrenzung. Qualifikationsbedingte Zusatzvolumina steuern bei fast allen ÄrztInnengruppen das Volumen der so genannten „Ermessensleistungen“, wie Akupunktur und dringende Hausbesuche. Arztgruppenspezifische Verteilungsvolumina für Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina sollen eine möglichst gerechte Honorarverteilung ermöglichen. Die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen haben auf regionaler Ebene den Spielraum zu entscheiden, für welche Leistungen sie die qualifikationsgebundene Zusatzmengen bilden und wie sie die Vergütung dieser Leistungen berechnen (Blümel et al., 2020). Das Gesamtbudget eines Leistungserbringers ergibt sich damit aus dem Regelleistungs- und dem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (Riedel, 2018). Die regionale Aufteilung für qualifikationsgebundene Zusatzmengen ist jedoch intransparent und Kriterien dafür sind nicht bekannt (Interview DE_I1).

Seit dem Jahr 2010 besteht eine Trennung in ein hausärztliches und ein fachärztliches Budget, und zwar auf Ebene der Kassen. Die Abgrenzung erfolgt personenbezogen, nicht leistungsbezogen: ÄrztInnen müssen sich entscheiden, ob sie hausärztlich oder fachärztlich tätig sein wollen, und werden für ihre Tätigkeit nur aus dem entsprechenden Budget honoriert, unabhängig davon ob die jeweilige Leistung als haus- oder fachärztlich eingestuft ist. Für Labor und Leistungen im Notfall gelten gesonderte Bestimmungen und Budgets (SGB V § 87b (1)). Außerdem sind für von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannte Praxisnetze und andere kooperative Behandlungsformen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen. Es

sind auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zulässig (SGB V § 87b (2)) (Riedel, 2018).

4 Schweiz

4.1 Das Schweizer Gesundheitssystem

Das Schweizer Gesundheitssystem ist sehr komplex. Die Entscheidungsfindung im Gesundheitssystem ist auf mehrere Ebenen verteilt: erstens auf drei Ebenen von Gebietskörperschaften, nämlich dem Bund, die 26 Kantone und 2.352 Kommunen; zweitens auf korporatistische Institutionen wie Firmen und Organisationen, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bereitstellen; und drittens auf die Bevölkerung, die über öffentliche Referenden Reformen fordern oder ablehnen kann (De Pietro et al., 2015).

Durch das KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung) wurden die gesetzlichen Krankenversicherungen in private Unternehmen umgewandelt. Die OKP-Versicherungen, als dominanter Akteur im Gesundheitswesen, sind für die Finanzierung der medizinischen Versorgung verantwortlich. Sie sind verpflichtet, alle Versicherungsberechtigten aufzunehmen und dürfen keinen Gewinn machen (De Pietro et al., 2015)

4.1.1 TARMED Tarifwerk

Die Tarife für die ambulante Versorgung basieren auf einem nationalen Rahmenwerk, das gemeinsam von beiden Seiten, Leistungserbringer und Versicherungen, entwickelt wurde. Die tatsächlichen Tarife können je nach kantonalen oder lokalen Vereinbarungen variieren. Laut KVG/LAMal Art. 56 und 58 sollten die Verträge theoretisch Qualität und Effizienz festlegen, aber in der Praxis sind entsprechende Regelungen oder Kontrollmechanismen selten vorhanden (De Pietro et al., 2015; Riedel, 2018).

Das TARMED (Tarif Médical) Tarifwerk legt die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen fest. TARMED löste 2004 die unterschiedlichen kantonalen Tarifwerke sowie den Spitalleistungskatalog ab. Ambulante ÄrztInnen- und Spitalrechnungen, die vom Leistungskatalog der OKP abgedeckt sind, werden seither unter Anwendung der TARMED-Tarifstruktur abgerechnet. Die Bewertung basiert auf einer Analyse der erforderlichen Ressourcen für jede medizinische Leistung (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2023; De Pietro et al., 2015).

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung von 1994 (KVG/LAMal) umschreibt in Artikel 25 bis 31 jene Leistungen, deren Kosten die obligatorische

Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen abzudecken hat. Konkretere Regelungen finden sich in zwei regelmäßig adaptierten Verordnungen: der Krankenversicherungs-Verordnung (KVV/OAMaL) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV/OPAS) (Riedel, 2018).

Derzeit bildet die Einzelleistungstarifstruktur TARMED die zentrale Abrechnungsgrundlage für fast alle ambulanten ärztlichen Leistungen in Praxen und Spitälern mit über 4.600 Positionen. Seit ihrer Einführung im Jahr 2004 wurde TARMED jedoch nie vollständig überarbeitet. Daher gilt sie mittlerweile als veraltet und bedarf einer Erneuerung (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2024).

4.1.2 TARDOC Tarifwerk

Der TARDOC (Tarif Doctor), ein Einzelleistungstarif, wird voraussichtlich ab 2026 - zusammen mit Ambulanten Pauschalen - die Schweizer Tarifstruktur neu festlegen. Am 1. Jänner 2024 nahm die neue Organisation ambulante Arzttarife (OAAT AG) ihre Arbeit auf, um schweizweite Tarifsysteme für ambulante Leistungen zu entwickeln und zu verbessern. Das Parlament änderte das Bundesgesetz über die Krankenversicherung, wodurch Pauschaltarife Vorrang vor Einzelleistungstarifen erhielten, jedoch werden beide Tarife im Schweizer System beibehalten. Pauschalen vereinfachen die Rechnungsstellung und begrenzen Anreize zur Leistungserhöhung. Zudem ermöglicht TARDOC genauere Abrechnungen und berücksichtigt die Bedürfnisse der HausärztInnenmedizin mehr. TARDOC soll ca. 1.300 Positionen erfassen. Der Bundesrat möchte 2025 beide Strukturen gleichzeitig genehmigen, um den administrativen Aufwand zu reduzieren (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2024; FMH, 2024b).

4.2 Finanzierung des Gesundheitssystems

Das Schweizer Gesundheitswesen wird hauptsächlich von drei Akteuren finanziert: den Sozialversicherungen, den privaten Haushalten und dem Staat. Die Sozialversicherungen, allen voran die obligatorische Krankenversicherung, tragen den größten Anteil. Im Jahr 2022 finanzierten sie 43 % der Gesamtkosten. Private Haushalte deckten rund 22 % der Kosten von Selbstbehalten und Eigenleistungen. Der Staat trug ebenfalls einen Anteil von 22 % zur Finanzierung bei. Den größten Anteil an den staatlichen Beiträgen hatten die Kantone mit 76 %. Gemeinden trugen 13 % bei, während der Bund 10 % der staatlichen Gesundheitsausgaben übernahm (Portal Kanton Thurgau, 2022).

4.3 Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung

In der Schweiz werden Tarifpositionen unabhängig davon, ob sie Pflichtleistungen darstellen oder nicht, in den Tarifikatalog aufgenommen. Davon betroffen sind z.B. sporttherapeutische Behandlungen, welche tarifiert, aber keine Pflichtleistungen bei der Krankenversicherung sind. Der Tarif soll jährlich revidiert werden. Anträge auf Tarifrevisionen oder Inklusion können alle Tarifpartner stellen. Die Aufnahme in einen Tarif (TARDOC oder Ambulante Pauschale) dauert mindestens drei Jahre, da die Tarifpartner zum Entschluss kamen, dass jede Tarifierung datenbasiert stattfinden soll. Die Tariffindung im niedergelassenen Bereich findet auf kantonaler Ebene statt (Interview CH_I2).

4.3.1 Mitwirkende Institutionen bei der Entscheidungsfindung

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) überprüft die Empfehlungen von verschiedenen eidgenössischen Kommissionen hinsichtlich der WZW-Kriterien ((Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit). Das EDI ist zuständig für die Altersvorsorge und das Gesundheitswesen. Es fundiert damit als Art Sozialministerium im österreichischen Kontext. Die Bewertungen des BAG (siehe nächster Absatz) fließen in die Entscheidungsprozesse des EDI über die Aufnahme oder Streichung von Leistungen im Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Aufnahme in den Katalog ärztlicher Leistungen werden durch das Bundesgesetz über die Krankversicherung (KVG) und die ergänzende Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definiert. Das EDI ist dann verantwortlich für die formelle Anpassung der KLV, die den Leistungskatalog definiert (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022b, 2024d; De Pietro et al., 2015; Eidgenössisches Departement des Inneren, 2024; FedLex, 2024a, 2024b).

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG; eine Schweizer Bundesbehörde und dem EDI unmittelbar nachgeordnet) spielt auf Bundesebene bei der Entscheidung über die Aufnahme von Leistungen in den Katalog eine zentrale Rolle. Es führt Bewertungen durch und gibt Empfehlungen ab (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024c). Die

grundlegenden rechtlichen Rahmenbedingungen hierfür werden durch das KVG (Art. 25 KVG) festgelegt (FedLex, 2024b).

Der Antrag zur Aufnahme neuer Leistungen in den vertragsärztlichen Katalog erfolgt meistens von Seite eines Anbietenden (Spital/Spitalgruppe, ärztliche Fachgesellschaft), manchmal von Seiten einer PatientInnenorganisation, eines Versicherers oder des BAG selbst (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024b).

Für das Ausscheiden von Leistungen im vertragsärztlichen Bereich wird das BAG von sich aus aktiv. Vor allem werden Leistungen durch Tarifrevisionen mithilfe von beauftragten HTAs (Health Technology Assessments) aus dem Katalog rausgenommen. Streichungen sind hauptsächlich bei kaum erbrachten ärztlichen Leistungen zu erwarten. Für den neuen Tarif TARDOC und für die ambulanten Pauschalen sind jährliche Aktualisierungen und Änderungen geplant (Interview CH_I1).

Prämien

Die Einteilung der Schweiz in Prämienregionen erfolgt einheitlich nach Vorgaben des BAG. Alle Krankenversicherer müssen diese Einteilung berücksichtigen. Personen mit geringeren finanziellen Mitteln erhalten Prämienreduktionen. Die Kosten für die Krankenversicherung setzen sich aus der Prämie, einer jährlichen Franchise von 300 Franken (für Erwachsene) und einem Selbstbehalt von 10 % der restlichen Rechnungssumme, maximal jedoch 700 Franken pro Jahr, zusammen. Der Leistungsumfang ist für alle Versicherer gesetzlich vorgegeben, sodass ein Kassenwechsel keine Auswirkungen auf die Grundversicherung hat. Jede Kasse ist verpflichtet, eine zu versichernde Person aufzunehmen (Schweizer Eidgenossenschaft, 2024).

Um Prämien zu sparen, können Versicherte auf eine freie ÄrztInnenwahl verzichten und sich einem HMO oder einem HausärztInnenmodell anschließen. Bei HMOs ist man an eine bestimmte ärztliche Gruppe gebunden, während beim HausärztInnenmodell immer zuerst die HausärztInnenpraxis aufzusuchen ist, um an eine Fachärztin/einen Facharzt verwiesen zu werden (Schweizer Eidgenossenschaft, 2024).

Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK)

Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) ist eine außerparlamentarische beratende Kommission, unterstützt das BAG auf Bundesebene und gibt Empfehlungen zur Aufnahme oder Ablehnung von Leistungen im Katalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab. Die ELGK ist vom Bundesrat beauftragt und gibt zuhanden des Bundesrates eine Empfehlung ab. Sie ist die zentrale Kommission für grundsätzliche Fragen der Leistungserstattung und hat eine koordinierende Rolle. Es wird vom Vertrauensprinzip bei ÄrztInnen ausgegangen, sodass diese die WZW-Kriterien erfüllen. Falls z.B. eine Krankenversicherung die WZW-Kriterien bestreitet, wird vom Bundesrat die ELGK einberufen. Sie prüft nach einer Kommissionierung von einem HTA jene Unterlagen. Auf Basis dieser Dokumente gibt die ELGK dem Bundesrat eine Empfehlung ab. Der Bundesrat verordnet anschließend eine Aktualisierung des Anhangs 1 der KLV falls eine Leistung nicht in die OKP aufgenommen werden soll. Es gilt das Kommissionsgeheimnis, d.h., die Entscheide sind öffentlich, jedoch werden die Beweggründe nicht publiziert (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024b, 2024; Interview CH_I2).

Paritätische Kommissionen (nur bei TARMED)

Zur kontinuierlichen Anpassung und Interpretation des TARMED Tarifwerks wurden paritätische Kommissionen geschaffen, die sich aus den beteiligten TarifpartnerInnen zusammensetzen. Diese Kommissionen agierten ursprünglich unter der TARMED Suisse AG, die nach dem Einstimmigkeitsprinzip funktionierte und von den Tarifpartnern in der Zwischenzeit liquidiert wurde. Die Paritätische Interpretationskommission (PIK) ist für die schweizweite Interpretation des Vertragswerks zuständig, ohne Tarifstrukturänderungen vorzunehmen. Die Paritätische Tarifkommission (PTK) hingegen kümmert sich um die Aufnahme, Anpassung und Streichung von Tarifpositionen. Anträge können nur von den Tarifpartnern des Rahmenvertrags TARMED (Fédération des médecins suisses FMH - Berufsverband der Schweizer ÄrztInnen, Verband der Krankenhäuser - H+, Versicherungsverband - santésuisse, Medizinaltarif-Kommission UVG - MTK) gestellt werden, wobei bei Entscheidungen das Einstimmigkeitsprinzip gilt und jede Tarifpartei eine Stimme hat. Die paritätischen Kommissionen wurden aus der AG herausgelöst, um bei Unklarheiten im TARMED bis zu seiner Ablösung durch Ambulante Pauschalen und TARDOC trotzdem noch eine PIK bzw. eine PTK zu haben (FMH, 2024a; Interview CH_I2; Riedel, 2018).

Der Prozess solcher Anträge lässt sich in zehn Schritte unterteilen. Die Erstellung des Antrages erfolgt durch alle Tarifpartner in Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft und wird anschließend in die PTK eingereicht. Dort wird der Antrag verhandelt und ein einstimmiger Beschluss gefasst. Danach wird der Antrag ins Leitungsgremium weitergeleitet, wo erneut eine Beschlussfassung stattfindet. Die Anträge eines Jahres werden als Paket an das BAG bzw. den Bundesrat gesendet und zur Genehmigung vorgelegt. Der Bundesrat fasst dann den Beschluss über das Antragspaket, welches schließlich in Form einer neuen Tarifversion umgesetzt wird (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2023; FMH, 2001; Riedel, 2018).

In der Praxis werden die Verträge zwischen Versicherungsverbänden wie der prio.swiss sowie der Vertretung der Anbieter, insbesondere FMH, abgeschlossen. Diese Tarife müssen von den einzelnen Versicherungen und Anbietern genehmigt werden. Wenn sich beide Seiten nicht einigen können, können kantonale oder nationale Behörden die Tarife festlegen (De Pietro et al., 2015; Riedel, 2018).

Auch für TARDOC und Ambulante Pauschalen ist eine AG Tarifinterpretation vorgesehen, die auf einen Antrag hin den Tarif interpretiert und allenfalls eine Klarstellung publiziert, bevor der Tarif in einem nächsten Schritt dann allenfalls angepasst werden kann und dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht werden kann (Interview CH_I2).

OAAT AG (TARDOC und Ambulante Pauschalen)

Im Kostendämpfungspaket 2 des Bundesrates wurde gefordert, dass ein nationales Tarifbüro gegründet wird, in dem alle Tarifpartner vertreten sind. Die gegründete OAAT AG (Organisation ambulante Arzttarife) ist aus dieser Forderung entstanden und operiert nach dem Mehrheitsprinzip (Interview CH_I2).

Im November 2022 wurde in Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe, Art. 47a KV, die Organisation ambulante Arzttarife (OAAT AG) gegründet, die seit dem 1. Januar 2024 operativ tätig ist. Die OAAT AG, in der sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer vertreten sind, hat ihre Arbeit aufgenommen und ist verantwortlich für die Erstellung, Weiterentwicklung, Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Leistungen. Zu den Aktionären der OAAT AG gehören die FMH, H+, santésuisse, curafutura sowie die Medizinaltarif-Kommissionen UVG, Invalidenversicherung (IV) und Militärversicherung (MV). Die Krankenversicherer haben in der Zwischenzeit einen neuen Verband gegründet: prio.swiss und wollen wieder koordinierter agieren. Curafutura ging deshalb in prio.swiss über und hat neue Mitglieder. Santésuisse bleibt bestehen, konzentriert sich aber mit ihren Tochtergesellschaften SASIS und tarifsuisse auf andere Bereiche und hat die Aufgabe

der Tarifstruktur-Verhandlungen an prio.swiss abgetreten (auch Gesundheitspolitik) (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024e; curafutura, 2024b; Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2024; Interview CH_I2).

OAAT AG wird künftig die Arbeiten an der neuen Tarifstruktur TARDOC sowie der Tarifstruktur für Ambulante Pauschalen im ambulanten Bereich leiten. Damit ersetzt die OAAT AG die beiden zuvor von den TarifpartnerInnen gegründeten Tariforganisationen: die Organisation „Arzttarif Schweiz – Tarif médical suisse“ (ats-tms AG), die die Tarifstruktur TARDOC entwickelt hat, und die Organisation „solutions tarifaires suisses“ (sts ag), die für die Tarifstruktur der Ambulanten Pauschalen zuständig war. Die GDK (Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz) wird voraussichtlich auch noch im Jahr 2025 Aktionärin und soll damit vertraglich in Abhängigkeit von der Gesetzesänderung zur Einheitlichen Finanzierung (EFAS) eingebunden werden. Pierre Alain Schnegg fungiert als Verwaltungsratspräsident der OAAT AG (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024e; curafutura, 2024b; Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2024; Interview CH_I2).

Die Ausgestaltung der Beschlussquoren im Verwaltungsrat ist entscheidend für den Erfolg der nationalen Organisation für ambulante Tarife. Um eine angemessene Entwicklung der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Leistungen sicherzustellen und erneute Blockaden wie im Fall von TARMED zu vermeiden, ist die Möglichkeit eines Vetos durch einen einzelnen Tarifpartner nun ausgeschlossen (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024e; curafutura, 2024b; Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2024; Interview CH_I2).

4.3.2 Definitionen der Kriterien zur Leistungsaufnahme

Eingereichte Themen werden vom BAG geprüft und für die zuständigen Kommissionen, hier die ELGK, aufbereitet. Im Auftrag von der ELGK an externe Organisationen werden dann regelmäßig Health Technology Assessments (HTA) durchgeführt, um vor allem Leistungen welche die WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit) möglicherweise nicht erfüllen, zu bewerten (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022a, 2024a). Jene Kriterien sind in Art. 32 und 33 KVG festgelegt. In Art. 32 heißt es:

Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

Die Wirksamkeit, die Zweckmäßigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

Wirksamkeit

Eine medizinische Leistung gilt als wirksam, wenn sie nachweislich dazu geeignet ist, die angestrebten diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen oder präventiven Ziele zu erreichen. Dies bedeutet, dass ihre Effektivität durch wissenschaftliche Methoden belegt ist und das Verhältnis von Nutzen und Schaden im Vergleich zu alternativen Behandlungsmethoden günstig ausfällt. Weiterhin müssen die Studienergebnisse auf die klinische Praxis in der Schweiz übertragbar sein (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022b).

Die Wirksamkeit bezieht sich auf die kausale Verbindung zwischen der medizinischen Maßnahme und dem medizinischen Erfolg. Um das Wirksamkeitskriterium zu erfüllen, muss die Leistung objektiv in der Lage sein, das angestrebte Ziel zu erreichen, sei es diagnostisch, therapeutisch, präventiv oder pflegerisch. Dies schließt auch stabilisierende, palliative und präventive Ziele ein (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022b).

Der Nachweis der Wirksamkeit einer medizinischen Leistung muss nach wissenschaftlichen Methoden erfolgen, wie es in Art. 32 Abs. 1 KVG vorgeschrieben ist. Abhängig von der Art der Leistung können verschiedene wissenschaftliche Methoden zum Einsatz kommen. Die Methode muss in der Lage sein, objektiv festzustellen, ob der Nutzen kausal mit der Leistung verknüpft ist, reproduzierbar ist und nicht nur auf natürlichen Selbstheilungskräften oder Placebo-Effekten beruht. Zudem muss sie Aussagen über mögliche Schäden machen können. Entscheidend ist ein günstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis, das auch im Vergleich zu anderen Interventionen (einschließlich der Option, keine Behandlung durchzuführen) betrachtet wird. Die Wirksamkeit einer Leistung ist gegeben, wenn das Nutzen-Schaden-Verhältnis vor der Intervention positiv bewertet wird (ex ante), unabhängig davon, ob das beabsichtigte Ziel nach der Intervention tatsächlich erreicht wird (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022b).

Zweckmäßigkeit

Eine medizinische Leistung wird als zweckmäßig angesehen, wenn sie im Vergleich zu alternativen Methoden relevant und geeignet für die PatientInnenversorgung ist, wenn sie rechtlichen Bedingungen sowie ethischen und sozialen Werten entspricht, und wenn die Qualität sowie die korrekte Anwendung in der Praxis sichergestellt sind (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022b).

Bei der allgemeinen Bewertung im Kontext der OKP-Leistungen wird die Zweckmäßigkeit hinsichtlich ihrer Relevanz und Eignung im Behandlungspfad beurteilt, wobei auch der medizinische Bedarf berücksichtigt wird. Zudem wird nach

international gängigen Prinzipien der Bewertung von Gesundheitstechnologien (durch HTAs) geprüft, ob die Leistung mit organisatorischen, rechtlichen, ethischen und sozialen Aspekten in Einklang steht. Wirtschaftliche Auswirkungen können ebenfalls in die Zweckmäßigkeitsbetrachtung einfließen. Zudem muss in der Praxis sichergestellt sein, dass die notwendige Qualität und der angemessene Einsatz der Leistungen gewährleistet sind (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022b).

Wirtschaftlichkeit

Eine Leistung wird als wirtschaftlich betrachtet, wenn die Tarife und Preise nachvollziehbar festgelegt sind, wenn sie im Vergleich zu alternativen Verfahren ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist oder wenn höhere Kosten durch einen entsprechenden Mehrnutzen gerechtfertigt sind, und wenn die finanziellen Auswirkungen auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung tragbar bleiben (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022b).

Tarifverträge, die zwischen LeistungserbringerInnen und Versicherern ausgehandelt oder von Behörden festgelegt werden, müssen gemäß Art. 43 Abs. 4 und 6 KVG betriebswirtschaftlich bemessen und strukturiert sein, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu möglichst niedrigen Kosten zu gewährleisten. Diese Tarife und Preise müssen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nachvollziehbar sein. Wenn die Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit vergleichbar sind, wird die kostengünstigste Alternative als wirtschaftlich betrachtet. Höhere Kosten sind durch ein besseres Nutzen-Schaden-Verhältnis und eine erhöhte Zweckmäßigkeit gerechtfertigt und können im Rahmen der OKP übernommen werden. Obwohl keine festen Obergrenzen für das Kosten-Nutzen-Verhältnis existieren, wird das Verhältnismäßigkeitsprinzip angewendet, insbesondere wenn es um die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung geht. Neue, sehr teure Leistungen können an die Grenzen der Finanzierbarkeit stoßen, weshalb vertiefte Analysen und detaillierte Bewertungsmethoden notwendig sind (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022b).

Für den Kostenvergleich zwischen alternativen Leistungen sind die für die OKP geltenden oder vorgesehenen Tarife oder Höchstvergütungsbeträge maßgeblich, und es werden die Kosten verglichen, die tatsächlich von den Krankenversicherern übernommen werden. Beim Vergleich von ambulanten und stationären Leistungen, bei denen die Kantone einen Kostenanteil übernehmen, sind die gesamten Kosten zu berücksichtigen, die von beiden Kostenträgern getragen werden (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022b).

In der Regel wird zuerst das Kriterium der Wirksamkeit, dann das der Zweckmäßigkeit und schließlich das der Wirtschaftlichkeit bewertet. Wenn ein Kriterium als nicht erfüllt gilt, kann auf eine detaillierte Bewertung der nachfolgenden Kriterien verzichtet werden. Wenn bestimmte Kriterien nur teilweise erfüllt sind, hängt die Gesamteinschätzung und Vergütungsempfehlung von der Gesamtbetrachtung aller drei Kriterien ab (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2022b).

Auf Bundesebene geht man bei Erstellung des Leistungskatalogs vom Vertrauensprinzip aus, d.h. die jeweilige medizinische Leistung erfüllt die WZW-Kriterien. Neue Leistungen werden auf jene Kriterien hin geprüft. Es kommt zu einer Prüfung bei bestehenden Leistungen, wenn ein Akteur z.B. eine Versicherung die Anwendbarkeit der Kriterien an der Leistung bestreitet. Zunächst wird dann ein Antrag bei der ELGK eingereicht und eine Prüfung durch diese durchgeführt. Falls es zu Änderungen bei der Vergütung der geprüften medizinischen Leistung kommt, wird die KLV² bzw. deren Anhang³ geändert (Interview CH_11).

Health Technology Assessment

Der Prozess der Bewertung der WZW-Kriterien beginnt mit der Einreichung von Themenvorschlägen durch die Öffentlichkeit. Diese Vorschläge werden anhand verschiedener Kriterien wie der Umstrittenheit der Leistung, ihrer Kosten und ihres potenziellen Nutzens für das Gesundheitssystem bewertet, wobei die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) und die Eidgenössische Arzneimittelkommission (EAK) die näher zu bearbeitenden Themen empfehlen (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024i).

Bevor eine detaillierte Analyse durchgeführt wird, erfolgt eine sogenannte Voranalyse (Pre-Scoping). Dabei wird die Fragestellung präzisiert und der Rahmen für die weitere Untersuchung festgelegt. Anschließend werden externe AuftragnehmerInnen beauftragt, einen umfassenden HTA-Bericht zu erstellen (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024i).

Die externen AuftragnehmerInnen untersuchen im HTA-Bericht die wissenschaftliche Evidenz zu Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten der jeweiligen Leistung. Das sogenannte Assessment berücksichtigt auch rechtliche, soziale, ethische und organisatorische Aspekte. Bevor der Bericht veröffentlicht wird, wird er von einer

² siehe https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/de

³ siehe

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/anhang1klv.html>

unabhängigen ExpertInnengruppe überprüft und die betroffenen Interessengruppen haben die Möglichkeit, Stellung zu nehmen. Auf Basis des HTA-Berichts empfehlen die Eidgenössischen Kommissionen dem BAG (vor allem bei Arzneimitteln) oder dem EDI generell (bei Leistungen), ob z.B., eine Leistung beibehalten, eingeschränkt oder gestrichen werden soll. Die endgültige Entscheidung trifft dann die zuständige Behörde und wird öffentlich bekannt gegeben (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024i).

4.4 Festlegung der vertragsärztlichen Tarife

4.4.1 Mitwirkende Institutionen bei der Tariffindung

Tarifpartner (ÄrztInnenvereinigungen und Krankenversicherer; konkret: FMH, H+, prio.swiss (bisher santésuisse und curafutura) und MTK) verhandeln und vereinbaren die Tarife für ärztliche Leistungen. Sie spielen eine wichtige Rolle bei der wirtschaftlichen Bewertung von Leistungen. Wichtige Gremien sind hierbei die Organisation für Tarifstrukturen SwissDRG AG für stationäre Leistungen und die TARMED-Kommission für ambulante Leistungen bzw. neu die Organisation für ambulante Arzttarife OAAT. Wie bereits erwähnt, ist die einheitliche Tarifstruktur TARMED zurzeit die Basis für die Abrechnung mit einem Einzelleistungstarif im ambulanten ärztlichen Bereich. Sie wird voraussichtlich 2026 von TARDOC und Ambulanten Pauschalen abgelöst (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2023).

TARMED

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (BVG) von 1994 hält in Artikel 43 Grundsätze über Tarife und Preise fest. Vorgesehen sind Einzelleistungstarife und Pauschaltarife bezogen auf Individuen oder Versichertengruppen, und in Ausnahmen zusätzliche qualitative Voraussetzungen der Vergütung. Bei der Festsetzung ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Der Bundesrat kann hierfür sowie für die Anpassung der Tarife Grundsätze aufstellen. Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen – aufgrund dieser Regelung wurde TARMED entwickelt. Es muss nur die Struktur, nicht die Höhe bundesweit einheitlich sein. Dementsprechend variiert die Tarifhöhe zwischen den Kantonen (De Pietro et al., 2015; Riedel, 2018).

Zurzeit werden alle im TARMED enthaltenen Leistungen und deren entsprechende Taxpunkte durch Tarifverhandlungen zwischen santésuisse, curafutura (bzw. ab 2025 prio.siwss), der FMH, den Spitälern der Schweiz (H+) sowie den eidgenössischen Sozialversicherern (Unfall-, Militär und Invalidenversicherung), die in der

Medizinaltarifkommission (MTK) der SUVA (größte Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung in der Schweiz) vertreten sind, bestimmt. Der von ihnen ausverhandelte Rahmenvertrag (TARMED KVG) gilt für die gesamte Schweiz und für alle im Rahmen der verpflichtenden Krankenversicherung erbrachten Leistungen. Daneben existieren noch Anschlussverträge für zusätzliche Leistungen auf kantonaler Ebene, und die UVG / VG / MVG Tarifverträge für Abrechnung durch Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung. Das Tarifwerk muss durch den Bundesrat genehmigt werden (Interview CH_I2; Riedel, 2018).

Durch den TARMED können ÄrztInnen Tarifpositionen nur entsprechend ihrer Qualifikation und Ausbildung – ihrer Dignität – verrechnen; diese Anerkennung erfolgt ebenfalls durch TARMED (konkret durch PaKoDig). Die Dignität entspricht den in der Weiterbildungsordnung geregelten FachärztInnentiteln, Fähigkeitsausweisen und Schwerpunkten. Oft gab es Stillstände bei der Weiterentwicklung von TARMED, da die Beschlüsse in den drei paritätischen Kommissionen einstimmig gefasst werden müssen. Diese Anforderung hat in der Vergangenheit des TARMED oftmals zu Blockaden zwischen den TarifpartnerInnen geführt (Riedel, 2018).

Von den über 4.600 Tarifpositionen sind nur wenige besonders relevant. Die acht am häufigsten abrechneten Leistungen machen insgesamt 42 % der gesamten Taxpunktswerte aus. Dabei entfällt allein auf die Tarifposition für die ersten 5 Minuten Behandlungsdauer ein Anteil von 20 %. Auffällig ist, dass sieben dieser Top 8 Positionen Zeittarife für 5-Minuten-Abschnitte darstellen, vor allem im Bereich der Grundleistungen und der Psychiatrie (Riedel, 2018).

Die Eidgenössische Finanzkontrolle äußerte u.a. folgende Kritik zum Stand der Kostenrealität im Jahr 2010: Die Zeiten, die für die Ausführung einer Leistung notwendig sind, wurden unsystematisch festgelegt und es fehlten transparente und allgemein akzeptierte Kriterien und Methoden für deren Festlegung. Einige Produktivitätsfaktoren, die in die Berechnung der ärztlichen Leistungen eingeflossen sind, waren nicht nachvollziehbar. Die Versicherten hatten keine Kontrollmöglichkeiten bezüglich der TARMED-Rechnungen, obwohl dies vom KVG vorgesehen war. Trotz eines umfassenden Leistungskatalogs wurden Analogiepositionen für einige noch nicht tarifierte Leistungen verwendet und einige Leistungen, die bereits von der zuständigen Kommission in den Leistungskatalog der OKP aufgenommen wurden, fehlten im TARMED (Eidgenössische Finanzkontrolle EFK, 2010; Riedel, 2018).

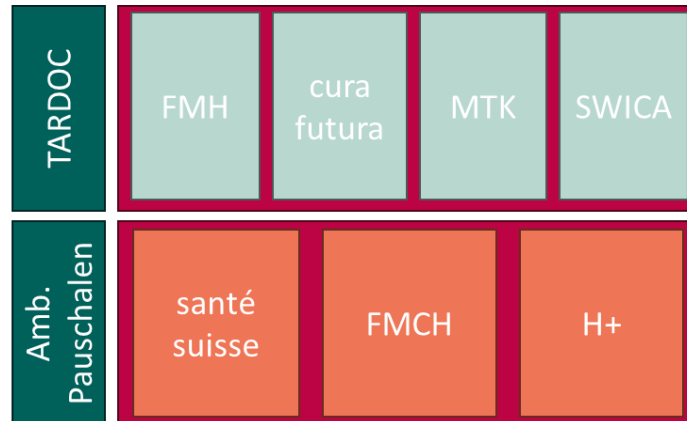
Im Allgemeinen sieht das Bundesgesetz über die Krankenversicherung zwei Arten von Tarifen für ambulante ärztliche Leistungen vor: Einzelleistungstarife und Pauschaltarife. Seit 2004 gilt die Tarifstruktur TARMED, welche aufgrund Ineffizienzen

per 1. Januar 2026 durch die neue Einzelleistungstarifstruktur TARDOC und eine neue Tarifstruktur für Pauschalen ersetzt wird (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024f). Aufgrund vieler Tarifpositionen im TARMED, die nicht mehr der aktuellen wirtschaftlichen Realität entsprechen, gibt es Ungleichgewichte: Einige Positionen sind überbewertet und vergüten ärztliche Leistungen zu großzügig, während andere die Kosten der ÄrztInnen nicht angemessen decken. Dies schafft Anreize für unnötige Behandlungen und birgt das Risiko, dass notwendige Behandlungen unterbleiben könnten. Die Tatsache, dass viele Positionen bis zu 25 % über- oder unterbewertet sind, führt zudem zu einer ineffizienten Ressourcenverteilung. In einigen Bereichen wird zu viel investiert, während in anderen Bereichen nicht genug Mittel zur Verfügung stehen. Dies führt bei einem Gesamtleistungsvolumen von 12 Milliarden Franken pro Jahr zu einer Verschwendung von mehreren hundert Millionen Franken (curafutura, 2024a).

Am 18. Juni 2021 hat das Parlament im Rahmen von Paket 1a zur Kostendämpfung in TARMED zwei Maßnahmen verabschiedet, die die Überarbeitung der ambulanten Arzttarife direkt beeinflussen. Erstens wurde die Bedeutung der Pauschalen im ambulanten Sektor gestärkt. Seit dem 1. Januar 2023 muss nicht nur eine Einzelleistungstarifstruktur, sondern auch eine Tarifstruktur für Ambulante Pauschalen landesweit einheitlich vertraglich festgelegt werden (Art. 43 Abs. 5 KVG). In Bereichen, in denen eine vom Bundesrat genehmigte oder festgelegte Tarifstruktur für Ambulante Pauschalen existiert, hat diese Vorrang vor der Einzelleistungstarifstruktur (Art. 43 Abs. 5 KVG). Zweitens wurde die Zusammenarbeit der Tarifpartner durch die Verpflichtung gestärkt, eine nationale Tariforganisation zu gründen. Diese Organisation ist verantwortlich für die Erstellung, Weiterentwicklung, Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen (Art. 47a KVG) (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024f; Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2024; Organisation ambulante Arzttarife, 2023).

TARDOC und Ambulante Pauschalen

Abbildung 6: Mitwirkende Organisationen bei TARDOC und bei Ambulanten Pauschalen



(IHS, 2024)

2026 wird der neue Einzelleistungstarif TARDOC mit ca. 1.300 Positionen eingeführt. Zudem soll eine gleichzeitig entwickelte Pauschalensystem, die Einzelleistungstarife im ambulanten Bereich ergänzen. Das TARDOC Projekt wurde vom Krankenversicherer curafutura und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH in Zusammenarbeit mit der MTK (Medizinartariefekommission UVG) gestartet. Dabei wurde eine komplette Erneuerung des Tarifs angestrebt und deshalb ein neuer Name, statt TARMED nun TARDOC, gewählt. Der Schweizer Krankenversicherer santésuisse und der Spitalverband H+ entwickelten gleichzeitig das System für Ambulante Pauschalen. Der Bundesrat hat für beide am 19.06.2024 eine Teilgenehmigung ausgesprochen und verlangt, dass die Systeme aufeinander (besser) abgestimmt werden (Interview CH_I1; Interview CH_I2).

Eine Ambulante Pauschale umfasst z.B., alle Leistungen eines OP-Tages, während Erstgespräche und Nachbehandlungen, die an einem anderen Tag als die Intervention stattfinden, weiterhin über den Einzelleistungstarif abgerechnet werden. Das Ambulante Pauschalensystem ist eine Weiterentwicklung der seit vielen Jahren bewährten SwissDRG-Logik aus dem stationären Bereich. Es deckt grundsätzlich alle Leistungen ab, die im Rahmen einer ambulanten Behandlung erbracht werden. Die Berechnungen basieren auf realen Kosten- und Leistungsdaten von tatsächlich erbrachten PatientInnenfällen, was eine Neuerung darstellt (Organisation ambulante Arzttarife, 2023).

Dafür wurden Daten aus den Spitälern herangezogen. Dies wurde von der ambulanten ÄrztlInnenschaft und dem BAG kritisiert. Da die Datenlage für niedergelassene ÄrztlInnenpraxen gering ist, sollte man vorerst nur wenige Pauschalen in diesem Bereich einführen. Erst wenn Daten und Erfahrungen

gesammelt wurden, können Pauschalen mit bester Wirksamkeit eingeführt werden. Ein Grund für Ambulante Pauschalen im niedergelassenen Bereich ist, dass der Bundesrat beschlossen hat, Pauschalen zu präferieren. Immer wenn Pauschalen in einem Anwendungsbereich vorhanden sind, sollen diese auch zur Anwendung kommen (Interview CH_I2).

Das Ambulante Pauschalensystem soll jährlich mit den neuesten Daten der LeistungserbringerInnen aktualisiert werden. Zudem können Anwender jährlich Anträge für die Tarifierung neuer Leistungen stellen, wie beispielsweise neuartige, innovative Behandlungen. Die OAAT AG führt unabhängig der gestellten Anträge eine Datenerhebung durch. Die Tarifierung neuer Leistungen erfolgt gesondert und mit Beizug anderer Daten. Dies gewährleistet eine stets aktuelle Tarifstruktur (Interview CH_I2; Organisation ambulante Arzttarife, 2023). Anfänglich wurden 500 Pauschalen erstellt, jedoch hat der Bundesrat zu einer Verringerung gedrängt, sodass ca. 300 Pauschalen bestehen (Interview CH_I2).

Grundsätzlich bedeutet dies, dass eine ambulante Behandlung ab 2026 entweder mithilfe des Einzelleistungstarifs TARDOC oder einer Ambulanten Pauschale abgerechnet wird. Die Spitäler im ambulanten Bereich und niedergelassene (Fach-)ÄrztInnen werden von dieser Neuerung am meisten betroffen sein, da das Ambulante Pauschalensystem hier vorzugsweise angewandt wird. Die sogenannten Grundversorger in der Medizin, wie z.B. die allgemeine innere Medizin oder die Psychiatrie werden weiterhin über einen Einzelleistungstarif abgerechnet (Interview CH_I2).

Abbildung 7: Planungsversion Ambulante Pauschalen

	 Ambulante Grundversorgung		 Ambulante Spezialversorgung	 Stationärer Bereich
Beispiele Leistungsbereich	• Hausarztmedizin • Psychiatrie	• Untersuchungen und Behandlungen in einfacher Infrastruktur	• Bildgebung • Funktionsdiagnostik • Chemotherapie • Endoskopien • Koloskopien • Angiographie	• Operationen • Interventionelle Kardiologie • Strahlentherapie • Nuklearmedizin
Beispiele für Sparten	• Sprechzimmer • Sprechzimmer Psychiatrie	• Untersuchungs- und Behandlungsraum	• Funktionsdiagnostik • MRI / CT • Ultraschall • Röntgenraum • Endoskopieraum • Echokardiographie • Kardangiographie	• OP • Interventionelle Angiographie • Radio-Onkologie
Art der Tarifierung	Einzelleistungstarif Für Leistungen in einfachen Infrastrukturen		Pauschalen Für Leistungen in ressourcenintensiven Infrastrukturen	

(Organisation ambulante Arzttarife, 2024a)

Bei Abbildung 7 handelt es sich um die Planungsversion von TARDOC und den ambulanten Pauschalen. In der Einführungsversion wird sich der

Anwendungsbereich der Ambulanten Pauschalen primär auf die Spalte in Rot beschränken (Interview CH_I2).

Die Bevorzugung von Pauschalen bei ambulanten Leistungen ergibt sich in der Schweiz aus dem Gesetz gemäß Art. 43, Abs. 4, KVG, welches verlangt, dass Leistungen in notwendiger Qualität effizient und günstig erbracht werden. Die fixe pauschale Vergütung hat den Vorteil, dass die LeistungserbringerInnen einen Anreiz haben, kostensparend zu arbeiten, da sie mehr von der Vergütung behalten, wenn effizienter gearbeitet wird. Pauschalen vereinfachen die Rechnungsstellung und verringern Anreize zur Erhöhung der abgerechneten Leistungsmengen. Im Gegensatz dazu führt die Abrechnung nach Einzelleistungen im ambulanten Bereich dazu, dass mehr Leistungen erbracht werden, um mehr zu verdienen, was zu einem höheren Ressourcenaufwand führt (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2024; Felder, 2021).

Die Version 1.1 der Ambulanten Pauschalen umfasst 315 Pauschalen. Eine Pauschale deckt im Wesentlichen alle Leistungen ab, die im Rahmen eines ambulanten Behandlungsfalles erbracht werden (z. B. Medikamente, Verbrauchsmaterialien, erbrachte Leistungen usw.). Die Pauschaltariffform ist besonders geeignet für standardisierte Behandlungen, die in einer teuren Infrastruktur durchgeführt werden, wie bestimmte Operationen. In dieser Struktur werden PatientInnenfälle basierend auf verschiedenen Merkmalen (z.B. angewandte Verfahren, Alter, Geschlecht) in möglichst homogene Gruppen eingeteilt, die als Fallgruppen bezeichnet werden. Fallgruppen werden analog zu TARDOC in Taxpunkten bewertet. Dieses Gewicht wird anhand der entstehenden Kosten berechnet und bestimmt das Verhältnis zwischen den verschiedenen Fallgruppen. Die konkrete Vergütung in Franken ergibt sich aus der Multiplikation des Kostengewichts der jeweiligen Fallgruppe mit einem Basispreis. Dieser Basispreis wird in der Regel auf kantonaler oder regionaler Ebene festgelegt, kann aber auch national vereinbart werden (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024e; H+ Die Spitäler der Schweiz, 2024; Interview CH_I2).

Im TARDOC werden nach wie vor Zeittarife angeboten, aber mit einer Limitation zur Kostenkontrolle. Bei der Grundversicherung gelten die nationalen Tarife, aber den Krankenversicherungen steht es frei, alternative Versicherungsmodelle anzubieten. Der freie Zugang ist damit jedoch eingeschränkt z.B. bei HausärztInnenmodellen. Bei solchen Modellen sind die Versicherer frei z.B. eine Einzelleistungsvereinbarung zu treffen. Am Ende der Abrechnungsperiode wird dann der alternative Tarif zu TARDOC gegengerechnet (Interview CH_I1).

Die Tarifstruktur mit Ambulanten Pauschalen und Einzelleistungstarifen wird als unpraktikabel kritisiert und verursacht Verwirrung bei LeistungserbringerInnen. Der Bundesrat hat dies auch als eine der großen Kritiken bei TARDOC angeführt und möchte, dass die Tarife fließend miteinander funktionieren. Die OAAT AG arbeitet an dieser Forderung (Interview CH_I1).

2026 werden in den ÄrztInnenpraxen nur 10 % des bisher abgerechneten Volumens Pauschalen sein, d.h. 90 % des Volumens werden weiterhin vorerst über den Einzelleistungstarif TARDOC abgerechnet. In den ersten Jahren nach der Einführung sollen jedoch Leistungen wie CT, MRT oder gastroenterologische Behandlungen als Pauschalen abgebildet werden. Somit wird sich das Verhältnis zwischen Pauschalen und TARDOC verschieben (Interview CH_I2).

Für Tarifdaten wird auch die Strukturdaten ÄrztInnenpraxen und ambulante Zentren (MAS) Erhebung vom Bundesamt für Statistik mit Teilnahmepflicht für Praxen herangezogen (Interview CH_I2).

Genehmigung Verträge

Falls sich die Tarifpartner bei der Einzelleistungstarifstruktur oder der Tarifstruktur für PatientInnenpauschalen im ambulanten Bereich nicht einigen können, ist der Bundesrat auch subsidiär für die Festlegung und Anpassung der Tarifstruktur zuständig. Die Ausarbeitung, Weiterentwicklung und Aktualisierung der Tarifstrukturen bleiben jedoch in der Verantwortung der Tarifpartner (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024e).

Die Kantone sind verantwortlich für die Genehmigung von Verträgen über kantonal festgelegte Tarife, wie beispielsweise Taxpunktwerte. Ein kantonaler Tarifvertrag wird erst gültig, wenn er vom Kanton genehmigt wurde. Vor der Entscheidung muss der Kanton prüfen, ob der Tarifvertrag den gesetzlichen Bestimmungen sowie den Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Fairness entspricht. Zusätzlich zu den nationalen Tarifstrukturen, die in die Zuständigkeit des Bundesrates fallen, können die Kantone auch Tarife festlegen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen konnten (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024e).

Die Genehmigung des Bundesrates für die neuen Tarife ist nur teilweise erfolgt und es sind noch Anpassungen notwendig, damit beide Tarifstrukturen per 1. Januar 2026 in Kraft treten können. TARDOC und die Pauschalen, die getrennt voneinander erarbeitet wurden, müssen besser aufeinander abgestimmt werden, insbesondere im Hinblick auf das Konzept der Kostenneutralität, um ungerechtfertigte Kostensteigerungen zu vermeiden. Auch bei den Pauschalen sind Anpassungen nötig, da ihre Berechnung derzeit ausschließlich auf Daten aus den Spitälern beruht.

Es muss noch geprüft werden, ob diese Daten auch für ÄrztInnenpraxen geeignet sind. Daher fordert der Bundesrat, dass die Anwendung der Pauschalen in den ÄrztInnenpraxen deutlich reduziert wird. Sollten sich die Tarifpartner nicht einigen können, wird der Bundesrat die Koordinationsregeln festlegen, um die beiden Strukturen in Kraft treten zu lassen (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2024).

In der Zwischenzeit haben sich die Tarifpartner geeinigt. Die beiden aufeinander abgestimmten Tarife wurden dem Bundesrat zusammen mit einem Tarifstrukturvertrag zur Genehmigung eingereicht. Mit einem Entscheid des Bundesrates wird im Frühling gerechnet (Interview CH_I2; Organisation ambulante Arzttarife, 2024d).

Bei den nationalen Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Leistungen (sowohl für die Einzelleistungstarifstruktur als auch für die Tarifstruktur der Ambulanten Pauschalen) werden die LeistungserbringerInnen durch die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und H+ Die Spitäler der Schweiz repräsentiert. Die Interessen der Versicherer werden von den nationalen Dachverbänden der Krankenversicherer, prio.siwss (vorher santésuisse und curafutura), vertreten. Auf kantonaler Ebene, wo Tarife wie die Taxpunktweite vereinbart werden, vertreten kantonale ÄrztInnengesellschaften sowie einzelne Spitäler oder Spitalgruppen die LeistungserbringerInnen im ambulanten Bereich. Die Versicherer werden dabei von drei Hauptverhandlungsgruppen repräsentiert: tarifsuisse ag, HSK und CSS (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024e).

Um die gleichzeitige Einführung von TARDOC und den ersten Pauschalen Anfang 2026 zu ermöglichen, müssten die TarifpartnerInnen dem Bundesrat bis zum 1. November 2024 einen Umsetzungsvertrag vorlegen. Dieser Vertrag wurde unter der Leitung der OAAT AG ausgearbeitet (Interview CH_I2).

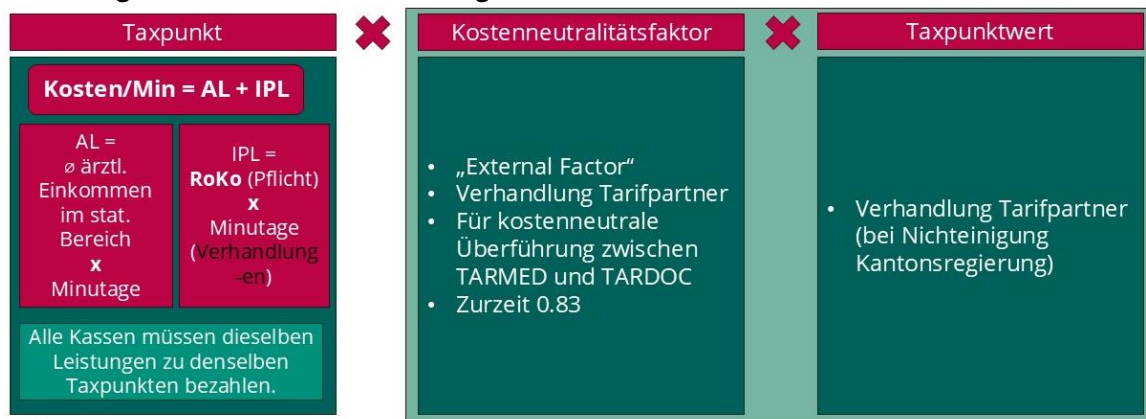
4.4.2 Vergütung der ÄrztInnen

Was für eine Leistung bezahlt wird, hängt einerseits von der national durch den Bundesrat zu genehmigende Tarifstruktur (TARDOC oder Ambulante Pauschalen, bewertet in Taxpunkten) und andererseits vom Taxpunktwert ab. Der Taxpunktwert wird für niedergelassene ÄrztInnen auf kantonaler Ebene festgelegt (zwischen den kantonalen Ärztesgesellschaften und den Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer (aktuell CSS, HSK und tarifsuisse)) und muss von den Kantonsregierungen genehmigt werden. Für Spitäler werden die Taxpunktwerte für jedes Spital individuell zwischen Spital und Einkaufsgemeinschaften verhandelt und ebenfalls von der Kantonsregierung genehmigt (Interview CH_I2).

Berechnung TARDOC

Die Einzelleistungstarifstruktur TARDOC ist ein System zur Vergütung einzelner diagnostischer und therapeutischer Leistungen mittels Taxpunkten. Ähnlich zu TARMED verhandeln die TarifpartnerInnen, bestehend aus LeistungserbringerInnen und KostenträgerInnen, auf Basis des TARDOC den sogenannten Taxpunktwert (TPW). Der tatsächliche Preis in Schweizer Franken ergibt sich aus den Taxpunkten der jeweiligen Leistung gemäß TARDOC, dem Kostenneutralitätsfaktor („External Factor“) und dem verhandelten TPW (Organisation ambulante Arzttarife, 2024c).

Abbildung 8: Schweizer Kostenrechnungsmodell



AL: Ärztliche Leistung,
IPL: Infrastruktur- und Personalleistung,
RoKo: Rollende Kostenstrukturserhebung

(IHS, 2024)

Die Taxpunktbewertung setzt sich aus einer Minutage (Minuten, die es braucht, die Leistung zu erbringen) und dem Kostensatz pro Minute zusammen. Für diese Bewertung sind die kantonalen ÄrztInnengesellschaften und Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer (HSK, CSS, tarifsuisse ag) zuständig. Alle Kassen müssen dieselben Leistungen zu denselben Taxpunkten bezahlen. Es ist aber möglich, dass die Einkaufsgemeinschaften unterschiedliche TPW verhandelt haben (Interview CH_I1; Interview CH_I2).

Jede Leistung hat eine ärztliche Leistung und eine Infrastruktur- und Personalleistung. Dies ergibt dann den Taxpunkt^{4 5} für eine Leistung, welcher im Tarif festgelegt wird. Der Kostensatz pro Minute wird aus dem durchschnittlichen Bruttogehalt einer leitenden Ärztin/eines leitenden Arztes im stationären Bereich in Verbindung mit dem Minutensatz (Minutage) hergeleitet. Dieser Wert wird dann

⁴ Katalog des TARDOC https://oat-otma.ch/fileadmin/redaktion/dokumente/DE/Gesamt-Tarifsystem/241206_Anhang_A2_Katalog_des_TARDOC_1.4a_DE.xlsx

⁵ Katalog der Ambulanten Pauschalen https://oat-otma.ch/fileadmin/redaktion/dokumente/DE/Gesamt-Tarifsystem/241206_Anhang_A1_Katalog_der_Ambulanten_Pauschalen_v1.1a.xlsx

durch die jährliche Arbeitszeit dividiert. Um die Tatsache zu berücksichtigen, dass nicht alle Arbeitsstunden direkt abrechenbar sind, wird ein Korrekturfaktor eingeführt, der die sogenannte Tarifwirksamkeit widerspiegelt. Nur tarifwirksame Tarifpositionen werden schlussendlich abgebildet. Beispielweise sind Teambesprechungen indirekt tarifwirksam und kommen nicht in Tarifpositionen vor (Interview CH_I1; Interview CH_I2; FMH, 2024c).

Die Kosten für Infrastruktur und Personal sind schwieriger zu bemessen, da der Tarif unterschiedliche Organisationsstrukturen abbilden muss. Die OAAT AG berechnet die Taxpunkte bei den niedergelassenen ÄrztInnen für Personal und Infrastruktur anhand der rollenden Kostenstrukturerhebung (RoKo). Es werden dabei Materialaufwand und Personalaufwand einbezogen und mit unterschiedlichen Schlüsseln in den einzelnen Infrastrukturen bewertet. Für die Erleichterung der Berechnung hat man unterschiedliche Sparten erstellt, wie z.B. Sprechzimmer, Behandlungsraum, Röntgen. Somit kann ein Minutenkostensatz für das nicht-ärztliche Fachpersonal und die Infrastruktur eruiert werden. Dies wird dann als IPL (Infrastruktur- und Personal-Leistung) Taxpunkt bezeichnet (Interview CH_I1; Interview CH_I2; ats-tms AG, 2021).

Kantonale ÄrztInnenverbände können ÄrztInnen verpflichten bei der RoKo mitzumachen und ihre entstehenden Kosten mitzuteilen. Daraus konnten für TARDOC Kostensätze für die Sparten erstellt werden. Die Berechnung der Minutagen sind in Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern erstellt worden. Generell konnte keine Einigkeit gefunden werden, wie man diesen Minutensatz rechnen soll und will. Dies ist einer der Hauptkritikpunkte am neuen TARDOC: Die Minutagen sind nicht empirisch ermittelt, sondern durch Verhandlungen, Übernahme aus TARMED oder veralteten Sekundärdaten entstanden (Interview CH_I1; Interview CH_I2).

Für alle niedergelassenen HausärztInnen und FachärztInnen innerhalb eines Kantons (und Einkaufsgemeinschaft) gilt derselbe Taxpunktwert. Im Gegensatz dazu verhandelt jedes Krankenhaus einzeln und deshalb können regionale und kantonale Unterschiede bei den Taxpunktwerten auch im Spitalsektor entstehen (Interview CH_I1). Es gilt das Prinzip der qualitativen Dignität im TARDOC. Mit dem Begriff qualitative Dignität wird beschrieben, wer die Leistung wie abrechnen darf. Das heißt, dass bestimmte Leistung von ÄrztInnen mit bestimmter Fachrichtung in Anwendung von Tarifpositionen des TARDOC abgerechnet werden sollen. Zum Beispiel dürfen nur RadiologInnen, NuklearmedizinerInnen und RadiotherapeutInnen CT und MRT verbuchen. Die Minutensätze können sich aufgrund der Infrastruktur und sogenannten Produktivitäten unterscheiden (Interview CH_I2; ats-tms AG, 2021).

Für die Einführung von TARDOC und ambulanten Pauschalen gibt es die Vorgabe der Kostenneutralität für die Kostenträger (ca. 13 Mrd. CHF dürfen nicht überschritten werden). Eine Widersprüchlichkeit im Gesetz findet sich, da die Tarife laut diesem betriebswirtschaftlich berechnet werden sollen, aber eine neue Tarifrevision nicht zu Mehrkosten führen darf. TARMED beruht auf Kostendaten aus den 1990ern und wurde bis zur Abschaffung 2026 nicht geändert. TARDOC darf nicht teurer werden als TARMED. Dies wird von StakeholderInnen kritisch bewertet (Interview CH_I2).

Der Kostenneutralitätsfaktor soll zur Stabilisierung des Volumens von TARDOC und ambulanten Pauschalen im Vergleich zu TARMED dienen. Durch einen Modellvergleich von TARMED und TARDOC V1.4 bzw. ambulanten Pauschalen 1.1 konnte eine Abschätzung der zu erwartenden Veränderungen im Taxpunkt volumen vorgenommen werden. Dieser Faktor wird als multiplikativer Korrekturfaktor auf jede Tarifposition angewendet und direkt verrechnet. Es kommen getrennte Kostenneutralitätsfaktoren für TARDOC und Ambulante Pauschalen zur Anwendung (curafutura & FMH, 2022; Interview CH_I2).

Anders dargestellt als in Abbildung 8, wird der Kostenneutralitätsfaktor nun direkt mit den Taxpunkten verrechnet. Die Struktur an und für sich ist also bereits kostenneutral (statische Perspektive) (Interview CH_I2).

Bei der Rechnungsstellung werden die Taxpunkte aller erbrachten Leistungen addiert. Die konkrete Vergütung in Franken ergibt sich aus der Multiplikation der Gesamtzahl der Taxpunkte mit dem Taxpunkt wert. (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024e; De Pietro et al., 2015).

Die Taxpunkt werte zwischen den Kantonen sind sehr unterschiedlich. 2024 variieren diese zwischen 0.82 und 0.96 Rappen zwischen den Kantonen und Einkaufsgesellschaften. Wenn sich die Einkaufsgemeinschaften und ÄrztInnenverbände nicht auf einen Taxpunkt wert einigen können, trifft die Kantonsregierung den Entscheid. Dies ist meistens der Fall (NewIndex AG, 2024; Interview CH_I2).

Landschaft ÄrztInnenpraxen

Die meisten ÄrztInnen arbeiten nach wie vor selbständig. 2023 gaben in einer Umfrage unter niedergelassenen ÄrztInnen über 53.6 % an, im Praxissektor zu arbeiten (FMH, 2023). Fast die Hälfte (44 %) der HausärztInnen arbeiten in Einzelpraxen, während die übrigen 56 % in Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen tätig sind. Bei den FachärztInnen ist der Anteil derjenigen, die in Einzelpraxen arbeiten, mit 58 % höher. In Gruppenpraxen sind

durchschnittlich 4,2 ÄrztInnen beschäftigt (FMH, 2023). Es gibt einen Trend zu mehr Gruppenpraxen zu beobachten, sodass die Zahl der Praxen steigt, die in der rechtlichen Form von Gesellschaften mit beschränkter Haftung oder Kapitalgesellschaften agieren. Ebenfalls am Steigen ist die Zahl der Netzwerke und der Health Maintenance Organizations (HMOs) (De Pietro et al., 2015; Riedel, 2018).

Es ist in der Theorie auch möglich, regionale Pauschalen zu bilden. Laut Art. 43 Abs. 5quater KVL:

Die Tarifpartner können für bestimmte ambulante Behandlungen regional geltende Patientenpauschaltarife vereinbaren, die nicht auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen, sofern dies insbesondere regionale Gegebenheiten erfordern. Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen nach Absatz 5 gehen vor.

MitarbeiterInnen sind über die IPL im TARDOC berücksichtigt, in den Pauschalen über die Personalkosten auf die einzelnen Fälle (Interview CH_I2).

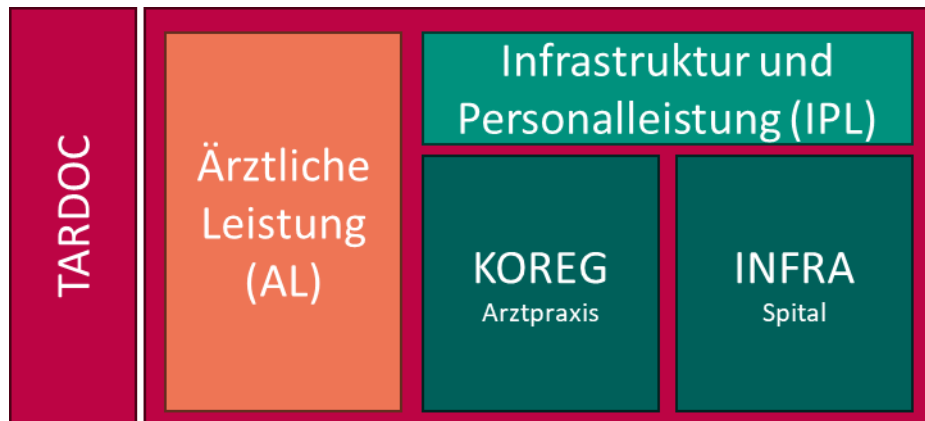
Kostenmodelle

Für TARDOC gibt es drei Kostenmodelle, für die Ambulanten Pauschalen nur ein Kostenmodell.

Die Kostenmodelle für TARDOC (AL, KOREG und INFRA) sollen die Vielfalt der medizinischen Leistungen abbilden. Das Modell AL dient der Berechnung der Kosten für reine ärztliche Leistung. Die Modelle KOREG (basiert auf RoKo) und INFRA berücksichtigen zusätzlich die Kosten für Infrastruktur und Personal, wobei KOREG für ambulante Praxen und INFRA für Spitäler gilt. Der gemeinsame Nenner aller Modelle ist der Minutensatz. Dieser wird mit der Dauer der ärztlichen Leistung und

gegebenenfalls der Raumbelegungszeit multipliziert, um den Gesamtpreis zu ermitteln (FMH, 2024c, Interview CH_I2).

Abbildung 9: Kostenmodelle unter TARDOC



(Interview CH_I2)

Das KOREG-Modell ist ein auf empirischen Daten basierendes Instrument zur Kostenberechnung in ÄrztInnenpraxen. Es wurde entwickelt, um die Kosten für verschiedene Bereiche einer Praxis, wie beispielsweise Sprechzimmer oder Untersuchungsräume, genau abzubilden. KOREG stützt sich auf eine umfangreiche Datenbank, die aus einer Befragung von über 3.000 ÄrztInnenpraxen gewonnen wurde. Die daraus ermittelten durchschnittlichen Kosten pro Minute für verschiedene Praxisbereiche bilden die Grundlage für die Tarifierung. Dieses Modell wird regelmäßig aktualisiert, um den aktuellen Kostenentwicklungen gerecht zu werden (FMH, 2024c).

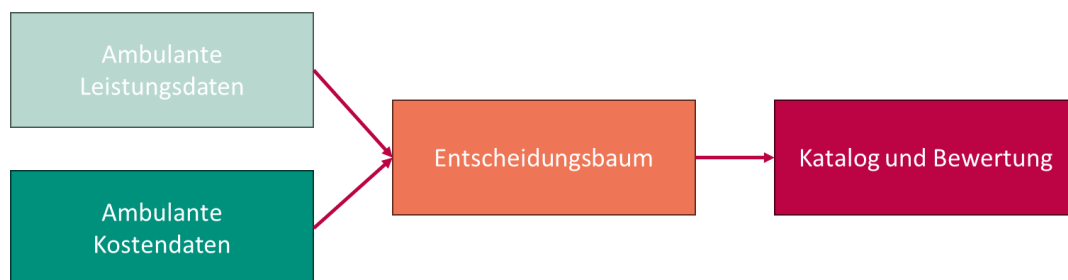
Für die Ambulanten Pauschalen werden Leistungs- und Kostendaten für jeden PatientInnenfall von Spitälern herangezogen. Anhand dieser Leistungsdaten können die Fälle geclustert und über die Kostendaten pro Cluster die Durchschnittskosten berechnet werden. Mit dem einheitlichen Rechnungslegungsstandard REKOLE aus Spitälern kann man dann auf ambulante Fälle die Rechnungskosten zuweisen. Da REKOLE gleichzeitig eine Leistungserfassung anhand von TARMED macht, kann man die Ähnlichkeit von Fällen zu anderen Fällen im selben Cluster erfassen (FMH, 2024c, Interview CH_I2).

Der Pauschaltarif basiert auf einer detaillierten Analyse von realen Abrechnungsdaten. Dabei wurden sowohl die erbrachten Leistungen (TARMED-Positionen) als auch die entsprechenden Kosten (REKOLE) zahlreicher PatientInnenfälle ausgewertet. TARMED-Positionen dienten in diesem Prozess lediglich zur Identifizierung der erbrachten Leistungen und fließen nicht direkt in die Berechnung der Pauschalen ein. Grundsätzlich beinhaltet die Pauschale alle

medizinischen Leistungen, die während einer ambulante Behandlung erbracht werden, von Medikamenten bis hin zu Verbrauchsmaterialien (Organisation ambulante Arzttarife, 2024b).

Während in Spitälern die Kostenrechnung dank REKOLE bereits standardisiert ist, fehlen vergleichbare fallbasierte Kostendaten aus ÄrztInnenpraxen. Deshalb wird das REKOLE (Revision der Kosten- und Leistungserfassung), welches die Kosten- und Leistungsrechnung im Schweizer Spitalwesen harmonisiert, zurzeit als Basis für Ambulante Pauschalen verwendet. Es ist ein Produkt des Spitalverbands H+. Während REKOLE im stationären Bereich bereits eine Datengrundlage bietet, sind die spezifischen Anforderungen der ambulanten Versorgung noch nicht ausreichend abgedeckt. Grundsätzlich hat die OAAT keine Bestrebungen, REKOLE in der vorliegenden Fassung im niedergelassenen Bereich zur Anwendung zu bringen. Eine flächendeckende Einführung eines REKOLE-ähnlichen Systems im niedergelassenen Bereich möchte aber angestrebt werden, welches langfristig die Voraussetzung für eine umfassende pauschalierte Vergütung im niedergelassenen Bereich schaffen könnte (Interview CH_I2; Organisation ambulante Arzttarife, 2024b; Trinkner et al., 2024).

Abbildung 10: REKOLE-Modell für Pauschalen



(IHS, 2024)

Die Vorgehensweise bei der Pauschalisierung fängt bei den Spitälern an. Diese liefern Daten zu ihren ambulanten Behandlungsfällen, welche mithilfe einer Software in medizinisch homogene Gruppen eingeteilt werden. Dabei kommt es zu einer Berücksichtigung von Faktoren wie Alter, Behandlungsverfahren und Medikamente. Durch diese feine Unterteilung konnten Gruppen gebildet werden, in denen die Behandlungen und Kosten möglichst ähnlich sind. Um eine kontinuierliche Anpassung an neue Entwicklungen zu gewährleisten, wird die Gruppierung regelmäßig überprüft und bei Bedarf verfeinert. Ein sogenannter Grouper ordnet dann ambulante Behandlungen automatisch den passenden Pauschalen zu. Dabei werden komplexe Entscheidungsregeln, die auf Diagnose, Behandlungsleistungen und weiteren Faktoren basieren, angewendet (Organisation ambulante Arzttarife, 2024b).

Die Tarifversion 1.1 des Pauschalensystems basiert auf freiwillig erhobenen Abrechnungsdaten aus den Jahren 2019 bis 2021. Diese realen Daten aus dem Spitalbetrieb bilden die Grundlage für die entwickelten Pauschalen. Während die Entwicklung der Tarifversion 1.1 noch auf freiwilligen Daten basierte, ermöglicht eine neue gesetzliche Grundlage (Art. 47a Abs. 5 KVG) eine verpflichtende Datenerhebung für zukünftige Tarifversionen. Das heißt, dass ab Einführung des PatientInnenpauschaltarifs alle Leistungserbringer verpflichtet werden können, die nötigen Kosten- und Leistungsdaten zu liefern (Organisation ambulante Arzttarife, 2024b).

4.4.3 Nichtgenehmigung TARDOC

Am 30. Juni 2021 stellte der Bundesrat fest, dass die zur Genehmigung eingereichte Tarifstruktur TARDOC sowie die damit verbundenen Konzepte in ihrer vorliegenden Form nicht genehmigungsfähig sind, da sie die gesetzlichen Vorgaben und die daraus abgeleiteten Rahmenbedingungen des Bundesrates nicht erfüllen. Laut den vom Bundesrat am 8. Mai 2015 beschlossenen Rahmenbedingungen zur Revision der Tarifstruktur TARMED muss eine revidierte Tarifstruktur von allen maßgeblichen TarifpartnerInnen, die eine Mehrheit der LeistungserbringerInnen und Versicherten vertreten, gemeinsam unterzeichnet werden. Der Grundvertrag KVG und die Tarifstruktur TARDOC wurden vom Bundesrat von curafutura und der FMH zur Genehmigung eingereicht, wobei sich im Frühjahr 2020 die Versicherung SWICA dem Vertrag anschloss. Weder H+ Die Spitäler der Schweiz noch der Versicherungsverband santésuisse haben den Tarifvertrag mitunterzeichnet. Für eine neue Einzelleistungstarifstruktur ist eine breite Allianz erforderlich, die idealerweise auch H+ als eigenständigen Tarifpartner und Vertreter der Spitäler miteinschließt (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2021).

Die Tarifstruktur TARDOC erfüllte die gesetzlichen Anforderungen an Transparenz und Nachvollziehbarkeit nicht ausreichend. Insbesondere fehlten detaillierte Informationen über die zugrunde liegenden Berechnungen und ExpertInnenmeinungen. Auch die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit wurden nicht vollständig erfüllt. Obwohl ein Monitoring vorgesehen ist, fehlen klare Vorgaben, um die langfristige Wirtschaftlichkeit von TARDOC zu gewährleisten. Dies ist essentiell, um Kostensteigerungen zu vermeiden und die gesetzliche Grundlage zu erfüllen (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2021).

Eine Prüfung zeigte, dass Kostensteigerungen teilweise auf ineffiziente Parameter in den Berechnungsmodellen zurückzuführen sind. Selbst wenn diese durch den Kostenneutralitätsfaktor korrigiert würden, bleibt das Vergütungsverhältnis zwischen verschiedenen Leistungen unangemessen. Kantonale Taxpunktwerte

können die fehlende Sachgerechtigkeit der nationalen Tarifstruktur nicht ausgleichen (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2021).

Die Auswirkungen von TARDOC auf verschiedene medizinische Fachdisziplinen und Spitalkategorien wurden nicht ausreichend untersucht. Ohne diese Analyse ist eine abschließende Prüfung der Billigkeit nicht möglich (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2021).

Die Tarifstruktur TARDOC erfüllt die Rahmenbedingung der Anpassung an die aktuellen Gegebenheiten gemäß Artikel 46 Absatz 4 KVG nicht ausreichend. Viele der verwendeten Werte wurden normativ festgelegt und basieren auf ExpertInnengesprächen und Sekundärdaten, zu denen keine ausreichende Dokumentation vorliegt (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2021).

Trotz großer Bemühungen der Vertragsparteien, die Leistungen an technische und technologische Fortschritte sowie aktuelle Behandlungsprozesse anzupassen, bleibt TARDOC eine sehr komplexe Tarifstruktur. Die Erwartung einer Vereinfachung wurde 2021 nicht ausreichend erfüllt (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2021).

Der Bundesrat stellt am 30. Juni 2022 wieder fest, dass auch TARDOC 1.3, eingereicht von FMH und curafutura, keine breitere Allianz bilden konnte, wie vom Bundesrat gefordert. Die fehlende Beteiligung von H+ und santésuisse bleibt problematisch. Weiters stellen curafutura und die FMH umfangreiche Unterlagen zur Verfügung, doch diese enthalten nicht genügend Informationen, um die Plausibilität der Werte in den Kostenmodellen zu beurteilen. Die Anforderungen an vollständige Dokumentation und Transparenz sind somit nicht erfüllt (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2022).

TARDOC 1.3 verursacht erhebliche finanzielle Risiken. Der zu hohe Kostenneutralitätsfaktor führt zu einer jährlichen Kostensteigerung von rund 123 Millionen Schweizer Franken. Zusätzlich fehlen in den Kostensimulationen wichtige Tarifpositionen, was zu weiteren nicht bezifferbaren Mehrkosten führt. Die Methodik zur Berechnung der Kosten ist unzureichend, insbesondere fehlt eine datenbasierte Obergrenze für die Kostenentwicklung. Dies gefährdet die langfristige Kostenneutralität und untergräbt die Glaubwürdigkeit der gesamten Tarifstruktur (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2022).

Die Kostenmodelle von TARDOC 1.3 weisen auch zentrale Mängel hinsichtlich Wirtschaftlichkeit auf. TARDOC 1.3 basiert auf den Gehältern von SpitalkaderärztInnen, die nicht mit den freipraktizierenden ÄrztInnen vergleichbar sind, was zu einem zu hohen Referenzlohn führt. Dieses Einkommen müsste

zumindest an die im Tarif hinterlegte Arbeitszeit angepasst werden (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2022).

Der Bundesrat will sicherstellen, dass die Überarbeitung und Genehmigung von TARDOC schnell vorankommt. Daher hat er die Genehmigungsvoraussetzungen konkretisiert. TARDOC wird genehmigt, wenn Bedingungen der Kostenneutralität und die Behebung wesentlicher Mängel erfüllt sind. Im Zuge der statischen Kostenneutralität müssen alle Positionen von TARDOC bei der Berechnung des Kostenneutralitätsfaktors berücksichtigt werden, sodass keine Mehrkosten im Vergleich zu einem Referenzjahr entstehen. Während der Phase der dynamischen Kostenneutralität darf das Kostenwachstum von TARDOC maximal 2-2.5 % pro Jahr betragen. Diese Phase endet, wenn die wesentlichen Mängel behoben sind und TARDOC sowie die ambulanten ärztlichen Pauschalen vom Bundesrat genehmigt wurden. Es muss eine verbindliche Vereinbarung für das Monitoring von TARDOC nach der Phase der dynamischen Kostenneutralität vorliegen. Diese Vereinbarung soll das Vorgehen zur Analyse der Kostenentwicklung und kontinuierlichen Tarifpflege sowie zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit enthalten. Die TarifpartnerInnen müssen konkrete Konzepte, Vorgehensweisen und realistische Zeitpläne vorlegen, um die im Prüfbericht des BAG genannten Mängel zu beheben. Dazu gehören u.a. die Erhebung der Minutagen, der Arbeitszeit und der Produktivität sowie die Anpassung des Referenzeinkommens und die Anforderung, dass mindestens 34 % der ambulanten ärztlichen Leistungen pauschal abgerechnet werden (Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung, 2022).

Am 19. Juni 2024 entschied der Bundesrat, sowohl TARDOC als auch den ambulanten PatientInnenenpauschaltarif gleichzeitig einzuführen. Dafür müssen die Tarifpartner ein gemeinsames Konzept entwickeln, welches eine kostenneutrale Einführung garantiert und vom Bundesrat genehmigt werden muss. Dieses Konzept soll die bisherigen Pläne für die Kostenneutralität von TARDOC und den ambulanten PatientInnenenpauschalen vereinen. Der Bundesrat hat klare Vorgaben für dieses Konzept gemacht und gibt den TarifpartnerInnen bis zum 1. November 2024 Zeit, es vorzulegen. Wichtig ist dabei, dass die dynamische Kostenneutralität so lange gilt, bis die Mängel von TARDOC behoben sind (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024g).

4.4.4 Weiterentwicklungen im TARDOC und Herausforderungen

Die alternde Bevölkerung und die Zunahme chronischer Erkrankungen stellen das Schweizer Gesundheitssystem ebenfalls vor neue Herausforderungen. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wird die Einführung von Advanced Practice (AP)-

Modellen diskutiert. Advanced Practice ermöglicht es hochqualifizierten Fachkräften, wie beispielsweise Pflegefachpersonen mit einem Masterabschluss, eine erweiterte Rolle in der medizinischen Versorgung zu übernehmen. Durch ihre vertiefte Ausbildung sind sie in der Lage, komplexe Aufgaben zu bewältigen und so zur Verbesserung der Versorgung in der Grundversorgung beizutragen (Künzi et al., 2013). Die Einführung von Advanced Practice Nurses (APN) in der hausärztlichen Versorgung bietet großes Potenzial zur Verbesserung der PatientInnenversorgung. Allerdings stoßen diese Fachkräfte derzeit auf zahlreiche Hürden. Die fehlende gesetzliche Anerkennung, unklare Abrechnungsmodelle und die Anpassung der Praxisabläufe sind zentrale Herausforderungen. Um das Potenzial von APNs voll auszuschöpfen, bedarf es einer gesetzlichen Grundlage, die ihre Leistungen anerkennt und abrechenbar macht. Die Ausbildung auf Masterniveau muss im Gesundheitsberufegesetz verankert werden, um die Leistungserbringung im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes zu regeln (Schlunegger et al., 2021).

Eine Herausforderung bei der Einführung von TARDOC und dem Pauschalensystem stellt das Erkennen und Wissen von neuen vertragsärztlichen Leistungen da. Zudem ist die Tarifierung ohne Vorwissen über eine Behandlung und Kostendaten schwierig (Interview CH_I2).

Tabelle 3: Unterschiede TARMED und TARDOC

Tarif	TARMED	TARDOC
Einführung	• Seit 2004 in der OKP genutzt. • Nie vollständig revidiert, Anpassungen meist durch Verordnungen.	• Entwickelt als Nachfolger von TARMED. • Voraussichtliche Einführung 2026
Struktur	• ca. 4.500 Tarifpositionen. • Numerische Nummerierung der Positionen. • Komplexe Tarifstruktur mit vielen Einzelpositionen.	• ca. 1.300 Tarifpositionen • Alphanumerische Nummerierung der Positionen. • Gliederung nach Behandlungsprozessen und Behandlungsschritten.
Komplexität	• Hoher Detaillierungsgrad • Einzelpositionen decken spezifische Leistungen ab.	• Geringerer Detaillierungsgrad durch Zusammenführung mehrerer Leistungen in einer Position. • Einführung von Positionen für Tätigkeiten, die im TARMED integraler Bestandteil von Tarifpositionen waren, z.B. Wechselzeiten.
Anpassung	• Anpassungen durch Verordnung durch den Bundesrat aufgrund mangelnder Einigung unter den Tarifpartnern.	• Einheitliche Tarifstruktur, die von den wichtigsten Tarifpartnern unterstützt wird. • Berechnungsmodelle AL (ärztliche Leistung) und KOREG/INFRA (Infrastruktur- und Personalleistung) basieren auf TARMED, aber mit angepassten Parametern.

(IHS Zusammenstellung)

5 Niederlande

5.1 Das niederländische Gesundheitssystem

Mit Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 2006 wurde in den Niederlanden ein einheitliches System der Grundversorgung eingeführt. Die privaten Krankenversicherer bieten ein obligatorisches Grundleistungspaket an, das für alle Krankenversicherungen gleich ist, nur der Preis und die vom Versicherer angebotenen Leistungen unterscheiden sich. Darüber hinaus bieten die Krankenversicherer freiwillige Krankenversicherungen an, die Leistungen abdecken, die nicht im Grundleistungspaket enthalten sind. Hier können die Versicherer frei entscheiden, welche Leistungen sie versichern. Zudem ist eine Risikoselektion möglich. Ein besonderes Merkmal des niederländischen Systems ist, dass die meisten Krankenversicherer gemeinnützig ausgerichtet sind. Überschüsse werden somit nicht an AktionärInnen ausgeschüttet, sondern dienen der Verbesserung der Versicherungsleistungen oder der Senkung der Versicherungsbeiträge (Interview NL_I1; Zorginstituut Nederland, 2024b).

5.1.1 Entwicklung in den letzten Jahren

Im Jahr 2018 wurde beschlossen, 70 Millionen Euro in eine ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung (value-based health care (VBHC)) mit der Projektlaufzeit 2018 - 2022 zu investieren. 2022 wurde dann VBHC als eine von vier Säulen in das „Integrale Pflegeabkommen“ aufgenommen. Ziel der VBHC ist es, traditionelle volumenbasierte Vergütungssysteme durch wertbasierte Modelle zu ersetzen. Dabei wird der Wert als Verhältnis zwischen den für die PatientInnen relevanten Gesundheitsoutcomes und den dafür aufgewendeten Ressourcen über den gesamten Behandlungspfad hinweg definiert. Allgemein sollen die Behandlungen mehr auf die persönliche Situation einer Patientin/eines Patienten abgestimmt sein (Government of the Netherlands, 2018; Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2022; van Engen et al., 2024).

Um diese Entwicklung zu unterstützen, wurden in den letzten Jahren folgende Maßnahmen ergriffen: Mit Erhebung wissenschaftlicher Daten über die Lebensqualität der PatientInnen nach einer Behandlung wird besser verstanden, was eine zielführende Behandlung ausmacht. Dadurch können die PatientInnen auch besser über die Vor- und Nachteile informiert werden, die andere in einer ähnlichen Situation erfahren haben (Government of the Netherlands, 2018; van Engen et al., 2024).

Die Gesundheitsversorgung soll zunehmend integriert werden. Die Zahlungen der Gesundheitsdienstleister sollen laut Regierung an integrierte Versorgungsmodelle angepasst werden, und sich auf das Ergebnis der Behandlung anstatt auf das Volumen konzentrieren. Die niederländische Krankenhausvereinigung (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) (2024) berichtet jedoch, dass das Volumen noch immer das Hauptkriterium für die Finanzierung der Versorgung ist. Es wurde zudem angedacht einzelne Prozessindikatoren, welche zur Rechtfertigung von medizinischen Entscheidungen herangezogen werden, durch einen holistischen Zugang, nämlich die Betrachtung des Gesamtergebnisses der Versorgung, zu ersetzen. Diese Maßnahme soll dazu beitragen, die regulatorischen Anforderungen zu reduzieren (Government of the Netherlands, 2018).

Letztlich wird ein stärkerer Fokus auf IT-Systeme gelegt. Die Nutzung von Echtzeit-PatientInneninformationen soll zur Steuerung personalisierter Behandlungen beitragen, den Gesundheitsdienstleistern die Möglichkeit geben, kontinuierlich aus PatientInnen - Ergebnissen zu lernen, und die Umsetzung neuester Erkenntnisse zu stärken. Die Informationen sollen den an der Behandlung Beteiligten zugänglich sein, um den PatientInnen personalisierte Optionen anbieten zu können (Government of the Netherlands, 2018).

Ein weiteres Ziel in den Niederlanden ist es, bis 2025 Ergebnisdaten für 50 % der Krankheitslast öffentlich verfügbar zu machen. Diese Daten sollen es ermöglichen, die Qualität der Versorgung transparenter zu gestalten und die Entscheidungsfindung zu verbessern. Geplant ist, dass die Ergebnisdaten von den Beschäftigten im Gesundheitswesen routinemäßig genutzt werden, um gemeinsam mit den PatientInnen Behandlungsentscheidungen zu treffen. Diese Vorgehensweise, das sogenannte Shared Decision Making (SDM), ist in den Niederlanden seit 2021 gesetzlich verpflichtend und wird als integraler Bestandteil der wertbasierten Gesundheitsversorgung (VBHC) angesehen (van Engen et al., 2024).

In den Niederlanden wurden in den Jahren davor schon verschiedene Modelle einer umfassend integrierten Versorgung erprobt und von 2013 bis 2018 vom National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) wissenschaftlich begleitet (Drewes et al., 2018). Die Auswertung bis 2018 zeigte deutlich, dass die Komplexität einer solchen integrierten Versorgung häufig unterschätzt wird. Besonders die Zusammenführung von Finanzmitteln und die Vernetzung von Daten- und Wissenssystemen gestalteten sich schwierig. Auch die Vergütung blieb überwiegend leistungsorientiert, alternative Modelle scheiterten bisher. Als Gründe werden Informationsasymmetrien, Misstrauen zwischen den Beteiligten und widersprüchliche finanzielle Anreize genannt (an der Heiden & IGES, 2019; Drewes et

al., 2018). Es gibt noch keine Auswertungen zu den neuersten niederländischen Entwicklungen im Gesundheitswesen.

Laut Auskunft niederländischer ExpertInnen stehen die Bemühungen um eine ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung bzw. entsprechende Elemente im Vergütungssystem derzeit nicht im Vordergrund. Es fielen auch keine durch Ergebnisorientierung getriggerten Änderungen in der hausärztlichen Versorgung auf. Aktuelle Reformbestrebungen drehen sich um das Prinzip "the right care in the right place" - ein Prinzip, das in Österreich ebenso bekannt ist wie die Schwierigkeiten, den richtigen Ort und die richtige Behandlung zu operationalisieren. In den Niederlanden werden derzeit bottom-up- Projekte aufgesetzt, die über eine fünfjährige Erprobungsphase auf Erfolg und Generalisierbarkeit überprüft werden sollen. Für den Zeitraum 2023–2026 wurden hierfür 2,8 Mrd. Euro bereitgestellt. Dieser schrittweise Prozess setzt auf sektorübergreifende regionale Projekte unter der Aufsicht der regional dominierenden Krankenversicherung (Interview NL_I1; Kroneman & de Jong, 2024)

Eine weitere - oder auch damit verbundene - geplante Änderung zielt darauf ab, Sozialarbeit in die hausärztliche Versorgung zu integrieren, um somit GPs von jenen Tätigkeiten und Behandlungen zu entlasten, die durch sozialarbeiterische Versorgung abgefangen werden können. Diese Inklusion von Sozialarbeit ist aber derzeit (Herbst 2024) noch im Planungsstadium (Interview NL_I1).

Landschaft ÄrztInnen

Im Jahr 2022 gab es 11.754 niedergelassene HausärztInnen und 22.350 FachärztInnen in den Niederlanden (De Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2023; VZinfo, 2023). Der Großteil (78,9 %; 17.645) der FachärztInnen arbeiten in Einrichtungen für Fachärztliche Versorgung (MSZ). Dies sind Universitätskliniken und allgemeine Krankenhäuser sowie Spezialkliniken und selbstständige Behandlungszentren (VZinfo, 2023).

Das Management chronischer Erkrankungen wird von Versorgungsgruppen (Care Groups) koordiniert, die hauptsächlich aus Netzwerken von HausärztInnen, FachärztInnen und nicht-ärztliche Berufsgruppen bestehen. Diese Versorgungsgruppen sind juristische Einheiten, die die klinische und finanzielle Verantwortung für PatientInnen mit chronischen Krankheiten übernehmen, welche bei ihnen eingeschrieben sind. Die PatientInnen erwerben somit Dienstleistungen von verschiedenen Anbietern. Um die Koordination der Versorgung zu fördern, wurden Pauschalen für bestimmte

chronische Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen Risiko Management und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) geschaffen (Tikkanen et al., 2020a).

5.2 Finanzierung des Gesundheitssystems

Die Finanzierung des niederländischen Gesundheitswesens erfolgt hauptsächlich öffentlich durch Prämien, Steuern und staatliche Zuschüsse. 2022 wurden 10,1 % des BIP für Gesundheitsversorgung ausgegeben (Tikkanen et al., 2020a).

Die gesetzliche Krankenversicherung wird teilweise durch eine nationale Einkommensteuer von 6,57 % auf Einkommen bis zu 71.628 Euro (2024) finanziert. Diese Steuer macht 45 % der Finanzierung aus. Individuelle Versicherungsprämien, die von jeder Versicherung separat festgelegt werden, machen weitere 45 % aus. Jede Versicherung setzt eine Prämie für alle Versicherten fest, unabhängig von Alter oder Gesundheitszustand. (Belastingdienst, 2024; Tikkanen et al., 2020a).

Einkommensteuern werden in einen zentralen Gesundheitsfonds gespeist und unter den Versicherern nach einem risikobereinigten Kopfzahlungsverfahren verteilt, das Alter, Geschlecht, Beschäftigungsstatus, Region und Gesundheitsrisiko berücksichtigt (Tikkanen et al., 2020a).

2024 gab es 10 gesetzliche Versicherer, aber der Versicherungsmarkt wird von den vier größten Versicherungskonglomeraten dominiert, die 90 % aller Versicherten abdecken. Derzeit sind alle Versicherer verpflichtet, als gemeinnützige Organisationen tätig zu sein (NZa, 2024; Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic, & Wharton, 2020a).

Zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung kauft der Großteil der Bevölkerung (82 %) eine freiwillige Zusatzversicherung, die eine Reihe von Leistungen abdeckt, welche die gesetzliche Versicherung nicht unterstützt, z.B., Zahnpflege, alternative Medizin, Physiotherapie, Brillen und Kontaktlinsen sowie Verhütungsmittel. Auch eine Reduktion der Zuzahlungen für Medikamente, die nicht im Arzneibuch enthalten sind, kann durch eine Zusatzversicherung erfolgen. Die Prämien für die freiwillige Versicherung sind nicht reguliert und Versicherer dürfen AntragstellerInnen auf Risikofaktoren überprüfen. Es ist üblich, dass die Versicherten ihre freiwilligen Leistungen bei demselben (meist gemeinnützigen) Versicherer kaufen, bei dem sie ihre gesetzliche Krankenversicherung abgeschlossen haben (Interview NL_11; Tikkanen et al., 2020a).

Personen mit freiwilliger Versicherung haben keinen schnelleren Zugang zu den verschiedenen Arten der Versorgung und auch keine erhöhte Auswahl unter FachärztInnen oder Krankenhäusern, die sie besuchen können. Darüber hinaus kann sie nicht zur Deckung der obligatorischen Selbstbeteiligung verwendet werden (mit Ausnahme für spezielle Versicherungen, die von Gemeinden für sehr niedrige Einkommen angeboten werden). Im Jahr 2016 deckte die freiwillige Versicherung 7 % der gesamten Gesundheitsausgaben ab (Interview NL_11; Tikkanen et al., 2020a).

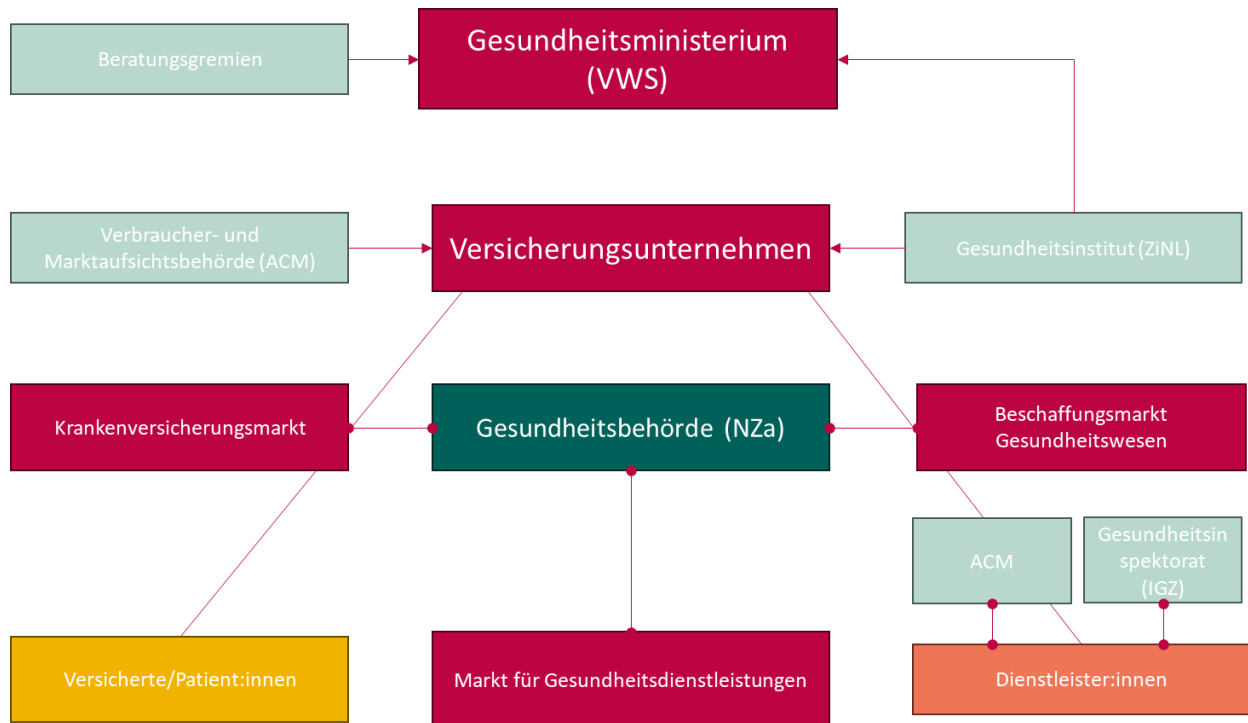
5.3 Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung

5.3.1 Mitwirkende Institutionen bei der Entscheidungsfindung

Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (VWS)

Die Entscheidungen über die Aufnahme von vertragsärztlichen Leistungen in den Katalog werden auf nationaler Ebene von der Regierung getroffen. Die Hauptverantwortung liegt beim VWS, das den allgemeinen Rahmen und die Politik für den Krankenversicherungsschutz überwacht (Government of the Netherlands, 2024).

Abbildung 11: Gesundheitssystem Niederlande



(IHS nach Tikkanen et al., 2020a)

Niederländisches Gesundheitsinstitut (ZiNL)

Das niederländische Gesundheitsinstitut (ZiNL) ist verantwortlich für die Bewertung und Entscheidung, welche medizinischen Leistungen in den Basisversicherungskatalog aufgenommen werden. ZiNL spielt eine Schlüsselrolle bei der Sicherstellung, dass die versicherten Leistungen wirksam, sicher und kosteneffektiv sind und berät das VWS. Das Gesundheitsinstitut führt u.a. auch Health Technology Assessments (HTAs) durch (Kroneman et al., 2016; Zorginstituut Nederland, 2024c).

Weitere Behörden

Der Gesundheitsrat der Niederlande ist ein unabhängiges wissenschaftliches Beratungsgremium, dessen gesetzliche Aufgabe es ist, die niederländischen MinisterInnen und das Parlament auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitsforschung zu beraten (Health Council of the Netherlands, 2024).

Die niederländische Wettbewerbsbehörde (Autoriteit Consument en Markt) setzt das Kartellrecht sowohl bei Versicherern als auch bei Anbietern (Authority for Consumers & Markets, 2024).

Das Gesundheits- und Jugendfürsorge Inspektorat überwacht den nationalen Markt für Arzneimittel und Medizinprodukte und die sichere Durchführung von Gesundheitsdienstleistungen. Es wird sichergestellt, dass diese den einschlägigen gesetzlichen und regulatorischen Normen entsprechen. Zudem werden die Leistungserbringer ermutigt, an der Prävention, der Zusammenarbeit und dem kontinuierlichen Zugang zu Gesundheits- und Jugendfürsorgediensten zu arbeiten (Health and Youth Care Inspectorate, 2024).

5.3.2 Definitionen der Kriterien zur Leistungsaufnahme

Es existieren Kriterien, die jedoch nicht sehr genau formuliert sind. Diese Kriterien umfassen folgende Aspekte: Zunächst sollte es sich um eine Versorgungsleistung handeln, die üblicherweise von Angehörigen der Gesundheitsberufe erbracht wird. Weiters muss die Versorgung den aktuellen wissenschaftlichen Standards entsprechen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Notwendigkeit der Versorgung, wobei sowohl die Krankheitslast als auch die Erschwinglichkeit der Behandlung für die Einzelperson berücksichtigt werden müssen. Zudem ist die Wirksamkeit der Versorgung von entscheidender Bedeutung, wobei nachgewiesen sein muss, dass sie mindestens so gut ist wie die derzeitige Behandlung. Auch die Kosteneffizienz spielt eine Rolle, indem das Verhältnis zwischen den Kosten der Behandlung und dem erzielten Ergebnis bewertet wird. Schließlich muss die Durchführbarkeit gegeben sein, was bedeutet, dass die Aufnahme in das Basisleistungspaket in der Praxis möglich sein muss (Interview NL_I1; Zorginstituut Nederland, o. J.)

5.4 Festlegung der vertragsärztlichen Tarife

In den Niederlanden werden die Tarife durch Verhandlungen zwischen den einzelnen Krankenversicherungen und LeistungserbringerInnen festgelegt. Dabei werden nicht nur die Preise, sondern auch die Qualitätsstandards der angebotenen Leistungen so weit wie möglich definiert. In Bereichen, in denen solche Preisverhandlungen nicht praktikabel sind, wie bei Notfallbehandlungen in Krankenhäusern oder Organtransplantationen mit wenigen AnbieterInnen, legt die niederländische Gesundheitsbehörde Höchstpreise fest (Kroneman et al., 2016; Riedel, 2018), die laut ExpertInnenauskunft auf dafür durchgeführten Surveys beruhen und zum Teil als Remuneration der Vorhaltekosten gedacht sind. Für HausärztInnen gibt es von der niederländischen Gesundheitsbehörde festgelegte (Höchst-)Tarife für Konsultationen und die Kopfpauschale (Interview NL_I1).

Es besteht keinerlei Offenlegungspflicht für die ausverhandelten Preise oder Tarife. Damit werden die Preise dezentral verhandelt und können zwischen Regionen bzw. Krankenversicherungen variieren. Da die Verhandlungen weder öffentlich geführt

noch die Ergebnisse veröffentlicht werden, liegt auch keine Information darüber vor, welche konkreten Faktoren in den Verhandlungen berücksichtigt werden.

Bezogen auf den Inhalt der Tätigkeit, wird davon ausgegangen, dass in Praxen angestellte Pflegepersonen Tätigkeiten mit speziellen (Pflege)Tarifen selbständig ausführen dürfen. Andere Tätigkeiten sowie allfällig weiteres in die Behandlung eingebundenes Personal wird über die ärztlichen Tarife finanziert.

5.4.1 Mitwirkende Institutionen bei der Tariffindung

Niederländische Gesundheitsbehörde (NZa)

Die niederländische Gesundheitsbehörde (NZa) wird von VWS finanziert, agiert aber unabhängig. Der Leistungskatalog der Versicherungen ist für das Basispaket gesetzlich festgelegt. Die NZa bestimmt, welche Leistungen den PatientInnen von den LeistungserbringerInnen in Rechnung gestellt werden dürfen und legt die maximalen Preise fest. Nach der Festlegung folgen Verhandlungen zwischen Krankenversicherungen und Anbietern, in denen definiert wird, welche (Mehr)Leistungen erbracht werden, welche Qualitätsstandards gelten und wie hoch die Preise sein dürfen (Kroneman et al., 2016; Riedel, 2018; Zorginstituut Nederland, 2024a).

Segment 1

Das Abrechnungssystem der AllgemeinmedizinerInnen ist in drei Bereiche unterteilt. FachärztInnen sind wie erwähnt zum Großteil in Spitälern oder spitalsnahen Bereichen vorzutreffen. Der erste Bereich deckt die allgemeinen Aufgaben einer HausärztIn/eines Hausarztes ab und beinhaltet Fälle, bei denen die hausärztliche Praxis die erste Anlaufstelle ist. Dieser Bereich ist weiter in zwei Leistungsgruppen unterteilt: Eine Pauschale pro PatientIn, die vom Wohnort und dem Alter (unter oder ab 65 Jahren) abhängt und eine Einzelleistungsvergütung. Die Hauptleistungen des letzteren Honorierungsmechanismus sind Konsultationen und Hausbesuche. Segment 1 setzt sich zu ca. 70 % aus der Kopfpauschale und zu 30 % aus der Einzelleistungsvergütung zusammen. Dies garantiert den PatientInnen den Zugang zu einer umfassenden medizinischen Grundversorgung. Die Pauschale ist nur mit Vertrag mit einer Krankenversicherung abzurechnen, die Einzelleistungsvergütungspositionen brauchen keinen Vertrag. Die Kopfpauschale pro Quartal wird immer an den GP gezahlt, auch wenn die/der jeweilige PatientIn diesen nicht beansprucht hat (an der Heiden & IGES, 2019; Interview NL_I1; Riedel, 2018; Tikkanen et al., 2020a).

Tabelle 4: Segmente der niederländischen HausärztInnen - Gesundheitsversorgung

	Segment 1	Segment 2	Segment 3
Leistungen	• Allgemeine Aufgaben, erste Anlaufstelle bei Beschwerden	• Integrierte Versorgung für bestimmte chronische Erkrankungen (COPD, Asthma, Diabetes Typ II, erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen)	• Qualitäts- und Effizienzkriterien
Entlohnung	• Pauschalen für eingeschriebene PatientInnen • Einzelleistungsvergütung: • * Konsultationen • * Hausbesuche	• Kopfpauschale: Organisation & Infrastruktur (Vertrag) • Kopfpauschale für chronisches Leiden: Asthma, COPD, DM2, VRM. (Vertrag, kein allgem. Tarif) • Kopfpauschale für die gleichen chronischen Leiden (ohne Vertrag; Preisobergrenze)	• P4P
Verrechenbar ohne Vertrag?	• Pauschalen: nein • Konsult., Hausbes.: Ja	• Nein(/Ja)	• Nein

(IHS nach Kroneman et al., 2016; Riedel, 2018)

Derzeit liegt der Tarif für eine fünf minütige Konsultation bei ca. 6 €, für eine fünf bis 20-minütige Konsultation demnach bei 12€ (Interview NL_I1).

Segment 2

In Segment 2 wird auf eine integrierte Versorgung chronisch kranker PatientInnen gesetzt. Die ÄrztInnen sind dabei in sogenannten Care Groups organisiert. Diese Gruppen, bestehend aus HausärztInnen und FachärztInnen, übernehmen die koordinierte Versorgung von PatientInnen mit den Erkrankungen Diabetes Typ 2, VRM (Vaskuläres Risikomanagement), Asthma und COPD. Krankenversicherer und HausärztInnen oder Care Groups verhandeln über die Kriterien für die erbrachte Versorgung und die Erstattung. Die verhandelten Pauschalen decken alle

notwendigen Leistungen ab und werden jährlich neu verhandelt, wobei die individuellen Krankheitsbilder und der erwartete Behandlungsaufwand berücksichtigt werden (an der Heiden & IGES, 2019; Kroneman et al., 2016).

Die Leistungen in diesem Segment sind in drei Module unterteilt. Das erste Modul, eingeführt 2018, zielt darauf ab, die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen durch verbesserte organisatorische Strukturen und Kommunikationswege zu fördern. Dies umfasst Aktivitäten für lokales Versorgungsmanagement (zwischen verschiedenen Anbietern), gebündelte Versorgung und sonstige integrierte Versorgung. Hierbei handelt es sich um eine Pauschale pro angemeldete/n PatientIn pro Quartal. Es gibt keinen vordefinierten Tarif und er kann nur in Rechnung gestellt werden, wenn ein Vertrag mit einer Krankenkasse besteht (an der Heiden & IGES, 2019; Interview NL_I1; Kroneman et al., 2016).

Das zweite Modul umfasst eine Pauschale pro betroffene/n PatientIn, die nur dann in Rechnung gestellt werden kann, wenn ein Vertrag mit einem Krankenversicherer besteht. Dieses Modul betrifft den konkreten Behandlungsbedarf chronischen Leidens (siehe genannte Krankheiten) und umfasst alle (gesetzlich festgelegten) Behandlungsschritte pro chronischer Krankheit. Es gibt keinen vordefinierten Tarif, deshalb wird diese Kopfpauschale zwischen Krankenversicherung und Care Groups verhandelt (an der Heiden & IGES, 2019; Interview NL_I1; Kroneman et al., 2016).

Modul 3 richtet sich ebenfalls an multidisziplinäre Versorgung und beinhaltet dieselben Krankheiten wie Modul 2. Dieses Modul richtet sich insbesondere an HausärztInnen, die eine multidisziplinäre Versorgung anbieten, aber keinen Vertrag mit einer Krankenkasse haben. Dafür setzt die niederländische Gesundheitsbehörde (NZa) Höchstpreise fest. Diese Höchstpreise gelten aber nicht in Modul 2 (an der Heiden & IGES, 2019; Interview NL_I1; Kroneman et al., 2016).

Die Einführung interdisziplinärer Behandlungsteams (Care Groups) im Rahmen des Segments 2 hat zu einem signifikanten Rückgang von Krankenhausaufenthalten bei chronisch kranken PatientInnen geführt. Dieser positive Effekt könnte auf die verbesserte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen zurückzuführen sein, die durch die neue Vergütungsstruktur gefördert wird. Allerdings ist auch ein erhöhter organisatorischer Aufwand für die Koordination und Durchführung der Behandlungsprozesse zu beobachten (Czypionka et al., 2015).

Die Finanzierung der Behandlungen erfolgt über jährlich festgelegte, krankheitsspezifische Budgets. Die Verteilung dieser Budgets innerhalb der Care Groups orientiert sich am individuellen Beitrag jeder Ärztin/jedes Arztes zum Behandlungsprozess. Eine detaillierte Kostenaufstellung ist nicht erforderlich, da die Pauschalen alle anfallenden Kosten abdecken sollen. Diese Vorgehensweise

verhindert eine Mehrfachabrechnung bei multimorbiden PatientInnen und vereinfacht die Abrechnungsprozesse (an der Heiden & IGES, 2019; Kroneman et al., 2016).

Eine Langzeitstudie von Karimi et al. (2021) ergab, dass gebündelte Zahlungen für Diabetes Typ 2, COPD und VRM in den Niederlanden die Gesundheitsausgaben pro PatientIn erhöhten. Der Anstieg wurde sowohl durch die gebündelten Zahlungen selbst als auch durch die vermehrte Inanspruchnahme von fachärztlicher Versorgung und Medikamenten verursacht. Der Ausgabenanstieg aufgrund der gebündelten Zahlungen war bei PatientInnen mit Multimorbidität deutlich höher als bei PatientInnen mit einer einzelnen chronischen Erkrankung. Dies könnte an dem Effekt strukturierter Programme liegen, bislang ungedeckte Bedarfe zu bedienen.

Eine Bewertungskommission hat festgestellt, dass die Vergütung für gebündelte Leistungen noch Lücken aufweist. Aspekte wie Arzneimittelkosten, Mehrfacherkrankungen und Prävention werden nicht vollständig berücksichtigt. Die gebündelten Zahlungen sind daher nur eine Zwischenlösung. In den Niederlanden befürchtet man zudem eine Fragmentierung der Versorgung und eine zu starke Fokussierung auf die ambulante Behandlung, obwohl die stationäre Versorgung größere Einsparpotenziale bietet (an der Heiden & IGES, 2019; De Bakker et al., 2012).

Segment 3

Das dritte Segment ist eine qualitätsbasierte Zahlung und setzt das Bestehen eines Vertrags zwischen ÄrztIn und der jeweiligen Krankenkasse voraus. Der Fokus liegt auf Pay-for-Performance (P4P) und Innovationen. Der P4P-Bereich konzentriert sich hauptsächlich auf die Erreichbarkeit der Praxis, die Effizienz bei der Verschreibung von Medikamenten und bei der Überweisung von PatientInnen in die Sekundärversorgung. Auch Bereiche, die die PatientInnenversorgung nur indirekt betreffen, wie die Akkreditierung der Praxis, sind eingeschlossen. Leistungen, die außerhalb der normalen Sprechzeiten erbracht werden, werden von GP-Kooperationen übernommen und nach einem Stundenhonorar, außerhalb der drei Segmente, vergütet. Fast alle HausärztInnen sind Mitglied solcher Kooperationen (Kroneman et al., 2016; Riedel, 2018).

5.4.2 Vergütung für ÄrztInnen

Im Hinblick auf die Bezahlung eines GPs macht das Segment 1 mit ca. 75 % den größten Anteil der Gesamtvergütung aus. Die Segmente 2 und 3 tragen mit 15 % bzw. 10 % wesentlich kleinere Anteile bei, wobei eine Erweiterung geplant war, aber laut

niederländischen Gesprächspartnern noch nicht stattgefunden hat. Zusätzlich gibt es außerhalb dieser Segmente weitere Vergütungsmöglichkeiten. Beispielsweise werden Wochenend- oder Nachtdienste nach dem Fee-for-Service (FFS)-Modell vergütet. In diesem Rahmen können auch Leistungen, die nicht in den Basisleistungen enthalten sind, erbracht und abgerechnet werden. Auch für diese Leistungen gelten die Maximaltarife des NZa, wobei eine langfristige Integration in die Segmente vorgesehen ist (an der Heiden & IGES, 2019; Interview NL_I1).

Preisverhandlungen

Krankenversicherungen nutzen zwei zentrale Verhandlungsstrategien: selektive Vertragsabschlüsse und allgemeine Verhandlungen über Umfang, Qualität und Preis der Leistungen. Selektive Verträge sind besonders bei FachärztInnen relevant, während AllgemeinmedizinerInnen (GPs) meist nicht davon betroffen sind. Üblicherweise verhandeln GPs mit jener Versicherung, bei der die meisten ihrer PatientInnen versichert sind, und rechnen mit anderen Versicherungen die gleichen Preise ab (Kroneman et al., 2016; Riedel, 2018).

Im Allgemeinen bevorzugen GPs Verhandlungen in Gruppen, da dies ihre Verhandlungsmacht erhöht. Bis 2015 hatte die Konsumenten- und Marktbehörde dies jedoch untersagt, um den Wettbewerb zwischen den GPs zu erhalten. Mittlerweile dürfen AllgemeinmedizinerInnen zum Wohle der PatientInnen kooperieren, um die Behandlungsqualität zu verbessern und gleichzeitig ihre Verhandlungsmacht gegenüber den Sozialversicherungen und der Öffentlichkeit zu stärken (Kroneman et al., 2016; Riedel, 2018).

HausärztInnen dürfen ihren PatientInnen keine Preise verrechnen, die über den festgelegten Gebührenordnungen liegen. Sie stellen in der Regel der Krankenkasse das Honorar in Rechnung, das mit der für diese Praxis dominierenden Krankenkasse ausgehandelt wurde. Im Jahr 2018 betrug das durchschnittliche Brutto-Jahreseinkommen selbständiger AllgemeinmedizinerInnen 135.000 EUR, ohne Berücksichtigung von Überstunden. Im Vergleich dazu lag das maximale Bruttojahreseinkommen von FachärztInnen im Jahr 2016 bei 160.000 EUR für angestellte und 211.000 EUR für selbständige FachärztInnen (Interview NL_I1; Tikkanen et al., 2020a; Vandermeulen, 2019).

Seit 2015 sind die Honorare für FachärztInnen frei zwischen unabhängigen FachärztInnenverbänden und Krankenhäusern verhandelbar. Diese sogenannte

integrale Finanzierung hat die Beziehung zwischen FachärztInnen und Krankenhäusern grundlegend verändert. Krankenhäuser müssen nun ihre finanziellen Mittel unter ihren FachärztInnen verteilen. Nachdem PatientInnen eine Überweisung für eine fachärztliche Behandlung (in einem beliebigen Krankenhaus) erhalten haben, können sie ihren Anbieter frei wählen. Versicherer können jedoch unterschiedliche Bedingungen, wie Kostenbeteiligung, für die Wahl bestimmter FachärztInnen festlegen. Dies ist nur für nicht vertraglich gebundene Gesundheitsdienstleister möglich (Interview NL_I1; Quentin et al., 2018; Schäfer et al., 2010; Tikkanen et al., 2020a).

6 Frankreich

6.1 Das französische Gesundheitssystem

Das französische Gesundheitssystem ist historisch durch eine berufsständische Gliederung der Krankenkassen geprägt. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind weitgehend standardisiert, und es gibt keine freie Wahl der Kasse für die Versicherten. Bis 2020 existierten neben der allgemeinen nationalen Krankenversicherung (CNAM) separate Systeme für Selbstständige (RSI) und LandwirtInnen. Mit der Überführung des RSI in die CNAM im Jahr 2020 wurde eine Konsolidierung des Systems angestrebt. Die CNAM ist dabei lokal, regional und national organisiert und deckt 93 % der Bevölkerung ab. In der Krankenversicherung für landwirtschaftliche Berufe sind 5 % der Bevölkerung abgedeckt, während der Rest bei kleineren speziellen Krankversicherungen versichert ist (L'assurance Maladie, 2023a, 2023b; Neubauer et al., 2021; Or et al., 2023).

Strukturen der Primärversorgung

In den letzten Jahrzehnten wurden durch verschiedene rechtliche Rahmenbedingungen und Zahlungssysteme unterschiedliche Strukturen der Primärversorgung geschaffen, die die traditionell vorherrschenden Solopraxen von selbständig arbeitenden HausärztInnen ergänzen. Dazu gehören Gesundheitszentren (Centres de santé), in denen weitere medizinische Fachkräfte angestellt sind, monodisziplinäre Gruppenpraxen (meist selbstständige HausärztInnen, die sich eine Praxis teilen) und multidisziplinäre Gruppenpraxen (Maisons de santé pluriprofessionnelles, MSP), in denen verschiedene selbstständige ÄrztInnen gemeinsam arbeiten. MSPs umfassen außerdem selbstständige medizinische Fachkräfte anderer Gesundheitsberufe (meistens Krankenpflege und Physiotherapie), die auf Honorarbasis bezahlt werden. Traditionell bieten Gesundheitszentren hauptsächlich Primärversorgung an, können aber auch fachärztliche Leistungen erbringen (Afrite & Mousques, 2014). Es wurde wissenschaftlich bestätigt, dass die Arbeit in MSPs einen positiven Einfluss auf die Bereitschaft von HausärztInnen haben, in medizinisch unterversorgten örtlichen Gebieten zu praktizieren sowie die Effizienz und Qualität der Versorgung zu steigern (Cassou et al., 2021; Chevillard & Mousquès, 2021; Mousquès & Daniel, 2015; Or et al., 2023).

Selbstständige HausärztInnen können frei entscheiden, wo und wie sie praktizieren. Eine vorherige Zulassung durch die Krankenkasse oder eine Bedarfsplanung für bestimmte Regionen gibt es nicht. Jede Ärztin/Jeder Arzt, welches Mitglied der ÄrztInnenkammer ist, kann sich theoretisch überall niederlassen. Dies führt zu Zugangsproblemen sowohl zur Primär- als auch zur FachärztInnenversorgung, da die Versorgung sich hauptsächlich in wohlhabenden städtischen Gebieten konzentriert (Bergeat et al., 2022; Neubauer et al., 2021; Or et al., 2023).

Historisch gesehen haben HausärztInnen in Einzelpraxen gearbeitet, mit begrenzter Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachkräften. In den letzten zehn Jahren wurde jedoch zunehmend erkannt, dass organisatorische Veränderungen, die zu einer besseren Dienstleistungserbringung beitragen, wie die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsfachkräften, in Einzelpraxen weniger wahrscheinlich sind. Daher hat Frankreich verschiedene Formen von Gruppenpraxen im Bereich der Primärversorgung mit entsprechenden Finanzierungsmodellen gefördert. Trotz eines anfänglich langsamen Starts hat sich der Anteil der HausärztInnen, die in Gruppenpraxen arbeiten, in den letzten zehn Jahren stetig erhöht: 2022 arbeiteten 69 % der HausärztInnen in einer Gruppenpraxis, verglichen mit 54 % im Jahr 2010 (Bergeat et al., 2022; Neubauer et al., 2021; Or et al., 2023).

6.2 Finanzierung des Gesundheitssystems

Die Finanzierung der französischen Krankenversicherung basiert auf verschiedenen Einnahmequellen. Neben den klassischen Sozialversicherungsbeiträgen fließen auch steuerähnliche Abgaben wie die allgemeine Sozialabgabe für die Krankenversicherung (CSG) sowie Erlöse aus zweckgebundenen Steuern auf beispielsweise Kfz-Versicherungen oder alkoholischen Getränken in die Kassen (Bertelsmann Stiftung, 2018). In den 1990ern wurde die Finanzierung von einem System, das hauptsächlich auf ArbeitnehmerInnenbeiträgen basierte, hin zu einem stärker steuerfinanzierten Modell überführt. Die lohnbezogenen Beiträge zur Krankenversicherung wurden schrittweise durch die sogenannte CSG ersetzt, eine zweckgebundene Sozialsteuer. Ziel dieser Reform war es, die Finanzierung auf eine breitere Basis zu stellen und weniger anfällig für Schwankungen des Arbeitsmarktes zu machen. Die Höhe der CSG ist einkommensabhängig, wobei beispielsweise Kapitaleinkommen höher besteuert werden als Renten (an der Heiden & IGES, 2019; Or et al., 2023).

In Frankreich ist es üblich, dass PatientInnen zunächst selbst für die Behandlungskosten aufkommen (Kostenerstattungsprinzip). Anschließend wird ihnen ein Teil oder der gesamte Betrag von der Krankenversicherung erstattet. Während die Krankenkassen 70 % der Kosten übernehmen, sind PatientInnen für die

restlichen 30 % selbst verantwortlich. Es existieren unterschiedliche Zuzahlungen je nach Art der Gebühr der Leistung und belaufen sich im Durchschnitt auf über 1.900 Euro pro Jahr und Person. Ausnahmen gibt es in Frankreich für einkommensschwache Personen, die nicht in Vorleistung treten müssen. Stärker belastet werden die zehn Prozent der Bevölkerung mit den höchsten Einkommen, die jährlich mehr als 3.000 Euro an Zuzahlungen leisten (L'Assurance Maladie, 2024d; TRISAN – Centre de compétences trinational pour vos projets de santé, 2017).

Der Leistungskatalog ist zwar umfassend, erfordert von den Versicherten aber oft hohe Zuzahlungen. Um diese Lücken zu schließen, greifen fast alle französischen BürgerInnen auf private Zusatzversicherungen zurück, die je nach Anbieter und Tarif sehr unterschiedlich ausgestaltet sind (Brunn & Hassenteufel, 2018).

6.3 Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung

Die Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung vertragsärztlicher Leistungen kann man als „Black-Box“ bezeichnen. Öffentlich zugänglich ist nur der grobe Bewertungsprozess zur Aufnahme in den Leistungskatalog. Die Beschreibung der einzelnen Schritte und die Beweggründe der schlussendlichen Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung medizinischer Leistungen im niedergelassenen Bereich ist nicht im Detail veröffentlicht.

6.3.1 Mitwirkende Institutionen bei der Entscheidungsfindung

Gesundheitsministerium (MoH)

Das Gesundheitsministerium übte lange Zeit großen Einfluss auf das Gesundheitssystem aus. Reformen auf regionaler und nationaler Ebene haben seine traditionelle Rolle in Frage gestellt. Auf regionaler Ebene haben die Gesundheitsbehörden Aufgaben in der öffentlichen Gesundheitsplanung und -finanzierung übernommen. Auf nationaler Ebene überwacht die unabhängige Gesundheitsbehörde HAS Technologien, Krankenhäuser, Gesundheitsberufe und das grundlegende Leistungspaket (Or et al., 2023).

Die gesundheitspolitische Agenda wird vom Gesundheitsministerium vorgegeben und durch das Parlament verabschiedete Gesetze festgelegt; das Gesundheitsministerium definiert auch Gesundheitsziele gemäß den Vorgaben des öffentlichen Gesundheitsgesetzes. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit dem Finanzministerium im Rahmen des jährlichen Gesetzes zur Finanzierung der

Sozialversicherung, welches die Einnahmenerhebung und die Erbringung von Gesundheitsleistungen regelt. Die Politikformulierung erfolgt mit Hilfe mehrerer Beratungsgremien, wie dem Hohen Rat für die Zukunft der Krankenversicherung (HCAAM), der Nationalen Gesundheitskonferenz (CNS) und dem Hohen Rat für öffentliche Gesundheit (HCSP) (Or et al., 2023).

Haute Autorité de Santé (HAS)

Die Haute Autorité de Santé wurde 2004 per Gesetz gegründet und nahm am 1. Jänner 2005 ihre Tätigkeit auf. Sie ist eine unabhängige öffentliche Institution mit finanzieller Autonomie und führt verschiedene Aktivitäten zur Verbesserung der PatientInnenversorgung durch. Zu ihren Aufgaben gehören die Bewertung von Arzneimitteln, Medizintechnik und medizinischen Verfahren, Bewertung von Gesundheitsleistungen, die Veröffentlichung von Richtlinien, die Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen sowie die Festlegung von Protokollen zur Rezertifizierung von ÄrztInnen. Diese Aufgaben sind gesetzlich festgelegt und die HAS berichtet der Regierung und dem Parlament darüber. Das Institut kooperiert eng mit Gesundheitsbehörden, Krankenversicherungen, Berufsverbänden, Gewerkschaften der Gesundheitsberufe und PatientInnenvertretungen (Haute Autorité de Santé, 2024f; INAHTA, 2024; Or et al., 2023; Riedel, 2018).

Die Behörde evaluiert die medizinische Notwendigkeit und den Nutzen von Behandlungsmethoden, um eine fundierte Entscheidungsgrundlage für deren Erstattung durch die Krankenversicherung zu schaffen (Haute Autorité de Santé, 2024e). Es werden sogenannter „Acte Professionnel“ evaluiert; klinische Behandlung, die von einer medizinischen Fachkraft für diagnostische, präventive, therapeutische oder rehabilitative Zwecke ausgeführt wird (Haute Autorité de Santé, 2024e). Die HAS ist die wichtigste HTA-Instanz in Frankreich; sie verfügt sowohl über interne Expertise als auch über die Befugnis, Bewertungen durch externe Gruppen wie akademische Zentren oder Fachgesellschaften in Auftrag zu geben. Alle medizinischen Verfahren und Technologien (wie Arzneimittel, Geräte, Ausrüstungen, Reagenzien und Tests) werden auf Antrag von Herstellern oder Fachgesellschaften bewertet (Or et al., 2023).

Die HAS wird von einem achtköpfigen Vorstand (Kollegium) geleitet, der für die Festlegung strategischer Prioritäten und Richtlinien verantwortlich ist. Es gibt neun Fachausschüsse, die jeweils von einem Vorstandsmitglied geleitet werden und für die Prüfung der Dossiers zuständig sind, die in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich fallen. Der Vorsitzende des Vorstands wird von der Präsidentin/vom Präsidenten der Französischen Republik ernannt (Haute Autorité de Santé, 2024f; INAHTA, 2024; Or et al., 2023; Riedel, 2018).

Die HAS ist zuständig für die Bewertung von medizinischen Leistungen in verschiedenen Phasen: von der Erstaufnahme in den Leistungskatalog über Änderungen bestehender Einträge bis hin zur Streichung veralteter oder riskanter Verfahren. Darüber hinaus analysiert die HAS die Durchführung medizinischer Maßnahmen und bewertet die Risiken ästhetischer Eingriffe im Hinblick auf mögliche Verbote (Haute Autorité de Santé, 2018).

HTA-Dossiers können von vier HAS-Fachausschüssen geprüft und durchgeführt werden; von CNEDiMTS (für die klinische Bewertung von Medizinprodukten und interventionellen Verfahren), von CEESP (für die ökonomische Bewertung von Gesundheitsprodukten und öffentlichen Gesundheitsinterventionen), von CT (der Transparenzausschuss für die klinische Bewertung von Arzneimitteln) und CEDiag (Diagnostikausschuss für die klinische Bewertung von diagnostischen, prädiktiven und prognostischen Gesundheitstechnologien). Darüber hinaus ist HAS auch mit der Erteilung nationaler Empfehlungen zur Impfung (NITAG) beauftragt, die von einem spezialisierten Impfstoffkomitee geprüft werden (INAHTA, 2024).

Um in den Leistungskatalog aufgenommen zu werden, müssen die medizinischen Behandlungen einer der drei Nomenklaturen zugeordnet werden: NGAP (Allgemeine Klassifikation der beruflichen Handlungen), CCAM (Gemeinsame Klassifikation der medizinischen Handlungen) oder NABM (Nomenklatur der medizinischen Biologie). Da viele medizinische Eingriffe mit Medizinprodukten, Diagnostika oder Arzneimitteln verbunden sind, kann die HAS eine umfassende Bewertung durchführen, die sowohl den medizinischen Akt als auch die verwendeten Hilfsmittel berücksichtigt (Haute Autorité de Santé, 2024e).

Nomenklaturen für niedergelassene ÄrztInnen

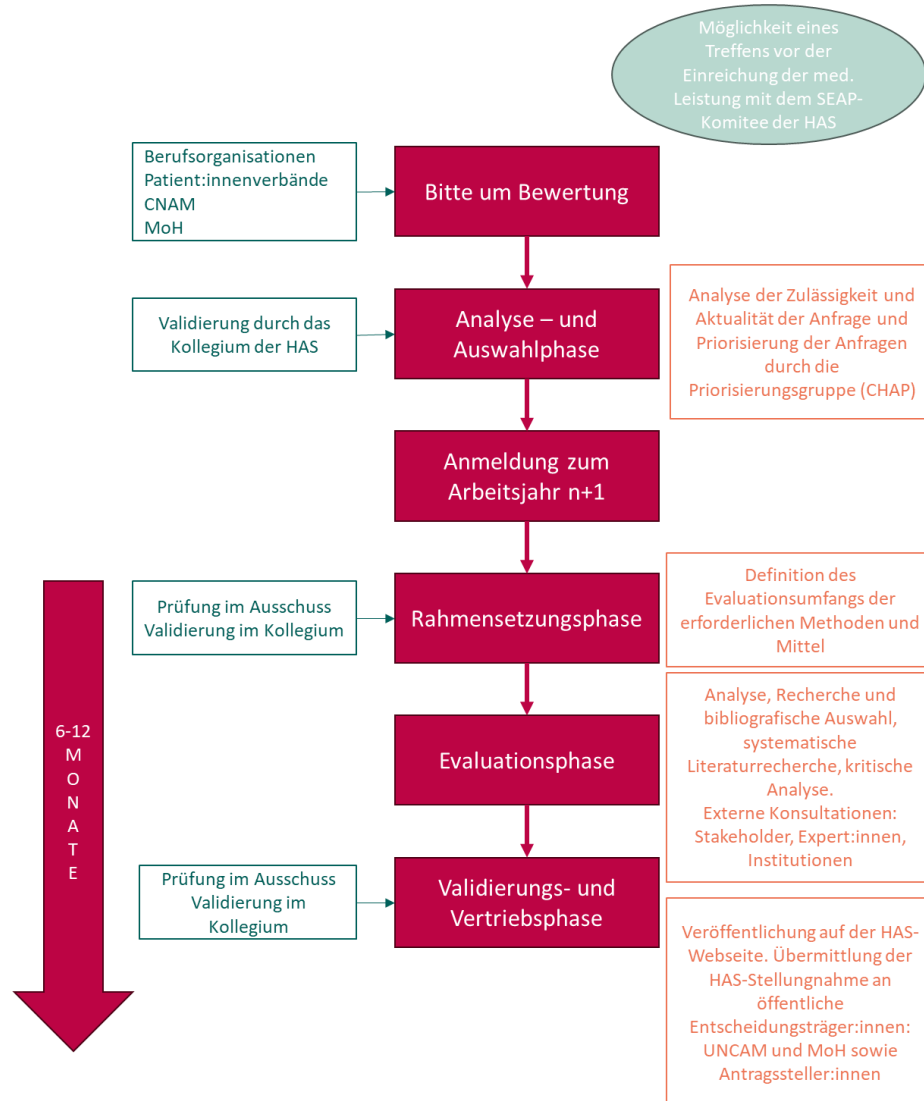
Die NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) umfasst Leistungen der Allgemeinmedizin und Pflege z.B., HausärztInnenbesuche oder Physiotherapie. Die CCAM (Classification commune des actes médicaux) dient seit 2004 sowohl zur Beschreibung als auch zur Abrechnung medizinisch-technischer Handlungen, wie chirurgischen Eingriffen und Röntgenaufnahmen und wurde als Ergänzung zu NGAP entwickelt. Sie gilt unabhängig davon, ob die Versorgung in einer ärztlichen Praxis oder in einem Krankenhaus erfolgt. Jeder Leistung ist ein spezifischer Code zugeordnet, der die Grundlage für die Berechnung der Vergütung bildet (L'Assurance Maladie, 2024a; Ministère de la Santé et de la Prévention, o. J., 2017).

Die HAS führt bei beiden Nomenklaturen die medizinischen und wirtschaftlichen Bewertungen durch, falls eine Aufnahme einer Leistung unternommen wird. Die UNCAM ist weitgehend verantwortlich für die Weiterentwicklung der CCAM. Neue Leistungen müssen in die NGAP oder CCAM aufgenommen werden, bevor sie in der Convention Médicale vergütet werden können. NGAP - Leistungen sollen nach und nach in CCAM überführt werden (L'Assurance Maladie, 2024a; Ministère de la Santé et de la Prévention, o. J., 2017; Riedel, 2018).

Alle gesetzlichen Krankenversicherungen bieten Zugang zu einem einheitlichen Leistungskatalog, der eine Vielzahl medizinischer Dienstleistungen und Produkte umfasst. Dieser Leistungskatalog wird durch Positivlisten definiert, die die abgedeckten Dienstleistungen, Medikamente und Geräte explizit auflisten. Bestimmte medizinische Verfahren wie Chiropraktik und kosmetische Chirurgie sind ausgeschlossen. Der Aufnahmeprozess variiert je nach Art der Leistung oder des Produkts. Alle neuen Medikamente, Geräte und Verfahren müssen vor der Markteinführung einer Bewertung durch die HAS unterzogen werden, um die Aufnahme in die Positivliste und die Deckungsrate der gesetzlichen Krankenversicherung sowie indirekt den Preis zu bestimmen (Or et al., 2023).

Vor Einreichung einer neuen Behandlungsmethode an die HAS kann ein Treffen der Auftraggeber mit dem Evaluationskomitee der HAS stattfinden. Nach einer ersten Bewertung kommt es zu einer Analyse- und Auswahlphase und einer Anmeldung ins reguläre Arbeitsprogramm. In der sogenannten Rahmensetzungsphase wird ein Evaluationsumfang der erforderlichen Mittel definiert, bevor es zur Evaluationsphase und zuletzt zur Validierungs- und Vertriebsphase geht. Nach abschließender Prüfung durch das HAS-Kollegium wird die Stellungnahme an die zuständigen Behörden (UNCAM, Gesundheitsministerium) und die Antragsteller übermittelt. Zudem wird sie zusammen mit dem vollständigen Bewertungsbericht öffentlich zugänglich gemacht (Haute Autorité de Santé, 2024e).

Abbildung 12: Evaluation von medizinischen Behandlungen



(IHS nach Haute Autorité de Santé, 2024e)

Die HAS kann von verschiedenen Akteuren angefragt werden: Dem nationalen Verband der Krankenkassen (UNCAM), dem Gesundheitsministerium, den nationalen Berufsärzten (CNPs) oder PatientInnenverbänden. Neben den Anträgen externer Stellen kann die HAS auch von sich aus eine Bewertung initiieren, insbesondere wenn Fragen der öffentlichen Gesundheit im Vordergrund stehen (Haute Autorité de Santé, 2024e).

Die Bewertungen der HAS werden hauptsächlich für die Krankenkassen, insbesondere UNCAM, erstellt, um Entscheidungen über die Erstattung

medizinischer Leistungen zu treffen. Laut Gesetz muss die HAS ihre Stellungnahme an UNCAM innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten abgeben. In begründeten Fällen ist eine einmalige Verlängerung möglich. Für Anträge, die nicht von der UNCAM selbst gestellt werden, gilt diese Frist nicht. Auch das Gesundheitsministerium nutzt diese Bewertungen, insbesondere bei innovativen oder ästhetischen Eingriffen oder bei Fragen der öffentlichen Gesundheit. Am Ende wird die Bewertung (appraisal) von einem der Fachausschüsse oder in einigen Fällen (je nach Art der Gesundheitstechnologie) vom HAS-Kollegium herausgegeben (Haute Autorité de Santé, 2024e; INAHTA, 2024).

Im Einklang mit seinen Grundwerten – Wissenschaftlichkeit, Transparenz und Unabhängigkeit – führt die HAS ihre Bewertungen durch. Dabei wird eine Methodik angewendet, die sowohl auf evidenzbasierten Daten als auch auf der Einbeziehung verschiedener Perspektiven beruht. Vor allem das Nutzen-Risiko-Verhältnis und die klinische Relevanz sollen im Vordergrund der Bewertung stehen (Haute Autorité de Santé, 2024e). Die HAS beurteilt neue medizinische Leistungen anhand folgender Kriterien: Dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, der Sicherheit, den Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit und der organisatorischen Einbettung. Ist der Gesamtnutzen unzureichend, fällt die Bewertung negativ aus. Bei einem ausreichenden Nutzen wird die erwartete Leistungsverbesserung im Vergleich zu etablierten Behandlungsmethoden in fünf Stufen bewertet, von einer erheblichen Verbesserung (Level 1) bis hin zur Abwesenheit einer Verbesserung (Level 5) (Haute Autorité de Santé, 2024e). Innovative Leistungen mit einer Bewertung von eins bis drei müssen innerhalb von sechs Monaten aufgenommen werden, während andere Leistungen ohne festgelegtes Zeitlimit hinzugefügt werden können oder auch gar nicht aufgenommen werden (an der Heiden & IGES, 2019; Riedel, 2018).

Alle Institutionen, die folgen, sind eingebettet in die HAS.

CNEDiMTS (Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé)

CNEDiMTS ist die nationale Kommission für die Bewertung von Medizinprodukten. Die Bewertung orientiert sich an den Bedürfnissen der PatientInnen und berücksichtigt neben der Wirksamkeit und Sicherheit auch die Einbettung in den Behandlungsablauf und die Auswirkungen auf die Lebensqualität. Die Bewertungsgrundsätze sind transparent und basieren auf einer sorgfältigen Analyse verfügbarer Daten. Ein Fokus liegt auf der Erfassung der Lebensqualität, auch wenn hier noch Forschungsbedarf besteht (Haute Autorité de Santé, 2018).

CNEDiMTS setzt sich aus 29 Mitgliedern mit Stimmrecht (22 ordentliche Mitgliedern, 7 Ersatzmitgliedern), ausgewählt aufgrund ihrer wissenschaftlichen Expertise in verschiedenen medizinischen Fachgebieten und zwei VertreterInnen von PatientInnenverbänden einschließlich des Vorsitzenden (aus den Vorstandsmitgliedern ernannt) und zwei stellvertretenden Vorsitzenden zusammen. Zusätzlich gibt es acht Mitglieder in beratender Funktion. Diese sind u.a. VertreterInnen der Sozialversicherungsdirektion, der Generaldirektion für Gesundheit, der Generaldirektion für Pflegeversorgung und der Nationalen Gesundheitsversicherungskasse. Die Mitglieder werden für ein dreijähriges Mandat, das zweimal verlängert werden kann, ernannt (Haute Autorité de Santé, 2024c).

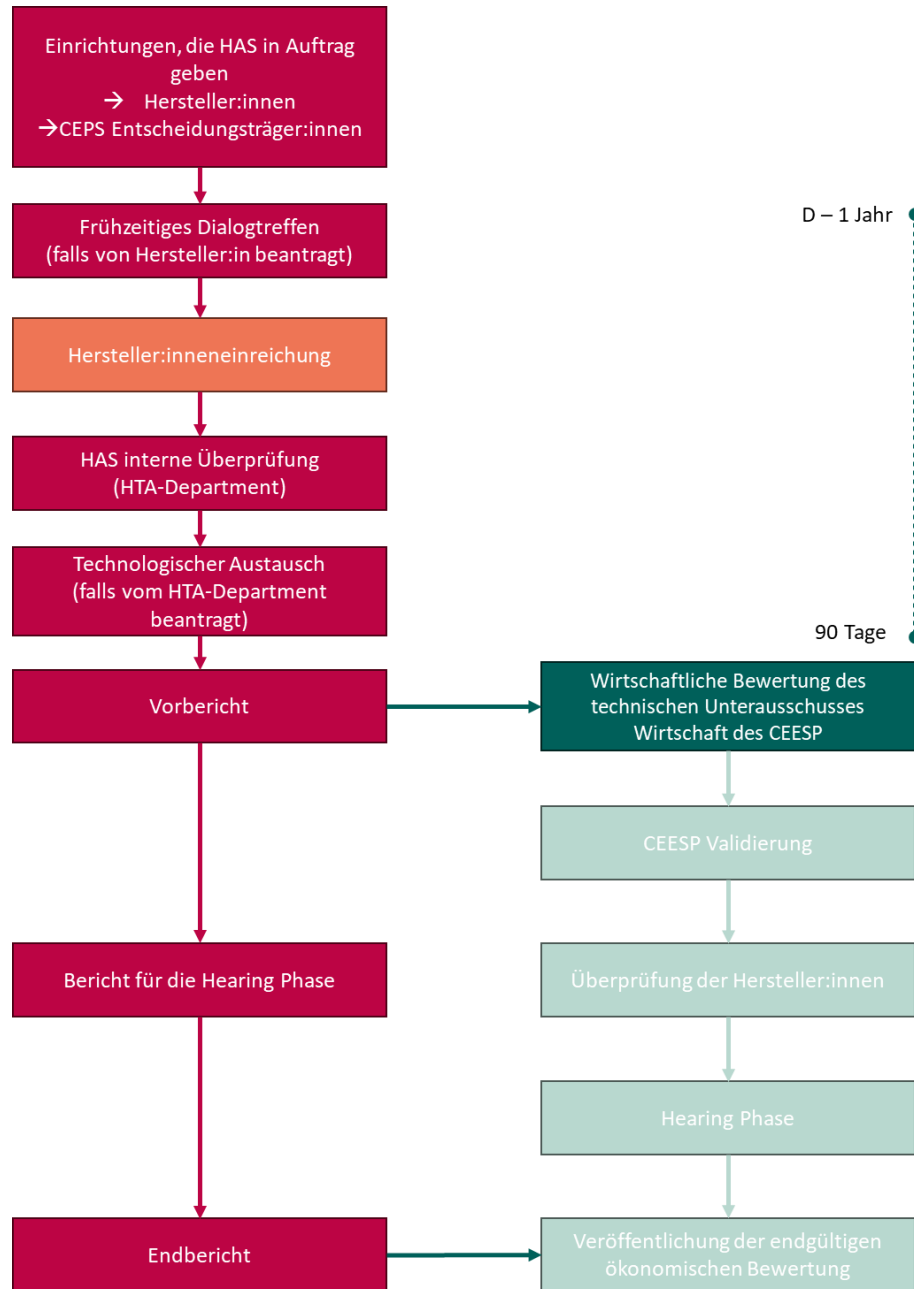
CEESP (Commission d'évaluation économique et de santé publique)

Der Ausschuss für wirtschaftliche und öffentliche Gesundheitsbewertung (CEESP) ist für die Erstellung und Verbreitung wirtschaftlicher Empfehlungen und Stellungnahmen zu den effizientesten Strategien für Pflege, Verschreibung und Behandlung sowie Bewertung ihrer Auswirkungen auf die Ausgaben der Krankenversicherung zuständig. Zudem ist es mit der Validierung wirtschaftlicher Studien, die die positiven Auswirkungen von Gesundheitstechnologien mit den erwarteten Kosten für die nationale Versicherung abwägen, beauftragt (Haute Autorité de Santé, 2024b).

Die Bewertung der Lebensqualität ist ein fester Bestandteil dieser Effizienzbewertungen. Ob bei der Beurteilung von Screeningprogrammen oder neuen Therapien – die Auswirkungen auf die Lebensqualität der PatientInnen werden systematisch erfasst und in ökonomische Modelle integriert. Allerdings bestehen noch Herausforderungen bei der Messung und Bewertung der Lebensqualität, insbesondere bei der Beurteilung neuer Technologien (Haute Autorité de Santé, 2018).

Die wirtschaftlichen Bewertungen des CEESP schließen mit einer Aussage über das Vertrauen in die vorgelegte wirtschaftliche Analyse unter Berücksichtigung der methodischen Entscheidungen des Antragstellers. Sie werden an den Wirtschaftlichen Ausschuss für Gesundheitsprodukte (CEPS - Comité économique des produits de santé) weitergeleitet, um zur Verhandlung des Preises der betreffenden Produkte beizutragen (Haute Autorité de Santé, 2024b). CEESP besteht aus 31 Mitgliedern mit Stimmrecht, die vom HAS-Vorstand für eine dreijährige Amtszeit ernannt werden, die zweimal verlängert werden kann (Haute Autorité de Santé, 2024b).

Abbildung 13: Ökonomische Bewertung (appraisal)



(IHS nach Haute Autorité de Santé, 2024b)

CEDiag (Commission d'évaluation des technologies de santé diagnostiques, pronostiques et prédictives)

Der Ausschuss für die Bewertung von diagnostischen, prognostischen und prädiktiven Gesundheitstechnologien CEDiag besteht aus ÄrztInnen, ApothekerInnen, MethodologInnen und PatientInnen. Der CEDiag bewertet alle diagnostischen, prognostischen und prädiktiven Gesundheitstechnologien,

unabhängig davon, ob es sich um medizinische Verfahren (radiologische oder nuklearmedizinische Untersuchungen, medizinisch-biologische Untersuchungen, anatomo-zytopathologische Untersuchungen usw.), diagnostische Arzneimittel (radiopharmazeutische, bildgebende Kontrastmittel usw.) oder Medizinprodukte (Selbsttests usw.) handelt (Haute Autorité de Santé, 2024a).

CT (Commission de la Transparence)

Der Transparenzausschuss CT ist ein wissenschaftliches Gremium, das aus ÄrztInnen, ApothekerInnen und SpezialistInnen für Methodik und Epidemiologie besteht. Er bewertet Arzneimittel, die eine Marktzulassung erhalten wollen und in die Liste der erstattungsfähigen Arzneimittel aufgenommen werden will (Haute Autorité de Santé, 2024d).

Der CT gibt den MinisterInnen zuständig für Gesundheit und Sozialversicherung Empfehlungen über die Preisgestaltung und Erstattung durch die nationale Krankenversicherung für Arzneimittel mit einer Marktzulassung. Diese Einschätzung basiert insbesondere auf zwei Bewertungen: dem klinischen Nutzen („service médical rendu“ - SMR) und dem klinischen Zusatznutzen („amélioration du service médical rendu“ - ASMR) im Vergleich zu bestehenden Alternativen (Haute Autorité de Santé, 2024d).

6.3.2 Definitionen der Kriterien zur Leistungsaufnahme

Klare Definitionen (bis auf die Schlagwörter der HAS mit großem Interpretationsraum zur Leistungsaufnahme) sind nicht öffentlich zugänglich.

6.4 Festlegung der vertragsärztlichen Tarife

Im Gegensatz zu den umfangreichen Informationen, die die französischen Gesundheitsbehörden (meist nur auf Französisch) zum Prozess der Antragstellung auf Kostenerstattung für Produkte und Verfahren liefern, ließen sich keine Informationen zur konkreten Berechnungsweise der Punktwerte eruieren.

6.4.1 Mitwirkende Institutionen bei der Tariffindung

Vertretung der ÄrztInnen

Wie bereits erwähnt, werden in Frankreich die Honorare für ärztliche Leistungen in einem Rahmenvertrag, der „Convention Médicale“, zwischen der Vertretung der ÄrztInnen und jener der Krankenkassen festgelegt. Die ÄrztInnen werden dabei durch ihre Gewerkschaften vertreten. Es reicht aus, wenn eine der als repräsentativ

anerkannten Gewerkschaften den Vertrag unterzeichnet. Die Repräsentativität einer Gewerkschaft wird durch das Ergebnis der letzten regionalen Wahl zur Interessensvertretung der Berufsgruppe bestimmt. 2017 galten fünf Gewerkschaften als repräsentativ, darunter eine für AllgemeinmedizinerInnen, eine für FachärztInnen und drei, die beide Berufsgruppen vertreten (Brunn & Hassenteufel, 2018; Neubauer et al., 2021; Riedel, 2018).

CHAP (Commission de hiérarchisation des actes et procédures)

Die Tariffestlegung wird in Verhandlungen zwischen UNCAM, also der Union der gesetzlichen Krankenversicherung, und den Gewerkschaften der ÄrztInnen in CHAP-Kommissionen (Commission de hiérarchisation des actes et procédures, CHAP) durchgeführt (an der Heiden & IGES, 2019; Riedel, 2018).

Die CHAP ist ein unabhängiges Gremium, das sich aus ExpertInnen verschiedener Fachbereiche zusammensetzt. Sie ist in neun Kommissionen unterteilt, die sich auf bestimmte Bereiche der Gesundheitsversorgung spezialisiert haben. Wenn eine neue Leistung in den Katalog CCAM aufgenommen werden soll, muss ein Fachgremium die ärztliche Leistung hinsichtlich Stressniveau, Dauer und Kompetenzniveau bewerten und ein zweites Gremium diese Bewertung bestätigen (an der Heiden & IGES, 2019; Riedel, 2018).

UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie)

Die Nationale Union der Krankenkassen (UNCAM) ist an der Festlegung der Vergütung für ambulante medizinische Leistungen beteiligt. Sie verhandelt vor allem für die zwei größten Krankenkassen. In regelmäßigen Abständen führt die UNCAM Verhandlungen mit den Gewerkschaften der Gesundheitsberufe. Die Ergebnisse dieser Verhandlungen münden in nationalen Tarifverträgen, die die Grundlage für die Vergütung von ärztlichen und therapeutischen Leistungen bilden (Or et al., 2023).

Die Generaldirektion der UNCAM, die direkt von der Regierung bestellt wird, übt eine Exekutivgewalt aus und hat die alleinige Entscheidungsbefugnis bei der Aushandlung von Tarifverträgen. Die Rolle des Verwaltungsrats ist auf strategische Fragen beschränkt. Diese Entwicklung führt zu einer Konzentration der Macht bei der UNCAM und einer Schwächung der Mitbestimmung der Sozialpartner. Die gesetzliche Krankenversicherung trägt somit die volle Verantwortung für die wirtschaftlichen Auswirkungen der von ihr geschlossenen Verträge (Or et al., 2023).

Weiters bewertet ein Komitee, in dem ÄrztInnengewerkschaft und UNCAM vertreten sind, die neue Leistung anhand einer Punktzahl, die ihre Komplexität im Vergleich zum gesamten Leistungskatalog widerspiegelt. Eine Geburt ohne Komplikationen

dient dabei als Referenz. UNCAM setzt dann den Tarif fest, der auf der Punktzahl basiert und den entsprechenden Euro-Wert berücksichtigt (an der Heiden & IGES, 2019; Riedel, 2018).

Zusammenfassend beinhaltet das Verfahren zur Aufnahme, Änderung oder Streichung einer Maßnahme in den Leistungskatalog acht Schritte. Im ersten Schritt obliegt es der HAS gemäß dem Sozialversicherungsgesetzbuch (CSS), den Nutzen neuer medizinischer Leistungen zu bewerten. Anträge auf eine solche Bewertung können von verschiedenen Stellen, wie der UNCAM oder anderen Vertretungen gestellt werden (L'Assurance Maladie, 2021).

Danach folgt die medizinische Bewertung durch die HAS. Diese wird der CNEDiMTS zur abschließenden Beurteilung vorgelegt. Dabei werden der diagnostische oder therapeutische Nutzen (SA) sowie der Nutzen für die öffentliche Gesundheit bewertet. Basierend auf diesen Kriterien wird das Verbesserungspotenzial der Maßnahme im Vergleich zu bestehenden Alternativen in fünf Stufen eingeordnet: eine große Verbesserung (1) bis hin zu keiner Verbesserung (5). Die Stellungnahmen der CNEDiMTS werden dann dem Kollegium der HAS zur Abstimmung vorgelegt und auf der HAS - Website veröffentlicht (L'Assurance Maladie, 2021).

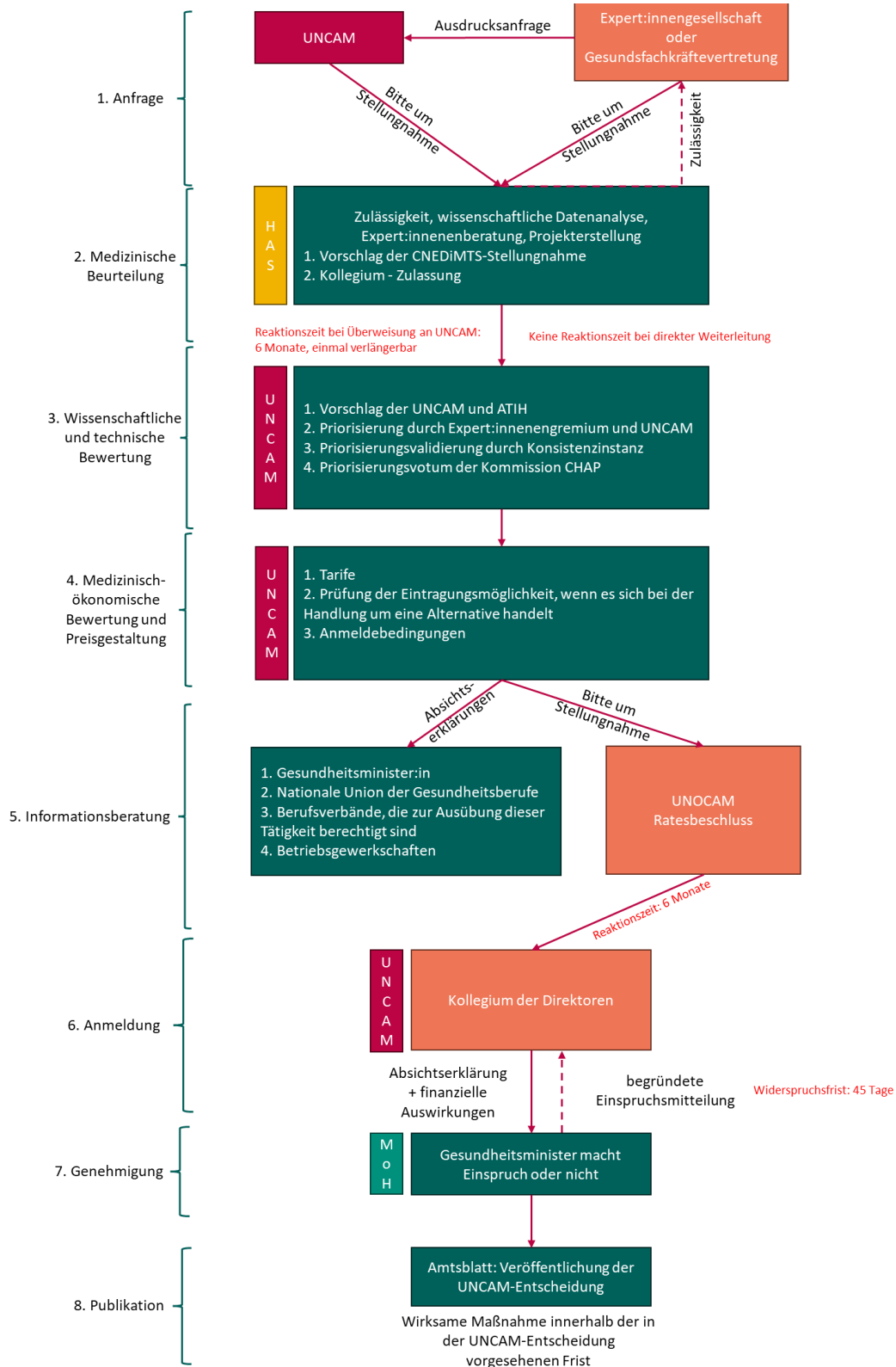
Schritt drei betrifft nur medizinische Handlungen, die in CCAM (Gemeinsame Klassifizierung von Medizinprodukten) aufgenommen werden sollen. Hierbei erfolgt die Hierarchisierung medizinischer Behandlungen durch die CHAPs, die es für jede grobe Fachrichtung von ÄrztInnen gibt. Diese Kommissionen erstellen auf Basis einer komplexen Bewertung, welche die Dauer, Schwierigkeit und technische Anforderungen berücksichtigt, eine Rangordnung der Behandlungen. Die CHAP-Abstimmung erfolgt auf Vorschlag der UNCAM auf der Grundlage eines mit der Technischen Agentur für Krankenhausinformationen (ATIH) entwickelten Berichts. Die Ergebnisse werden auch von einer unabhängigen Kohärenzinstanz überprüft und abgestimmt. Hier wird auch mit Hilfe einer ExpertInnenkommission eine Punktzahl für die medizinische Leistung bestimmt (L'Assurance Maladie, 2021).

Im Schritt vier kommt wieder die UNCAM ins Spiel. Die Aufgaben der UNCAM umfassen sowohl die Festlegung der Vergütung medizinischer Leistungen als auch die Bewertung ihrer medizinischen Notwendigkeit. Die Vergütung wird anhand einer Punktebewertung mit der ÄrztInnenvertretung ermittelt, die die Komplexität der Leistung widerspiegelt. Vor der Erstattung einer Leistung muss die UNCAM die Stellungnahme der UNOCAM (Nationale Vereinigung der Zusatzkrankenversicherungen) einholen. Die UNOCAM hat hierfür gesetzlich sechs Monate Zeit. Wenn sie sich innerhalb dieser Frist nicht äußert, gilt ihre Zustimmung

als erteilt. Die Entscheidungen der UNOCAM sind auf ihrer Webseite veröffentlicht (L'Assurance Maladie, 2021).

Bevor die UNCAM über die Zulassung einer neuen medizinischen Leistung entscheidet, wird eine ausführliche Analyse erstellt. Diese Analyse untersucht die finanziellen Konsequenzen für das Gesundheitssystem, sowohl unmittelbar als auch in der Zukunft, sowie die erforderlichen organisatorischen Veränderungen. Auf der Grundlage dieses Dokuments wird dann die Entscheidung über die Eintragung durch das Kollegium der Direktoren der UNCAM getroffen. Der Beschluss wird zusammen mit den Stellungnahmen von HAS und UNOCAM an die zuständigen MinisterInnen übermittelt. Diese können innerhalb von 45 Tagen Einspruch einlegen, andernfalls gilt der Beschluss als genehmigt. Im Falle eines Widerspruchs wird dieser begründet und UNCAM sowie HAS informiert. Das Inkrafttreten einer Maßnahme richtet sich nach der Art des Rechtsakts: CCAM-Rechtsakte treten in der Regel 30 Tage nach Veröffentlichung im Amtsblatt in Kraft, während NGAP-Rechtsakte unmittelbar nach der Veröffentlichung wirksam werden (L'Assurance Maladie, 2021).

Abbildung 14: Aufnahmeprozess in den Leistungskatalog



(IHS nach L'Assurance Maladie, 2021)

Convention Médicale

Die Convention Médicale, eine Art Gesamtvertrag, der seit 1971 besteht, ist das Ergebnis von Verhandlungen zwischen den ÄrztInnen und der Krankenversicherung. Ziel war es, die freie Praxis der ÄrztInnen mit den Anforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenzuführen (Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale – ISNAR-IMG, 2017; Neubauer et al., 2021).

Die Höhe der Vergütung, die ÄrztInnen in Frankreich von den gesetzlichen Krankenkassen erhalten, ist das Ergebnis mehrjähriger Verhandlungen zwischen der gesetzlichen Krankenkasse und den VertreterInnen der ÄrztInnenschaft. Diese Verträge unterliegen einer regelmäßigen Überprüfung und können jährlich angepasst werden, um die aktuellen wirtschaftlichen Entwicklungen abzubilden. Die Verhandlungen sollten in der Regel nicht länger als sechs Monate dauern, und die Verträge gelten fünf Jahre (Brunn & Hassenteufel, 2018; Neubauer et al., 2021; Riedel, 2018).

6.4.2 Vergütung von ÄrztInnen

Anhand des Stellenwertes des Convention Médicale gliedert sich die niedergelassene ärztliche Versorgung in drei Sektoren:

Sektor 1

In Frankreich bieten rund 114.000 selbstständige ÄrztInnen ambulante Leistungen an. Der größte Teil dieser ÄrztInnen (ca. 73%) ist dem sogenannten Sektor 1 zugeordnet. Diese ÄrztInnen, meist AllgemeinmedizinerInnen, arbeiten mit der gesetzlichen Krankenversicherung zusammen und rechnen ihre Leistungen nach einem staatlich festgelegten Tarif ab, dem Convention médicale. Diese Vergütung erfolgt in der Regel für jede einzelne Leistung, es gibt jedoch auch Modelle, bei denen eine Pauschale pro PatientIn oder eine qualitätsorientierte Vergütung gezahlt wird (Luc Lenoir, 2018).

Bei der Gründung einer Praxis in Frankreich können ÄrztInnen zwischen zwei Vertragsmodellen wählen. ÄrztInnen im Sektor 1, welche wie erwähnt festgelegte Preise berechnen, erhalten dafür steuerliche Vorteile. ÄrztInnen im Sektor 2 zahlen reguläre Steuern und haben mehr Freiheit bei der Preisgestaltung. Ein Wechsel von Sektor 2 zu Sektor 1 ist möglich, umgekehrt jedoch nicht (Kingsada, 2024).

Sektor 2

Die französische Convention médicale stellt zwar einen Rahmen für die ärztlichen Vergütungen dar, jedoch ist dieser Rahmen nicht für alle ÄrztInnen gleich verbindlich. Der Sektor 2 wurde eingeführt, um ÄrztInnen mehr Flexibilität bei der Honorargestaltung zu geben. ÄrztInnen in diesem Sektor können ihre Honorare freier gestalten und sind nicht an die festen Tarife des Sektor 1 gebunden. Im Gegenzug verzichten sie auf bestimmte staatliche Leistungen. Rund ein Viertel aller ÄrztInnen, vor allem FachärztInnen, haben in Sektor 2 optiert (Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale – ISNAR-IMG, 2017; Luc Lenoir, 2018; Neubauer et al., 2021).

Im Sektor 2 gibt es keine wirkliche Kontrolle oder Regulierung, die sicherstellen würde, dass die Preisunterschiede zwischen den Sektoren 1 und 2 gerechtfertigt und PatientInnen vor überhöhten Gebühren geschützt sind. In der Praxis bedeutet dies, dass ÄrztInnen im Sektor 2 oft deutlich höhere Honorare berechnen als im Sektor 1. So verlangen beispielsweise ambulant tätige ChirurgInnen im Durchschnitt 56 % mehr als die staatlich festgelegten Tarife. Diese höheren Einnahmen belaufen sich auf Milliarden Euro pro Jahr, wobei der Großteil davon an FachärztInnen geht. Da die Krankenkassen nur einen kleinen Teil dieser höheren Honorare übernehmen, müssen die PatientInnen den Rest selbst zahlen (an der Heiden & IGES, 2019; Luc Lenoir, 2018).

Sektor 3

Die wenigsten niedergelassenen ÄrztInnen in Frankreich finden sich in Sektor 3. Diese ÄrztInnen arbeiten ohne jegliche vertragliche Vereinbarung mit den Krankenkassen und haben somit die größte Freiheit bei der Festlegung ihrer Honorare. Mangels anwendbarer gesetzlicher Gebührenordnung können die Preise deutlich über denen der Sektoren 1 und 2 liegen. Infolgedessen haben PatientInnen, insbesondere in städtischen Ballungsräumen, oft Schwierigkeiten FachärztInnen zu finden, die nicht in den Sektoren 2 oder 3 tätig sind (an der Heiden & IGES, 2019; Direction de l'information légale et administrative, 2024; Luc Lenoir, 2018).

Preisunterschiede

Das Beispiel Frankreich zeigt, dass eine scheinbar einheitliche Gebührenordnung nicht zwangsläufig zu einheitlichen Preisen für die Gesamtheit der Versicherten führt. Während der Sektor 1 in Frankreich an eine staatliche Gebührenordnung gebunden ist, haben ÄrztInnen in den Sektoren 2 und 3, insbesondere FachärztInnen, erhebliche Spielräume bei der

Honorargestaltung. Dies führt zu großen Preisunterschieden und untergräbt den Verbraucherschutz, da PatientInnen oft nicht in der Lage sind, die Preise zu vergleichen oder zu verhandeln (an der Heiden & IGES, 2019; Brunn & Hassenteufel, 2018).

Die vermeintliche Einheitlichkeit der Honorare im französischen Grundversorgungssektor (Sektor 1) täuscht über die Realität hinweg. Immer mehr ÄrztInnen erheben zusätzliche Gebühren und ordnen sich damit dem Sektor 2 zu. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass ein privater Gesundheitsmarkt entstanden ist, auf den Frankreich inzwischen stark angewiesen ist. In Regionen wie Paris sind bereits über 50 % der ÄrztInnen im Sektor 2 tätig. Um die damit verbundenen höheren Kosten zu decken, verfügen nahezu alle französischen BürgerInnen (90.5%) über eine private Zusatzversicherung (an der Heiden & IGES, 2019; Frehaut et al., 2023).

Das Gesundheitsministerium spielt eine wichtige Rolle bei diesen Verhandlungen, da die ÄrztInnenvertretungen erheblichen Einfluss ausüben. Alle Gesundheitsfachkräfte unterliegen den Bedingungen des nationalen Abkommens, es sei denn, sie entscheiden sich ausdrücklich dagegen. In diesem Fall werden ihre Konsultationsgebühren nicht erstattet. Im Jahr 2019 betraf dies weniger als 1 % aller ÄrztInnen, weniger als 0,5 % aller ZahnärztInnen und weniger als 0,1 % aller Hebammen und anderen Gesundheitsfachkräften (Or et al., 2023).

Die Vergütung von ÄrztInnen in Frankreich ist vielfältig und basiert auf verschiedenen Modellen. Neben der klassischen Vergütung einzelner Leistungen gibt es auch Pauschalvergütungen und qualitätsorientierte Vergütungen. Innovative Modelle für multiprofessionelle Gesundheitszentren und ein Fonds zur Förderung neuer Finanzierungsformen ergänzen das System. Die Grundlage für die Vergütung im ambulanten Bereich einzelner Leistungen bilden wie schon erwähnt die Verzeichnisse NGAP und CCAM. Die Tarife für diese Leistungen werden zwischen Krankenkassen und ÄrztInnen ausgehandelt und regelmäßig angepasst (L'assurance Maladie, 2024).

2009 führte die gesetzliche Krankenversicherung einen Pay-for-Quality-Vertrag (P4Q) ein, bekannt als Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), um die klinische Qualität der Versorgung zu verbessern und Prävention sowie die Verschreibung von Generika zu fördern. Der Vertragsabschluss war für HausärztInnen zunächst freiwillig. 2011 wurde die Bestimmungen aber in den nationalen Kollektivvertrag übernommen, wodurch festgelegt wurde, dass die

Vergütung von HausärztInnen an ihre Leistung gekoppelt werden kann (Bousquet et al., 2014; Or et al., 2023).

Um den Übergang zu besserer Integration und Koordination der Versorgung zu fördern, wurde seit 2010 ein anderes Vergütungsmodell (*Expérimentation des nouveaux modes de rémunération*, ENMR) getestet, welches Zusatzzahlungen für MSPs vorsieht. Diese Zahlung, eine Pauschale pro PatientIn, wird an die MSP gezahlt, die sich im Gegenzug zur Koordination der Versorgung und zur interprofessionellen Zusammenarbeit (mit einem Gesundheitsprojekt, das alle Fachkräfte einbezieht, Skill-Mix-Protokolle usw.) sowie zur Verbesserung der Zugänglichkeit (z.B., längere Öffnungszeiten) und der Qualität der Versorgung (Befolgung klinischer Empfehlungen, bessere PatientInneninformation usw.) verpflichtet. Diese zusätzlichen Zahlungen wurden zunächst in einigen Praxen erprobt und ab 2015 auf freiwilliger Basis für alle MSPs generalisiert. Im Jahr 2020 waren 1.612 MSPs registriert (1.300 neue MSPs seit 2008) und mehr als 50 % von ihnen profitierten von den zusätzlichen Zahlungen (Cassou et al., 2021). Während der Covid-19-Krise zeigten Gesundheitsfachkräfte, die in Gruppenpraxen arbeiteten, eine höhere Widerstandsfähigkeit bei der Sicherstellung der Versorgungskontinuität, mit höheren Raten an Fernkonsultationen und PatientInnenbetreuungsverfahren als traditionelle Einzelpraxen (Cassou et al., 2021; Mousquès & Daniel, 2015; Or et al., 2023; Zaytseva et al., 2021).

2012 wurde das P4Q-Programm CAPI in Bezahlung nach öffentlichen Gesundheitszielen (*Rémunération sur objectifs de santé publique*, ROSP) umbenannt und auf FachärztInnen ausgeweitet. Einige Ziele, wie die Organisation der Praxis und elektronische PatientInnenakten, sind für alle ÄrztInnen relevant, während andere nur für HausärztInnen gelten. ÄrztInnen können sich von diesem Programm abmelden, indem sie innerhalb von drei Monaten nach der Annahme des nationalen Kollektivvertrags einen schriftlichen Antrag an ihre örtliche Krankenkasse stellen (Or et al., 2023; UNOCAM et al., 2016).

2020 berichtete die SHI, dass etwa 74.000 ÄrztInnen (davon mehr als zwei Drittel HausärztInnen) eine Leistungsvergütung von durchschnittlich etwa 3.700 Euro im Jahr erhalten hatten (durchschnittlich etwa 5.000 Euro für HausärztInnen). Es wird geschätzt, dass P4Q 2017 etwa 13 % der Vergütung von HausärztInnen ausmachte, verglichen mit 6 % im Jahr 2008. Allerdings wurde der Einfluss dieser zusätzlichen Zahlungen auf die Versorgungsqualität bisher nicht evaluiert, und die Fortschritte in Bezug auf Prävention und Effizienz der Arzneimittelverschreibung bleiben bescheiden (Or et al., 2023).

Seit 2018 sollen lokale Experimente neue Wege der Versorgung und Finanzierung ermöglichen. Dabei können bestehende Vorschriften vorübergehend außer Kraft gesetzt werden, um innovative Modelle zu testen. Eines dieser Modelle sieht vor, multiprofessionelle Teams mit einer festen jährlichen Zahlung pro PatientIn zu vergüten, unabhängig von der Anzahl der erbrachten Leistungen (Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2024; Or et al., 2023).

Seit 2009 wurden mehrere Änderungen in den Bezahlungsmodalitäten vorgenommen, um interprofessionelle Zusammenarbeit und Versorgungsqualität zu fördern. Dies führte u.A. zu einem Anstieg der Versorgung im Rahmen von Gesundheitszentren und Gruppen- statt Einzelpraxen und einem sukzessiven Rückgang der Bezahlung auf FFS-Basis (Einzelleistungsvergütung), beispielsweise arbeiten HausärztInnen auch zunehmend in Gesundheitszentren auf Gehaltsbasis. 2021 waren 19 % der HausärztInnen in Krankenhäusern und 16 % in anderen Gesundheitseinrichtungen wie medizinischen Zentren oder Pflegeheimen für ältere und behinderte Menschen angestellt (DREES, 2021; Or et al., 2023).

Die Bemühungen um ein Bezahlssystem mit verbesserter Anreizstruktur laufen weiter, erst Mitte 2024 wurde ein neuer Convention Médicale für den Zeitraum 2024-2029 abgeschlossen, der angeblich „eine neue Ära in der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Krankenversicherung markiert“ (Groupe Pasteur Mutualité, 2024). Allerdings wurde der Einfluss solcher Maßnahmen auf die Versorgungsqualität wenig evaluiert (Or et al., 2023).

Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM)

Mit Kostendämpfungsabsicht wurde für ÄrztInnen in Sektor 2 im Jahr 2017 die Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) eingeführt. OPTAM oder OPTAM-CO beschreibt eine kontrollierte Preisvereinbarung zwischen der französischen Krankenversicherung und den ÄrztInnen im Sektor 2 mit dem Ziel die von ÄrztInnen über den vereinbarten Tarif erhobenen Zusatzgebühren zu begrenzen. Die unterzeichnenden ÄrztInnen aus Sektor 2 verpflichten sich, ihre Honorare auf dem Niveau der letzten drei Jahre zu halten und dürfen keine Honorare berechnen, die das Doppelte der gesetzlich festgelegten Tarife (Sektor 1 Tarife) übersteigen. Zudem müssen sie einen bestimmten Anteil ihrer Leistungen zu den Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Als Gegenleistung erhalten sie einen zusätzlichen finanziellen Anreiz, der sich an dem Umfang ihrer konform erbrachten Leistungen orientiert (Groupe Pasteur Mutualité, 2024; L'Assurance Maladie, 2024b).

ÄrztInnen, die an OPTAM teilnehmen, genießen eine erhöhte Flexibilität bei der Preisgestaltung ihrer Behandlungen. Sie konnten die Höhe ihrer Behandlungspreise

innerhalb der von der nationalen Gesundheitsversicherung vorgegebenen Durchschnittswerte anpassen. Zusätzlich kann die Senkung der Eigenbeteiligungen der PatientInnen zu einer gesteigerten Nachfrage nach ihren Leistungen führen. Ein weiterer Vorteil ist das Bonussystem, das an die Höhe der regulären Honorare gekoppelt ist. Je höher das reguläre Honorar der ÄrztInnen ist, desto höher fällt auch der Bonus aus (Kingsada, 2024).

Beispiel OPTAM-Bonus

Am Beispiel eines Chirurgen lässt sich dies verdeutlichen: Bei einem Gesamthonorar von 230.000 €, davon sind 140.000 € Sektor 1 - Honorar, ergäbe sich bei einem Satz von 7,2 % für ChirurgInnen ein OPTAM-Bonus von 10.080 € ($140.000 \times 0,072$), was nahezu 5 % des Gesamthonorars entspricht (Kingsada, 2024).

OPTAM-ÄrztInnen verpflichten sich, ihren PatientInnen maximal das doppelte des „normalen“ Tarifs zu verrechnen, und im Gegenzug wird bis zu dieser Höhe eine Kostenerstattung in Höhe von 70% gewährt, statt nur bis zum „normalen“ Tarif. Zuvor war die OPTAM-Grenze beim drei- bis vierfachen des üblichen Tarifs; insofern spiegelt diese Regelung ein Kostendämpfungsbestreben wider. Mit der neuen Vereinbarung sollen 5 % mehr ÄrztInnen pro Jahr OPTAM beitreten (Kingsada, 2024).

Beispiel Rückerstattung für PatientInnen bei Sektor 2 ÄrztInnen mit und ohne OPTAM

Eine ärztliche Konsultation hat einen Sektor 1 - Tarif von 25 Euro. Die/der ÄrztIn verlangt 50 Euro.

- Ohne OPTAM: PatientIn bekommt nur 70 % von 25 Euro durch die Krankenkasse erstattet, also 17,50 Euro und hat 32,50 Euro Selbstbehalt.
- Mit OPTAM: PatientIn bekommt 70 % des Sektor 2 -Tarifs erstattet, also 35 Euro und hat 15 Euro Selbstbehalt.

Convention Médicale 2024-2029

Im Juni 2024 wurde die Convention Médicale 2024-2029 von UNCAM, UNOCAM und fünf der sechs Gewerkschaften für freiberufliche ÄrztInnen (MG France, Avenir-Spé Le Bloc, CSMF, FMF und SML) unterzeichnet (L'Assurance Maladie, 2024c). Ein

zentraler Punkt der neuen Vereinbarung ist die Stärkung der Rolle der HausärztInnen als Erstkontakt für PatientInnen. Durch finanzielle Anreize soll die Niederlassung von ÄrztInnen in unterversorgten Regionen gefördert werden, um eine gleichmäßigere Verteilung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Parallel dazu werden Maßnahmen zur Prävention von Krankheiten verstärkt, indem ÄrztInnen für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen belohnt werden (Groupe Pasteur Mutualité, 2024).

Mit Wirkung zum 22. Dezember 2024 treten mehrere Tarifierungen in Kraft. Besonders hervorzuheben ist die Erhöhung des Tarifs für die Konsultation bei AllgemeinmedizinerInnen auf 30 Euro (L'Assurance Maladie, 2024f). Bis 2025 soll es auch eine Erhöhung der Konsultationsgebühr für FachärztInnen geben sowie für telemedizinische Auskünfte. Zudem werden längere Konsultationen für PatientInnen mit speziellen Erkrankungen implementiert. Neue Anreize werden geschaffen, wie ein Bonus für Versorgungszentren oder MedizinerInnen, welche in ruralen Gebieten praktizieren. Weiteres sollen auch kollektive Vergütungsmodelle für GP - Gruppenpraxen mit nicht-ärztlichen Pflegekräften eingeführt werden. Um die Attraktivität medizinischer Fachbereiche mit hohem technischem Anteil zu steigern, wird der Wert technischer Handlungen in CCAM erhöht. Dabei wird der Punktwert angepasst. Ab dem 1. Januar 2025 steigt der Wert auf 0,455 Euro pro Punkt und ab dem 1. Juli 2025 sogar auf 0,47 Euro (L'Assurance Maladie, 2024e).

Die neue Konvention stößt in den meisten ÄrztInnenverbänden auf positive Resonanz. Sie sehen in ihr einen wichtigen Schritt zur Modernisierung des Gesundheitswesens. KritikerInnen bemängeln jedoch, dass die Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des ÄrztInnenberufs noch nicht ausreichend seien. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die neuen Regelungen die gesteckten Ziele erreichen werden. Die kommenden Jahre werden zeigen, ob die Convention Médicale 2024-2029 tatsächlich zu einer nachhaltigen Verbesserung der medizinischen Versorgung in Frankreich führt (Groupe Pasteur Mutualité, 2024).

6.4.3 Herausforderungen

Trotz regelmäßiger Verhandlungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den ÄrztInnen in Frankreich ist es nicht gelungen, eine einheitliche und für alle PatientInnen zugängliche medizinische Versorgung sicherzustellen. Die Convention Médicale, die als Gebührenordnung für den Grundversorgungssektor dient, kann die wachsenden Preisunterschiede zwischen den verschiedenen Sektoren nicht verhindern. Dadurch entstehen für PatientInnen immer größere Hürden im Zugang zur medizinischen Versorgung, wie beispielsweise längere Wartezeiten und hohe Zuzahlungen (Brunn & Hassenteufel, 2018; Neubauer et al., 2021).

7 Dänemark

7.1 Das dänische Gesundheitssystem

In staatlichen dänischen Gesundheitswesen können die BürgerInnen aus zwei öffentlichen Versicherungsmöglichkeiten wählen. Praktisch die gesamte dänische Bevölkerung (98 %) wählt die Deckung der Gruppe 1, bei der HausärztInnen als Gatekeeper fungieren und PatientInnen eine Überweisung an FachärztInnen benötigen. Die verbleibenden 2 % der DänInnen wählen die Deckung der Gruppe 2, die Zugang zu FachärztInnen ohne Überweisung ermöglicht, obwohl Zuzahlungen gelten. Bei beiden Versicherungsoptionen ist für den Zugang zu Krankenhäusern eine Überweisung erforderlich (Tikkanen et al., 2020b).

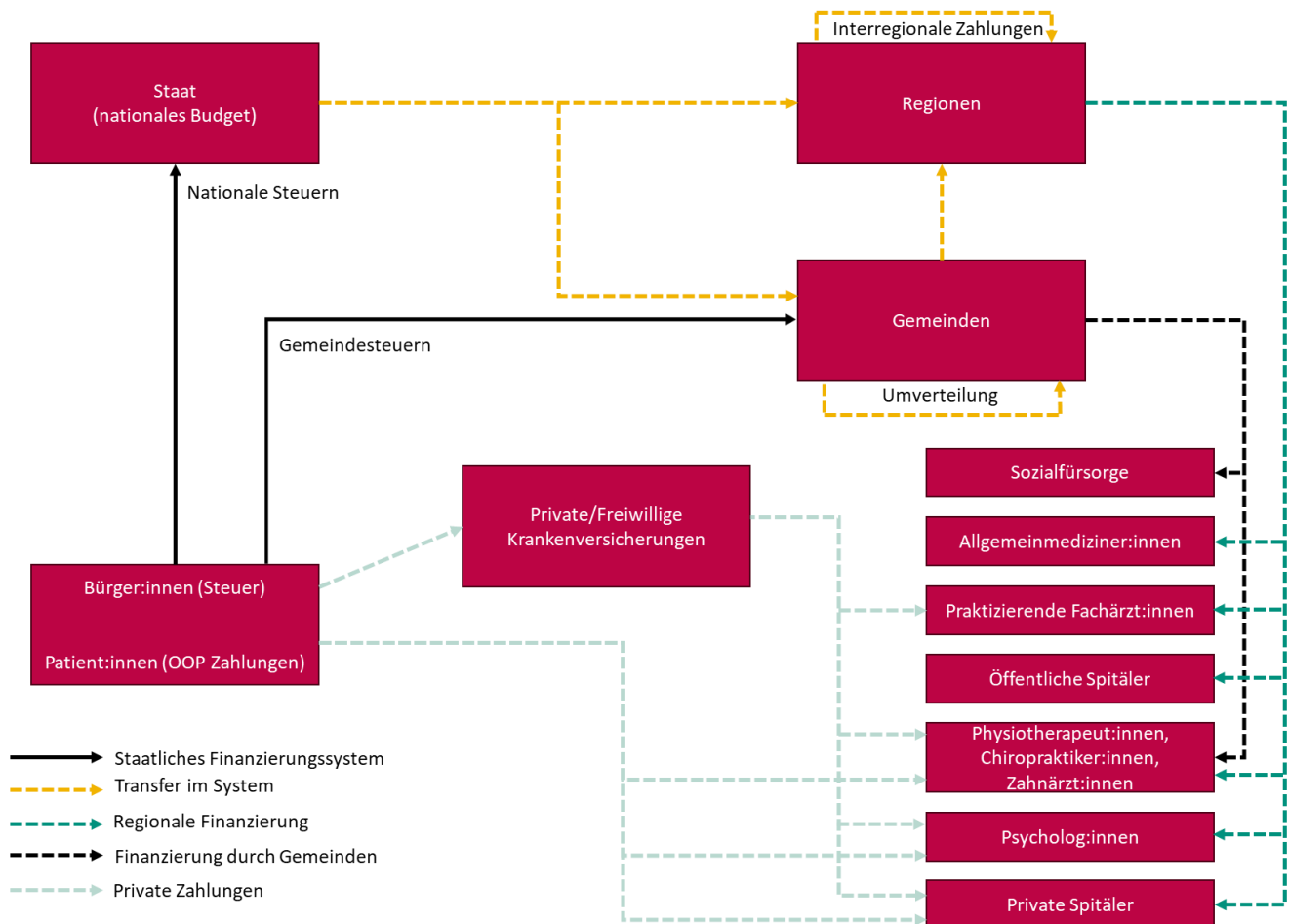
Ambulante spezialisierte Behandlungen werden hauptsächlich - ähnlich zu Österreich - in zwei Settings angeboten: in krankenhouseigenen Ambulanzen und in privaten Praxen selbstständiger FachärztInnen. Diese privaten ÄrztInnen können neben ihrer Tätigkeit in privaten Praxen auch im Krankenhaus arbeiten (Tikkanen et al., 2020b).

7.2 Finanzierung des Gesundheitssystems

Die Finanzierung der regionalen Gesundheitsversorgung setzt sich zusammen aus einem Großteil staatlicher Mittel (ungefähr 80 % der Gesamtausgaben) und einem kleineren, leistungsabhängigen Anteil und Beiträgen der Gemeinden. Dieser leistungsbezogene finanzielle Anreiz (Proximity Funding) wird an Regionen verteilt, die erfolgreich darin sind, die Zahl der Krankenhausaufenthalte zu senken und die Qualität der Versorgung zu steigern. Sie erhalten zusätzliche Finanzmittel. Ziel ist es, den Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung zu fördern und die digitale Gesundheitsversorgung auszubauen. Die genaue Aufteilung der staatlichen Mittel richtet sich nach soziodemografischen Kriterien (Birk et al., 2024; Ministry of Foreign Affairs Of Denmark et al., 2022).

Das dänische Steuersystem basiert in erster Linie auf einer progressiven Einkommensteuer, die sowohl auf Löhne als auch auf andere Einkunftsarten wie Unternehmensgewinne erhoben wird. Zusätzlich spielen allgemeine Verbrauchsteuern (wie die Mehrwertsteuer) eine bedeutende Rolle für das Steueraufkommen. Zweckgebundene Steuern für das Gesundheitswesen gibt es in Dänemark nicht. Die Gemeinden finanzieren sich über einen Anteil an der Einkommensteuer, eine Grundsteuer und staatliche Zuschüsse. Obwohl die Gemeinden theoretisch ihre Steuersätze selbst festlegen, erfolgt dies in der Praxis innerhalb von staatlich vorgegebenen Rahmenbedingungen (Birk et al., 2024).

Finanzströme im dänischen Gesundheitssystem



IHS nach Birk et al., 2024

Die Regionen übernehmen die Finanzierung und Steuerung eines Großteils der ambulanten Gesundheitsversorgung. Dazu gehören die Sekundärversorgung, die Schwangerenvorsorge, die gemeindepsychiatrische Versorgung sowie die Verträge mit HausärztInnen, FachärztInnen und anderen LeistungserbringerInnen, welche die Leistungen ohne Überweisung erbringen können. Die Regionen regulieren die Anzahl der zugelassenen Haus- und FachärztInnen und sind für die Erstattung von Arzneimitteln zuständig. Gemeinden finanzieren und organisieren u.a. folgende Gesundheitsleistungen: Langzeitpflege, häusliche Krankenpflege, Gesundheitsvorsorge und Präventionsmaßnahmen (Birk et al., 2024).

7.3 Entscheidung über die Aufnahme in die Erstattung

Das dänische Gesundheitssystem gewährt eine Vielfalt an Leistungen, die im Gesundheitsgesetz von 2007 erfasst sind. Allerdings gibt es in Dänemark keinen umfassenden gesetzlichen Katalog, der festlegt, welche medizinischen Leistungen im staatlich gesetzlichen Katalog übernehmen werden müssen. Neue Behandlungsmethoden können von den Kliniken eingeführt werden, sofern sie finanziell tragbar sind und nicht im Widerspruch zur nationalen Fachplanung stehen. Die Entscheidung über die Aufnahme neuer Interventionen ist jedoch wenig transparent (Birk et al., 2024).

Die einzelnen Regionen haben bei der Entscheidung, welche Behandlungen angeboten werden einen großen Spielraum. Voraussetzung ist jedoch, dass die Wirksamkeit dieser Behandlungen wissenschaftlich nachgewiesen ist. Jene Entscheidungen über Versorgungsniveaus und neue medizinische Behandlungen werden von den fünf Regionen innerhalb eines Rahmens aus nationalen Gesetzen, Vereinbarungen, Leitlinien und Standards getroffen. Um die Regionen bei diesen Entscheidungen zu unterstützen, gibt es auf nationaler Ebene Leitlinien und Räte, die neue Behandlungsmethoden bewerten. In der Praxis werden die meisten evidenzbasierten Behandlungen abgedeckt (Birk et al., 2024; Tikkanen et al., 2020b).

Gesundheitsversorgungsverträge

Um eine bessere Koordinierung der Gesundheitsversorgung sicherzustellen, müssen in Dänemark seit 2007 regelmäßig Gesundheitsversorgungsverträge zwischen Regionen und Gemeinden geschlossen werden. Diese Verträge regeln unter anderem die Zusammenarbeit bei Behandlungen, den Austausch von Ressourcen und die Überweisung von PatientInnen. Obwohl die Verträge von der dänischen Gesundheitsbehörde genehmigt werden müssen, sind sie nicht rechtlich bindend. Regionale Ausschüsse, in denen verschiedene Akteure vertreten sind, sind für die Umsetzung der Verträge zuständig (Birk et al., 2024; Strandberg-Larsen et al., 2007).

In Dänemark haben diese Gesundheitsverträge zwischen Regionen und Gemeinden zu einer signifikanten Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und HausärztInnen geführt. Ein zentraler Bestandteil dieses Systems sind die Kontakt-HausärztInnen, die von den Krankenhäusern beauftragt und bezahlt werden, die Zusammenarbeit zu

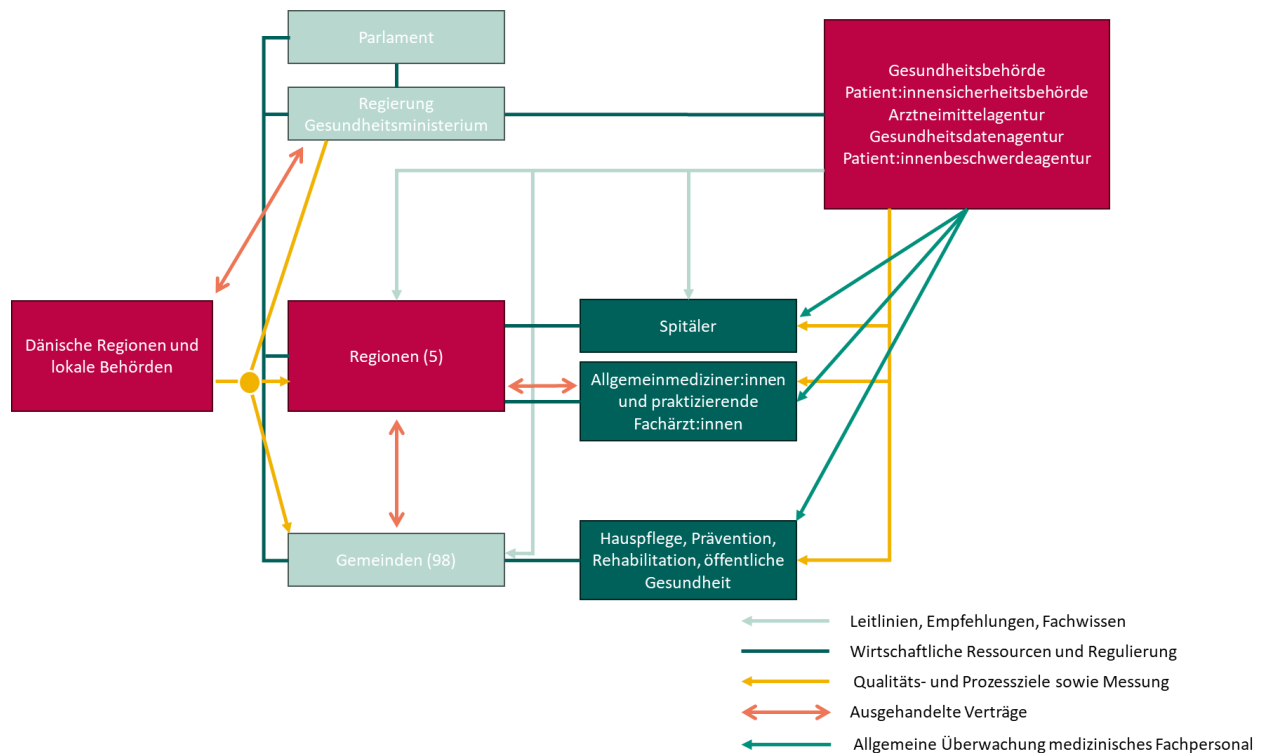
intensivieren. Es gibt auch kollaborierende HausärztInnen; sie übernehmen koordinierende Aufgaben und erleichtern die Kommunikation zwischen Krankenhaus und GPs. Zudem ermöglichen lokale Vereinbarungen eine flexible Anpassung an die individuellen Bedürfnisse vor Ort. Das System funktioniert laut InterviewpartnerIn sehr gut, da GPs die Koordinationsrolle übernehmen und somit die Akzeptanz bei anderen GPs erhöht wurde (Interview DK_I1).

Das Fehlen eines expliziten Leistungskatalogs im dänischen Gesundheitswesen ist das Ergebnis eines Abwägens zwischen Flexibilität und Versorgungssicherheit. Einerseits könnte ein solcher Katalog die Einführung neuer Behandlungsmethoden behindern und die Verhandlungen zwischen den Akteuren erschweren. Andererseits besteht die Gefahr, dass ohne klare Vorgaben die Versorgungsqualität zwischen den Regionen variiert. Um diesen Konflikt zu lösen, haben sich in der Praxis Mechanismen entwickelt, die zu einer weitgehenden Standardisierung der Leistungen führen. So üben sowohl PatientInnen als auch PolitikerInnen Druck auf die Regionen aus, ein einheitliches Angebot zu gewährleisten (Birk et al., 2024).

7.3.1 Mitwirkende Institutionen bei der Entscheidungsfindung

Die Vereinigung der Dänischen Regionen (Danske Regioner) und die lokalen Regierungen Dänemarks verhandeln im Namen der Regionen und Gemeinden Vereinbarungen und beteiligen sich an der Überwachung vereinbarter Leistungsziele (Tikkanen et al., 2020b).

Abbildung 15: Organisation des dänischen Gesundheitssystems



(IHS nach Tikkanen et al., 2020b zit. nach Vrangbæk, 2019)

Die dänische Gesundheitsbehörde (Sundhedsstyrelsen)

Die übergeordnete Steuerung des dänischen Gesundheitswesens, einschließlich der Kostenkontrolle, liegt in den Händen des Parlaments, des Gesundheitsministeriums und vier weiterer staatlicher Behörden. Die Gesundheitsbehörde, welche dem Gesundheitsministerium untergeordnet ist, spielt hierbei die zentrale Rolle. Sie berät nicht nur die Regierung, sondern auch Regionen und Gemeinden in allen Belangen der Gesundheit und Prävention. So ist sie zuständig für die allgemeine Qualitätsüberwachung, Planung der spezialisierten Krankenhausversorgung und Festlegung der Ausbildungsstandards für medizinisches Fachpersonal. Hierbei arbeitet sie eng mit den entsprechenden Fachverbänden zusammen (Birk et al., 2024; Danish Health Authority, 2020; Tikkanen et al., 2020b).

Die Entscheidung über die Aufnahme neuer medizinischer Verfahren in den Leistungskatalog des öffentlichen Gesundheitswesens und Krankenhaus obliegt im Allgemeinen dieser Gesundheitsbehörde. Anders jedoch gestaltet sich die Situation bei FachärztInnen und HausärztInnen. Hier werden die erbringbaren Leistungen in Verhandlungen zwischen den jeweiligen ÄrztInnenorganisationen (PLO oder FAS) und Danske Regioner ausgehandelt. Die Gesundheitsbehörde kann diesen Prozess

zwar beratend unterstützen, die finale Entscheidung über die zu leistenden Leistungen liegt jedoch bei den VerhandlungspartnerInnen (Interview DK_I1).

Die dänische Gesundheitsbehörde hat neue Richtlinien für Gesundheitsvereinbarungen (2024-2027) entwickelt. Regionen und Kommunen sind nun verpflichtet, gemeinsame und verbindliche Ziele zu definieren, die sich an den übergeordneten nationalen Gesundheitszielen orientieren. Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, müssen die Ziele und Maßnahmen auf Basis von Bevölkerungsdaten festgelegt werden. Dieser datengetriebene Ansatz soll eine gezielte Prävention ermöglichen und eine engere Zusammenarbeit zwischen den Regionen und Kommunen fördern (Sundhedsstyrelsen, 2024).

Die Richtlinien werden durch Gesundheitscluster ergänzt. Um die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern, wurden in Dänemark ab Juli 2022 22 Gesundheitscluster eingerichtet. Diese interdisziplinären Netzwerke, bestehend aus VertreterInnen von Krankenhäusern, mehreren Gemeinden und den dort praktizierenden AllgemeinmedizinerInnen, haben das Ziel, die Zusammenarbeit zu fördern und die Versorgungsketten zu optimieren. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Stärkung der lokalen Gesundheitsversorgung und der Verbesserung der Behandlungspfade für die PatientInnen. Sie bestehen aus einer politischen Ebene, die für die notwendigen Rahmenbedingungen sorgt, und einer fachlich-strategischen Ebene, die konkrete Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität, Kohärenz und Zugänglichkeit der Versorgung umsetzt. Hierbei spielen Initiativen aus dem nationalen Qualitätsplan eine zentrale Rolle (Birk et al., 2024; Interview DK_I1; Regeringen et al., 2021; Sundhedsstyrelsen, 2024).

Im Rahmen einer Reform werden diese Cluster zu 17 Gesundheitsräten bis 2027 umstrukturiert, ohne ihre geografische Ausdehnung groß zu verändern. Gesundheitsräte sollen die Entscheidungsfindung an die Bevölkerung näherbringen und eine bessere Anpassung der Gesundheitsversorgung an die lokalen Bedürfnisse ermöglichen (Interview DK_I1).

Der nationale Qualitätsplan

Das nationale Qualitätsprogramm ruht auf drei Säulen: den acht nationalen Gesundheitszielen, den Lern- und Qualitätsteams sowie einem nationalen Führungsprogramm. Die acht nationalen Gesundheitsziele geben die Richtung vor, während Lern- und Qualitätsteams vor Ort für die Umsetzung verantwortlich sind. Ein nationales Führungsprogramm sorgt für die notwendige Qualifizierung der Führungskräfte. Durch die Einbindung von

PatientInnen und den Einsatz von Daten soll eine kontinuierliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung erreicht werden (Danske Regioner, o. J.-a).

Die acht nationalen Gesundheitszielen umfassen die Optimierung von Behandlungspfaden, eine bessere Versorgung chronisch kranker und älterer Menschen, die Erhöhung der Überlebensraten und die Gewährleistung einer sicheren und qualitativ hochwertigen Behandlung. Zudem sollen PatientInnen stärker in die Versorgung einbezogen werden und die Versorgungsgerechtigkeit erhöht werden. Die Effizienz der Gesundheitsversorgung soll durch eine kürzere Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern und eine höhere Produktivität gesteigert werden. Die Fortschritte werden anhand einer Vielzahl von Indikatoren gemessen, die beispielsweise Wartezeiten, Krankenhausaufenthalte, PatientInnenzufriedenheit und Überlebensraten umfassen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet et al., 2023)

Die dänische Gesundheitsbehörde genehmigt Gesundheitsvereinbarungen nur, wenn diese den Leitlinien zu Gesundheitskooperationsausschüssen und Gesundheitsvereinbarungen entsprechen. Gesundheitsvereinbarungen sind vier Jahre gültig. Zwischenberichte sind nach zwei Jahren vom Gesundheitskooperationsausschuss der dänischen Gesundheitsbehörde und abschließende Berichte sechs Monate vor Ablauf einzureichen (Sundhedsstyrelsen, 2024).

Danske Regioner

Danske Regioner (Dänische Regionen) ist eine Interessenvertretung, welche die gemeinsamen Interessen der fünf dänischen Regionen bündelt. Die Organisation vertritt die Regionen gegenüber der nationalen Regierung, der Europäischen Union und anderen relevanten Akteuren. Zu den Aufgaben von Danske Regioner gehören die Vertretung der regionalen Interessen in den Bereichen Gesundheitswesen, Bildung, Regionalentwicklung und Finanzen, die Verhandlung der jährlichen Finanzmittel und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten der Regionen (Danske Regioner, 2024).

Behandlingsrådet

Der Behandlingsrådet (Dänischer Rat für Gesundheitstechnologie) wurde 2021 von den dänischen Regionen ins Leben gerufen, um eine objektive Grundlage für Entscheidungen über neue Gesundheitstechnologien zu schaffen. Dabei werden nicht nur medizinische Geräte, sondern auch Diagnostikverfahren, Behandlungsmethoden und organisatorische Modelle betrachtet. Der Rat bewertet umfassend, ob eine Technologie wirksam und sicher ist, rechtliche Anforderungen erfüllt, organisatorisch umsetzbar ist und sich wirtschaftlich lohnt. Auf Basis dieser Bewertungen gibt der Rat unabhängige Empfehlungen an die Regionen, um eine optimale Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten (Behandlingsrådet, 2023, 2024).

7.3.2 Definitionen der Kriterien zur Leistungsaufnahme

Es sind keine Kriterien für die Leistungsaufnahme bekannt. Der Leistungskatalog für dänischen HausärztInnen wird in einem zweijährlichen Verhandlungsprozess zwischen dem Verband der AllgemeinmedizinerInnen und dem Verband der dänischen Regionen festgelegt. Vor jeder Verhandlungsrunde bereiten beide Seiten ihre Forderungen und Vorstellungen vor. Die Nationale Medizinbehörde ist in der Regel nicht direkt in die Verhandlungen eingebunden, wird jedoch bei Bedarf konsultiert, insbesondere wenn es sich um neue oder ungewöhnliche medizinische Leistungen handelt (Interview DK_11).

7.4 Festlegung der vertragsärztlichen Tarife

Die ÄrztInnenhonorare werden zweimal jährlich verhandelt und angepasst, jeweils zum 1. April und 1. Oktober. Wird die hausärztliche Versorgung im Rahmen der mit RLTN getroffenen Vereinbarungen durchgeführt, zahlen Versicherte der Gruppe 1 keinerlei Selbstbehalte. Für Leistungen, die nicht durch den Tarifvertrag abgedeckt sind, wie beispielsweise Reiseimpfungen, wird ein privates Honorar berechnet (Lægeforeningen, 2024a).

Die Vergütung für medizinische Leistungen in Dänemark für ÄrztInnen in Praxen entsteht durch Verhandlungen. Der Lohn- und Tarifvorstand der Regionen (RLTN) und die Vereinigung der FachärztInnen (FSA) und Organisation der AllgemeinmedizinerInnen (PLO) verhandeln regelmäßig über die Höhe der Honorare für verschiedene Leistungen. Dabei spielen Zeitkalkulationen der ÄrztInnen eine Rolle, die jedoch nicht öffentlich zugänglich sind. Die genaue Auflistung der vergüteten Leistungen findet sich in einem detaillierten Leistungskatalog. Dieser soll in den nächsten Jahren vereinfacht werden, um die Anzahl der einzelnen Leistungen zu reduzieren. Obwohl die Leistungsposten vereinfacht werden sollen, bleibt das

grundlegende Vergütungssystem, das sowohl leistungsabhängige (FFS) als auch pro-Kopf-Komponenten umfasst, bestehen. Die dänische Regierung hat kürzlich bestätigt, dass diese Reformen ab 2027 umgesetzt werden sollen (Interview DK_I1).

Eine Reform des Bewertungsverfahrens für medizinische Leistungen ist nicht geplant und wird auch nicht diskutiert. Die beiden VerhandlungspartnerInnen (Danske Regioner und PLO bzw. FAS) werden zu Beginn des Verhandlungsprozesses ihre eigenen internen Berechnungen der Leistungen anstellen, welche nicht öffentlich zugänglich sind (Interview DK_I1).

7.4.1 Mitwirkende Institutionen bei der Tariffindung

Staat

Der Staat Dänemark legt gemeinsam mit den Regionen und Gemeinden die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen fest. Dabei verhandelt er direkt mit den Gemeinden über die Höhe der Steuern. Dieser finanzielle Rahmen beeinflusst unmittelbar die Möglichkeiten für ärztliche Tätigkeiten. Der Staat (also hier Gesundheit- und Finanzministerium) ist zudem an Verhandlungen zwischen Berufsverbänden und Gewerkschaften beteiligt, um Honorare, Arbeitsbedingungen und die Anzahl der privaten niedergelassenen ÄrztInnen mit regionalem Vertrag zu regeln, jedoch nur mit beratender Funktion (Birk et al., 2024; Interview DK_I1).

Probleme bei der Kostenkontrolle der niedergelassenen ÄrztInnen

Die Regionen stoßen bei der Kostenkontrolle für niedergelassene ÄrztInnen auf erhebliche Schwierigkeiten. Während sie die Budgets von Krankenhäusern einseitig anpassen können, sind sie bei ÄrztInnen auf eine gemeinsame Übereinkunft angewiesen, um die finanziellen Rahmenbedingungen zu verändern. Zudem sind aufgrund der leistungsabhängigen Vergütung die Kosten für ärztliche Leistungen stark an das Behandlungsvolumen gebunden. Schon kleine Änderungen in der ärztlichen Tätigkeit können zu erheblichen Budgetschwankungen führen.

HausärztInnen behandeln 90 % aller PatientInnenkontakte auf der Ebene der Primärversorgung. Die Sekundär- und Tertiärversorgung findet zum größten Teil in öffentlichen Krankenhäusern statt, die von den Regionen betrieben werden. Die Sekundärversorgung wird auch von privat praktizierenden FachärztInnen angeboten, die selbstständig sind, aber mit den Regionen kollektive Vergütungsvereinbarungen ausgehandelt haben (Birk et al., 2024).

In der Solopraxis ist man für Finanzen und Praxisablauf selbst verantwortlich. Eine Gruppenpraxis kann von mehreren GPs oder einer allgemeinmedizinischen Gesellschaft geführt werden. Das Eigentum einer Gruppenpraxis kann persönlich, als auch über eine Gesellschaft erfolgen. Ein Gesellschaftsvertrag regelt in jedem Fall die Zusammenarbeit der GPs (Lægeforeningen, 2023).

Es gibt unterschiedliche Arten der Gruppenpraxis in Dänemark. In einer Kollaboration - Gemeinschaftspraxis (samarbejdspraksis) betreut jede Ärztin/jeder Arzt die eigenen PatientInnen und führt die Abrechnung selbstständig durch. Gemeinsam nutzen und finanzieren sie Praxisräume, medizinische Geräte und oft auch Personal. Die Zusammenarbeit wird in einem Vertrag geregelt. In einer teilenden Gemeinschaftspraxis (delepraksis) können ÄrztInnen zusammenarbeiten, auch wenn die Gesamtzahl der PatientInnen nicht die maximale Auslastung aller ÄrztInnen erfordert. Dies eröffnet jungen ÄrztInnen die Chance, in einer bestehenden Praxis Erfahrungen zu sammeln und von KollegInnen zu lernen, ohne von Anfang an eine volle PatientInnenlast tragen zu müssen. Eine Vertragsklinik (licensklinik) ist eine Klinik, die von einer Region an ÄrztInnen vermietet wird. Die Ärztin/der Arzt übernimmt den Betrieb und zahlt dafür eine Gebühr. Später kann er die Klinik gegebenenfalls kaufen. Dies soll vor allem junge ÄrztInnen ansprechen, die sich selbstständig machen möchten, aber noch keine eigenen Klinik öffnen wollen (Lægeforeningen, 2023).

Rund 90 % der Bevölkerung suchen jährlich eine/n HausärztIn auf. Eine Veränderung ihres Behandlungsverhaltens, beispielsweise durch eine erhöhte Überweisungsrate an Krankenhäuser, hat unmittelbare Auswirkungen auf die Auslastung der Krankenhäuser und damit auf die Gesamtkosten des Gesundheitssystems. Letztlich fördern Staat und Regionen aktiv die Einstellung von zusätzlichem Hilfspersonal durch HausärztInnen. Ziel ist es, die MedizinerInnen von Routineaufgaben zu entlasten und ihnen mehr Zeit für ihre ärztlichen Kernaufgaben zu verschaffen (Birk et al., 2024; Interview DK_I1).

RLTN (Regionernes Lønnings- og Takstnævn)

Der RLTN (Lohn- und Tarifvorstand der Regionen) hat die Aufgabe, die Löhne und Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in den Regionen zu vereinbaren. Dazu

gehören auch die Verhandlungen und der Abschluss von Tarifverträgen für den Praxisbereich. Der Vorstand delegiert die Verhandlungsführung an einzelne Vorstandsmitglieder oder das Sekretariat. Die Verhandlungsziele und -strategien werden jedoch vom Vorstand festgelegt und die erzielten Ergebnisse bedürfen seiner Zustimmung (The Regions' Wage and Tariff Board, 2024).

Der RLTN besteht aus VertreterInnen verschiedener Interessengruppen: den fünf Regionen, Kommunernes Landsforening, dem Finanzministerium und dem Gesundheitsministerium. Die Löhne der Gesundheitsberufe werden auf der Grundlage der geleisteten Arbeitsstunden berechnet, mit Zuschlägen für Überstunden. Die Vergütung der einzelnen Gesundheitsfachkräfte ist daher unabhängig von der klinischen Leistung, der Qualität und dem Serviceniveau der jeweiligen Abteilung oder des Krankenhauses (Birk et al., 2024).

Über die im Tarifvertrag festgelegten, von den Regionen finanzierten Gesundheitsleistungen hinaus, besteht für niedergelassene ÄrztInnen die Möglichkeit, ihren PatientInnen ein breiteres Spektrum an medizinischen Dienstleistungen anzubieten. Diese sogenannten Zusatzleistungen gehen jedoch zu Lasten der PatientInnen, da sie von den Regionen nicht erstattet werden. Die genaue Aufteilung der Kosten zwischen PatientInnen und Regionen ist im Gesundheitsgesetz geregelt (Danske Regioner, o. J.-b).

Die Regionen, mit vom Staat erhobenen Steuern, bezahlen dann die niedergelassenen ÄrztInnen (Birk et al., 2024)

LF (Lægeforeningen)

Die Lægeforeningen (Dänische ÄrztInnenkammer) vertritt die beruflichen Interessen der ÄrztInnen in Dänemark. Sie setzt sich für eine hohe Qualität in der medizinischen Versorgung ein und fördert die Fort- und Weiterbildung der ÄrztInnen. Die LF ist der Dachverband der ÄrztInnenverbände jungen ÄrztInnen (YL), Vereinigung der FachärztInnen (FAS) und Organisation der AllgemeinmedizinerInnen (PLO). Mit rund 35.803 Mitgliedern (Stand 2024) ist sie die größte Berufsvertretung der ÄrztInnen in Dänemark (Lægeforeningen, 2024d).

Die PLO vertritt die Interessen von HausärztInnen. Dazu zählen sowohl ÄrztInnen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung tätig sind, als auch diejenigen, die in anderen Bereichen der Allgemeinmedizin arbeiten, wie beispielsweise in Pflegeheimen. Die FAS vertritt die Interessen von ÄrztInnen mit einer abgeschlossenen FachärztInnenausbildung. Dazu zählen sowohl leitende KrankenhausärztInnen als auch FachärztInnen in eigener Praxis. Unter dem Dach des FAS gibt es 24 spezialisierte FachärztInnenvereinigungen (Lægeforeningen, o. J.).

Die Höhe der Vergütung für ÄrztInnen wird in Dänemark durch Verhandlungen zwischen dem Rat der Regionen für Löhne und Tarife (RLTN) und den Unterorganisationen der LF festgelegt. Die Vereinbarungen legen fest, wie die Bezahlung für verschiedene Dienstleistungen erfolgt, wie z.B. Konsultationen, Hausbesuche, Präventionsprogramme und andere ärztliche Leistungen (Lægeforeningen, 2024c, 2024b).

7.4.2 Vergütung der ÄrztInnen

Die Verhandlungen über die Vergütung von ÄrztInnen in Dänemark finden zentral auf nationaler Ebene statt. Obwohl die Regionen formal die Verhandlungen führen, gibt es keine weiteren regionalen Verhandlungsebenen. Lokale Anpassungen sind zwar möglich, betreffen jedoch nicht den grundlegende Leistungskatalog (Birk et al., 2024; Interview DK_I1; Tikkanen et al., 2020b).

Die Vergütung der AllgemeinmedizinerInnen in Dänemark wird durch einen Tarifvertrag zwischen dem Verband der AllgemeinmedizinerInnen (PLO) und der Vereinigung der Dänischen Regionen bzw. dem RLTN geregelt. Dieser Vertrag wird regelmäßig alle zwei Jahre angepasst und legt die Vergütung für verschiedene medizinische Leistungen fest. Somit erzielen HausärztInnen den überwiegenden Teil ihres Einkommens aus der Region, in der sie tätig sind. Dieses setzt sich aus einer Kombination von festen Grundvergütungen (Kopfpauschalen; machen ca. ein Drittel der Vergütung aus) und leistungsabhängigen Zahlungen (z.B. pro Konsultation, Untersuchung, Hausbesuch etc.) zusammen. Nur ein kleiner Teil des Einkommens stammt aus direkt von den PatientInnen bezahlten Leistungen. Die HausärztInnen sind selbst für die Praxiskosten verantwortlich, einschließlich der Kosten für Gebäude (gemietet oder im Besitz) und Personal. Die Liste an medizinischen Leistungen, die im Rahmen dieses Vertrags ausgehandelt wird, ist sehr detailliert (Birk et al., 2024; Interview DK_I1; Tikkanen et al., 2020b).

Um als HausarztIn tätig werden zu können, ist in Dänemark eine von der jeweiligen Region vergebene AnbieterInnennummer zwingend erforderlich. Diese Nummer ist gleichbedeutend mit einer Zulassung zur Abrechnung medizinischer Leistungen bei den regionalen KostenträgerInnen. Durch die Vergabe dieser Nummern regulieren die Regionen indirekt die Anzahl der HausärztInnen. Beim Verkauf einer Praxis wird auch die AnbieterInnennummer übertragen, was einen erheblichen Einfluss auf den Verkaufspreis hat. Dieser wird anhand der Anzahl an PatientInnen und dem sozioökonomischen PatientInnenpool berechnet. In Zukunft soll die Bewertung der Praxis nicht mehr nur an der reinen PatientInnenzahl orientiert sein, sondern auch sozioökonomische Aspekte berücksichtigen. So soll das Alter der PatientInnen stärker gewichtet werden. Die durchschnittliche HausärztInnenpraxis betreut etwa

1.600 PatientInnen. Bemerkenswert ist, dass die Hälfte aller HausärztInnen in Gemeinschaftspraxen tätig ist, in denen in der Regel fünf ÄrztInnen zusammenarbeiten (Interview DK_I1). Die Regionen vergeben eine bedarfsorientierte Anzahl an niedergelassenen ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen. Durchschnittlich gab es 2022 60 AllgemeinmedizinerInnen pro 100.000 EinwohnerInnen (Birk et al., 2024).

Die Vergütung für dänische HausärztInnen ist vergleichsweise hoch und liegt im Durchschnitt bei mindestens 1,2 Millionen Dänischen Kronen jährlich (ca. 160 000 Euro). Damit verdienen HausärztInnen etwas mehr als ein/e FachärztIn im Krankenhaus. Die Arbeitszeit einer Hausärztin/eines Hausarztes beträgt in der Regel 45 Stunden pro Woche (Interview DK_I1).

Neue Praxisstrukturen

Die traditionelle Einzelpraxis wird zunehmend durch Gruppenpraxen abgelöst, in denen sich mehrere HausärztInnen zusammenschließen. Im Jahr 2022 waren 59 % der Praxen bereits Gruppenpraxen (Birk et al., 2024). Diese Praxen beschäftigen oft Pflegepersonal, das von den Krankenhäusern finanziert wird und sich insbesondere um chronisch kranke PatientInnen kümmert. Daneben gewinnen multidisziplinäre Zentren an Bedeutung (Tikkanen et al., 2020b).

In den Jahren 2017 bis 2024 haben die Regionen ihre Ausgaben für die Allgemeinmedizin im Rahmen von Tarifverhandlungen mit niedergelassenen ÄrztInnen um insgesamt 1,1 Milliarden DKK (ca. 150 Mio. Euro) erhöht. Besonders die Vereinbarung von 2018 führte zu einer deutlichen Aufstockung des Budgets. Ein Schwerpunkt lag dabei auf der Übertragung von Aufgaben wie der Betreuung von COPD- und Diabetes-PatientInnen von den Krankenhäusern in die HausärztInnenpraxen. Etwa die Hälfte der zusätzlichen Mittel wurde für neue Leistungen eingesetzt, die andere Hälfte diente der Erhöhung der festen Vergütungen, insbesondere für die Versorgung chronisch kranker PatientInnen (Danske Regioner, 2023).

Auf Überweisung einer Hausärztin/eines Hausarztes haben die PatientInnen freien Zugang zu allen niedergelassenen FachärztInnen, die außerhalb der Krankenhäuser tätig sind. Die Vergütung niedergelassener FachärztInnen erfolgt nur leistungsabhängig (FFS) und basiert auf einer Vereinbarung zwischen den Regionen und dem dänischen FachärztInnenverband (FAS). Die Höhe der Vergütung richtet sich

nicht nach Kopfpauschalen, sondern nach den erbrachten Leistungen und ist für jedes Fachgebiet individuell festgelegt. Die Verhandlungen verlaufen ähnlich wie bei den HausärztInnen, statt PLO nun FAS. Die FachärztInnen arbeiten auf privater Basis und werden von den Regionen vergütet. Für eine Praxis und zur Abrechnung benötigen FachärztInnen auch eine spezielle Zulassungsnummer. Die FachärztInnen können PatientInnen an öffentliche Krankenhäuser überweisen (Birk et al., 2024; Interview DK_I1).

Um eine Steigerung der Kosten zu verhindern, wurde ein Mechanismus eingeführt, der bei Überschreitung eines bestimmten Umsatzes zu einer Kürzung (um 40 %) des Honorars führt. Bis 2008 gab es eine zweistufige Kürzung, die jedoch vereinfacht wurde, um die FachärztInnen anzuregen, mehr PatientInnen zu behandeln und so die Belastung der (privaten) Krankenhäuser zu verringern. Zudem soll dies zur Qualitätssteigerung der FachärztInnen beitragen. Die Wirksamkeit dieser Maßnahme ist allerdings nicht eindeutig belegt (Birk et al., 2024; Interview DK_I1).

8 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung des Honorierungssystems in Österreich

In diesem Abschnitt werden wesentliche Aspekte der untersuchten Länder zusammengefasst und Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Honorierung der niedergelassenen (ärztlichen) Versorgung in Österreich hervorgestrichen.

8.1 Der Weg zum Leistungskatalog

Die erste Frage in Zusammenhang mit dem Leistungsumfang der öffentlich finanzierten ambulanten (und meist in Praxen niedergelassenen) Versorgung ist die, ob überhaupt ein **expliziter Leistungskatalog** extern vorgegeben wird. Diese Frage stellt sich, weil in einigen Ländern (einschließlich Österreich) der gesetzliche Versorgungsauftrag lediglich mehr oder weniger allgemein umschrieben ist, damit nicht bei jeder neuen medizinischen Errungenschaft, die in die öffentliche Versorgung integriert werden soll, eine Gesetzesänderung erforderlich ist.

Tabelle 5: Expliziter Leistungskatalog

	DE	CH	FR	NL	DK
Expliziter Leistungskatalog	Ja, EBM „Muss-Leistungen“ (IGeL „Kann-Leistungen“)	Ja	Ja	Ja, Basisleistungen	Nein

(IHS Zusammenstellung, Quellen siehe Länderkapitel)

Im DACH-Raum hat sich die Gesetzgebung der jeweiligen Länder hierfür unterschiedlicher Formulierungen bedient, die schlussendlich auf recht ähnliche Prinzipien hinauslaufen, wie sie auch in Österreich im ASVG verankert sind: Notwendigkeit der Leistungen, Zweckmäßigkeit, und Sparsamkeit. Eine Ausnahme bildet jedoch der Umstand, dass allein in Österreich die Zuständigkeit der Krankenversicherung dadurch eingeschränkt ist, dass nur die (extramurale) Krankenbehandlung vollständig in der Kompetenz der sozialen Krankenversicherung liegt, aber nicht Leistungen von Krankenhäusern oder auch Pflegepersonen. Leistungen von (fondsfinanzierten) Krankenanstalten sind als sogenannte Anstaltspflege in ASVG § 144 geregelt und sind somit Großteils durch die Sozialversicherung zu finanzieren, fallen organisatorisch aber nicht in ihren Entscheidungsbereich. In den entsprechenden deutschen bzw. Schweizer Gesetzen fehlt eine solche Trennung zwischen extramuraler Krankenbehandlung und Anstaltspflege hinsichtlich Kompetenz und Finanzierung. Wie bereits im Kapitel zum Hintergrund der Länderauswahl dargelegt, liegt nicht nur in Deutschland und der Schweiz, sondern in allen Vergleichsländern (außer eben Österreich) die finanzielle Verantwortung für stationäre und ambulante bzw. intramurale und extramurale Versorgung in denselben Händen. Damit liegt es dort weit mehr im Interesse und auch mehr im Gestaltungsspielraum der Versicherungen, settingübergreifende Leistungsverlagerungen in Richtung „Best point of care“ voranzutreiben, und zwar nicht nur in Hinblick auf Versorgungsqualität, sondern durchaus auch in Hinblick auf Kosten.

Tabelle 6: Finanzierung aus einer Hand

	DE	CH	FR	NL	DK
Finanzierung aus einer Hand	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

(IHS Zusammenstellung, Quellen siehe Länderkapitel)

Ergänzend zu einer solchen allgemeinen Leistungsbeschreibung ist eine konkretere Definition oder Auflistung hilfreich, die definiert, für welche konkreten Leistungen das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem die Kosten übernimmt, gänzlich oder nach Abzug eines Selbstbehaltes. Ein Beispiel hierfür ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der den Mindestumfang jeder gesetzlichen Krankenversicherung für ganz Deutschland umschreibt. Landesweit gültige und einheitliche Auflistungen bestehen ebenfalls in Frankreich und den Niederlanden, wobei letztere auf Kassenebene durch freiwillige Leistungen ergänzt werden können. Der Schweizer Leistungskatalog ist abweichend hiervon als Maximal-Leistungskatalog zu interpretieren: was nicht erfasst ist, darf auch nicht auf Kassenkosten angeboten werden, sei es als Pflicht- oder freiwillig finanzierte Leistung. In diesem Sinne verfügen vier der fünf Vergleichsländer über einen **landesweit einheitlichen Leistungskatalog** - wenn auch mit abweichenden Interpretationen (wie Basis- oder Maximalleistungen). Nur Dänemark delegiert die Definition des Leistungsumfangs auf die regionale Ebene und schreibt keine Leistungen vor, sondern bezieht den Leistungsumfang auf die Erfüllung von relativ konkreten Gesundheitszielen, die die Regionen zu erfüllen haben. Die einheitliche Klammer über die Versorgung im Land erfolgt in Dänemark somit auf der Ebene der Outcomes statt auf der Ebene der Inputs.

Tabelle 7: Einheitlicher Leistungskatalog

	DE	CH	FR	NL	DK
Einheitlicher Leistungskatalog	Ja	Ja	Ja	Ja, Basisleistungen	Nein, nationale Gesundheitsziele

(IHS Zusammenstellung, Quellen siehe Länderkapitel)

In der Entscheidung, welche **Leistungen auf öffentliche Kosten** zu erbringen sind, stehen die Berufs- und PatientInnenvertretungen naturgemäß eher auf der gegensätzlichen Seite der Kassen oder Zahler. Konflikte und schwierige Verhandlungssituationen sind daher vorprogrammiert, solange diese beiden gegensätzlichen Parteien ohne Regularien eine Einigung erzielen müssen. Zur Bewältigung dieses Interessenskonfliktes ziehen viele Länder eine neutrale Ebene bei: Die Entscheidung wird entweder einem Gremium überantwortet, in dem beide Stakeholderseiten vertreten sind (wie dem deutschen Gemeinsamen Bundesausschuss), oder gleich direkt an übergeordneter Stelle - dem für Gesundheit zuständigen Ministerium - getroffen, was auch gut zur Natur einer landesweit und für mehrere Krankenkassen gültigen Regelung passt. Der Komplexität solcher Entscheidungen entsprechend, lagern die Ministerien die Vorarbeit zur Entscheidung in Form von Analysen und Bewertungen meist auf spezialisierte Institutionen aus, die

aber nur eine Beratungs- und keine Entscheidungsbefugnis haben (Tabelle 8). So berät in Frankreich die oberste Gesundheitsbehörde HAS, in der Schweiz die hierauf spezialisierte, außerparlamentarische Kommission ELGK und in den Niederlanden das Gesundheitsinstitut ZiNL das jeweilige Ministerium in der Entscheidungsfindung. Eine direkte Verhandlung zwischen den Vertretungen der zahlenden Institution und den ÄrztInnen über den Leistungsinhalt gibt es in den Vergleichsländern nur in Dänemark (und Österreich). In Dänemark erfolgt diese Verhandlung basierend auf einer Empfehlung des Ministeriums, während die österreichische Selbstverwaltung unabhängig vom Ministerium verhandelt. Überdies verhandelt in Dänemark die Vertretung der Regionen auf Zahlerseite, und nicht jede Region losgelöst von den anderen Regionen. Somit wird die Einheitlichkeit der Verhandlungsergebnisse im gesamten Land in doppelter Hinsicht unterstützt - im Gegensatz zu Österreich, wo im Prinzip bisher jeweils die Ärztekammer des Bundeslandes mit der GKK verhandelte, was leichter zu unterschiedlichen Lösungen führen kann.

Als **Methodik für die den Verhandlungen zugrunde liegende Bewertung** ist in den meisten Ländern ein Health Technology Assessment vorgesehen. Ein HTA wird nicht unbedingt bei jeder neu aufgenommenen Leistung durchgeführt, aber zumindest bei jenen, die eine deutlich höhere Ausgabenbelastung für die Kassen erwarten lassen. Die konkreten Kriterien für solche Berechnungen bzw. Bewertungen sind nicht immer völlig transparent. Die in den Schweizer und deutschen Vorschriften enthaltenen Kriterien weisen oft ähnlichen Wortlaut auf, wie er auch in österreichischen Vorgaben enthalten ist. Als Beispiel kann die deutsche Formulierung gelten: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ (§ 12 SGB V).

Tabelle 8: Charakteristika der Leistungskataloge in fünf Ländern

	DE	CH	FR	NL	DK
Entscheidungs- tragende	G-BA	BAG	Gesundheits- ministerium auf Empfehlung von HAS	Gesundheits- ministerium auf Empfehlung ZiNL	RLTN und ÄrztInnen- vertretungen auf Empfehlung Gesundheits- ministerium

(IHS Zusammenstellung, Quellen siehe Länderkapitel)

Bezüglich der **Transparenz** in der Entscheidungsfindung kann den untersuchten Ländern durchaus „Luft nach oben“ attestiert werden: Während die Entscheidungen darüber veröffentlicht werden, welche Leistungen in die öffentliche

Kostenübernahme fallen (müssen oder dürfen, je nach Land), besteht in der Regel keine Veröffentlichungspflicht über die Begründung dieser Entscheidung. Auch bezogen auf die konkrete Berechnung der Honorare oder Tarife besteht nur sehr wenig Transparenz; auch für Länder mit ansonsten hohen Transparenzstandards wie Dänemark und den Niederlanden führten in den geführten Interviews Fragen nach den Berechnungsmodellen zu Antworten wie „Das weiß niemand“ oder „Ich bin sicher, dass es Berechnungsmodelle gibt - aber was konkret auf welche Weise darin berücksichtigt wird, das wird nicht veröffentlicht“. Diese Intransparenz ist verständlich, solange im Wettbewerb stehende Krankenkassen darin Betriebsgeheimnisse erkennen, und unzufriedene Versicherte und Leistungserbringer die Möglichkeit haben, zur Konkurrenz abzuwandern. In Ländern ohne diese Wahlmöglichkeit - wie Dänemark und Österreich - ist solcher Mangel an Transparenz über den Umgang mit öffentlich bereitgestellten Geldern kritischer zu sehen.

8.2 Von der Leistung zum Tarif

Da die Bewertung der von der Versicherung zu finanzierenden Leistungen im Zentrum dieses Berichtes steht, muss auch kurz darauf eingegangen werden, welche **Form** die Leistungen oder Leistungsbündel haben, die ein Entgelt auslösen. Generell lässt sich festhalten, dass in allen Ländern pauschale Abrechnungsformen an Bedeutung gewinnen. In vier der fünf Länder sind sie bereits zumindest bei einem Teil der Bevölkerung als Bezahlform im Einsatz, nur in Frankreich sind pauschalisierte Bezahlformen noch im Teststadium, und zwar für multiprofessionelle Gruppenpraxen.

Wo Pauschalen eingesetzt werden, sind sie

1. In der Regel kombiniert mit anderen Bezahlformen, sodass beispielsweise aufwändige Einzelleistungen von den Leistungsanbietern zusätzlich verrechnet werden können.
2. Manchmal nur im Einsatz für einen Teil der Bevölkerung, der in diese Form „hineinoptieren“ kann, wie in Schweizer HMOs, in deutsche Hausarzt-Modelle oder in etlichen Ländern in DMP-Programme.
3. In manchen Ländern im Gesetz als bevorzugte Bezahlform verankert, wie in den Regelungen zum deutschen EBM, oder als generelle Bezahlform für Fälle, deren Behandlung komplexe Infrastruktur benötigt, wie im zukünftigen Schweizer TARDOC Modell vorgesehen.
4. Dem internationalen Sprachgebrauch folgend, als Kopfpauschalen im Sinne der Capitation zu verstehen, und haben damit andere

Anreizwirkungen als die in Österreich gebräuchlichen Grund- oder Ordinationspauschalen - obwohl in beiden Fällen eine Pauschale für ein Leistungsbündel anfällt. Kopfpauschalen werden in Systemen mit Gatekeeping eingesetzt, d.h. Gatekeeper tragen die Verantwortung, dass ihre PatientInnen nur wenn nötig an andere Versorgungsstufen überwiesen werden, bekommen für diese „Rundum-Verantwortung“ aber auch ein festes Entgelt pro Abrechnungsperiode - auch wenn die PatientInnen in einer Abrechnungsperiode gar keine Leistungen in Anspruch nehmen. Um Unterversorgung vorzubeugen, unterliegen Gatekeeper daher einer externen Qualitätskontrolle.

5. Oft als risikoadjustierte Pauschalen ausgestaltet. Die Gewichtung soll dabei strukturelle Unterschiede ausgleichen, z.B. kann ein höheres Gewicht bei älteren PatientInnen gerechtfertigt werden mit häufigerer Multimorbidität oder mehr Erklärungs- und Gesprächsbedarf im Verlauf der Behandlung.

Gerade in Ländern mit traditioneller Einzelleistungshonorierung finden Pauschalierungen als Opt-In Varianten Eingang, wie in deutschen Hausarztmodellen. Da diese Modelle nur mit Gatekeeping funktionieren und daher seitens der Versicherten mit einem Verzicht einhergehen, nämlich dem Verzicht auf größere Auswahl ihrer Leistungsanbieter, müssen diese Verträge den Versicherten auch im Gegenzug einen Vorteil anbieten. Dieser kann in größerer Spezialisierung und damit höherer Behandlungsqualität bestehen, oder auch schlicht in geringeren Kosten, z.B. bezogen auf Versicherungsprämien oder Zuzahlungen. Gerade wenn Pauschalierungen über DMP-Programme eingeführt werden, wird das Argument hier häufig im spezialisierten Leistungsangebot bestehen.

Auch das österreichische Sozialversicherungsrecht sah traditionell eine Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen über Einzelleistungsmodelle vor. Erst seit 2010 wurden in den entsprechenden Passus auch Pauschalierungen aufgenommen: „Die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ist nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren.“ (§342 (2) ASVG) Demnach böte sich hier eine Chance, über Pauschalierungen mehr Spezialisierung und damit höhere Qualität für Versicherte mit chronischen Leiden zu verankern,

beispielsweise im Wege von DMPs, die ja in Österreich noch wenig umgesetzt sind (Czypionka et al., 2022).

(IHS Zusammenstellung, Quellen siehe Länderkapitel)

Tabelle 9: Leistungsformen

DE	CH	FR	NL	DK
EBM - Pauschalen - FFS Kostenkontrolle: Regelleistungsvolumen	- FFS TARDOC - Pauschalen	- FFS Teststadium: - Pay-For-Quality-Vertrag - Zusatzzahlungen Pauschale pro Pat. für MSP	Segment 1 (GPs): - Kopfpauschale - FFS Segment 2 (GPs): - Kopfpauschalen Segment 3 (GPs): - Pay-For-Performance	HausärztInnen - Kopfpauschale - FFS FachärztInnen - FFS Kostenkontrolle: Regelleistungsvolumen

International kommen in der Bestimmung der **konkreten Tariffhöhe** schlussendlich häufig Verhandlungen zum Einsatz, typischerweise zwischen einer Vertretung der (niedergelassenen oder Kassen-)ÄrztInnen und den Versicherungen. Es fällt auf, dass - soweit bekannt - die Verhandlungen hier nicht unbedingt über den Tarif an sich geführt werden, sondern über den Wert des „Punktes“. Sowohl deutscher EBM als auch Schweizer TARDOC stellen Punktgerüste dar, die den relativen Wert der einzelnen Tarifpositionen festschreiben, aber nicht notwendigerweise den damit verbundenen Geldbetrag. Damit sind auch regionale Anpassungen vergleichsweise einfach umsetzbar, weil damit nur unterschiedliche Punktwerte, aber nicht gesamte Punktgerüste zu verhandeln sind.

Tabelle 10: Verhandlungen zur Tariffhöhe

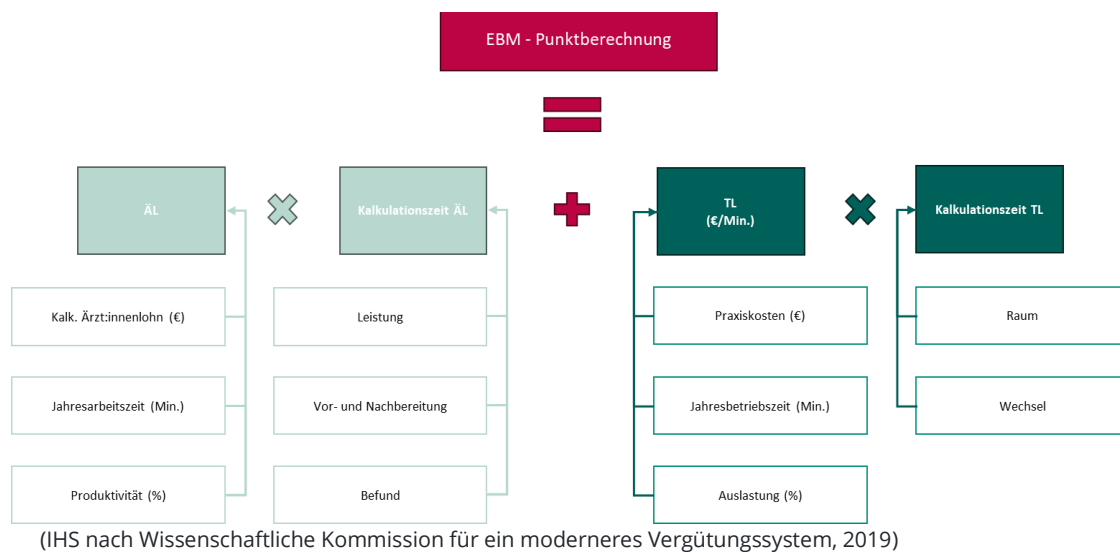
	DE	CH	FR	NL	DK
Ebene der Tariffestsetzung	<i>Bundesebene:</i> Bundesmantelverträge <i>Landesebene:</i> - Honorarverteilungsmaßstäbe - Morbiditätsorientierte Veränderungsrate - Regionaler Punktwert	<i>Kantonal-ebene:</i> Taxpunktwert; unterscheidet sich auch nach Einkaufsgemeinschaft der Krankenversicherer	National bestimmte Vergütung „Convention médicale“	<i>Dezentral;</i> Tarife können zwischen Regionen und Krankenversicherung variieren.	Nationale Vereinbarung
Entscheidungs-tragende	Verhandlung: - GKV-Spitzenverband - Kassenärztliche Bundesvereinigung	Verhandlung: - Vertretung ÄrztInnen (FMH) - Krankenversicherer (curafutura, SWICA, MTK, santésuisse, H+, FMCH) - Subsidiär bei Nichteinigung: Kantonsregierung	Verhandlung: - Vertretung ÄrztInnen (CHAP) - Union gesetzliche Krankenversicherung (UNCAM)	Verhandlung: - Krankenversicherungen - Vertretungen ÄrztInnen	Verhandlung: - Lohn- und Tarifvorstand der Regionen - Vertretung ÄrztInnen

(IHS Zusammenstellung, Quellen siehe Länderkapitel)

Die Ausgangsbasis kann aber insofern versachlicht sein, als dass sie auf Kostendaten aus der „echten“ PatientInnenversorgung beruht. Hierfür stehen international allerdings nur für wenige Kostenmodelle Informationen zu Verfügung. Die konkretesten Informationen liegen für Deutschland und die Schweiz vor, die sehr ähnliche Kostenmodelle anwenden. Sie beruhen auf zwei Komponenten - Personalkosten und Sachkosten - bei denen jeweils eine Preis- mit einer

Mengenkomponente multipliziert wird. Letztere beruht weitgehend auf (Arbeits)zeit, berücksichtigt aber auch, dass neben der eigentlichen Arbeitszeit an den PatientInnen auch „unproduktive“ Zeiten für Urlaub, Krankenstand, Fortbildung und natürlich Administration und Dokumentation etc. anfallen. Die Bewertung der ärztlichen Arbeitszeit richtet sich nach dem Opportunitätskostenansatz, vergleicht also mit dem „Marktwert“ dieser Zeit in anderen Arbeitssettings, insbesondere in der Position als OberärztIn in einem öffentlichen Krankenhaus.

Abbildung 16: Kostenmodell EBM Punkt



Dass diese Kostenberechnungen ein schwieriges Unterfangen sind, zeigt sich unter anderem darin, dass auch in der Schweiz die Neuberechnung der Kosten ein vieljähriger Prozess ist. Um mehr Sachlichkeit und Neutralität in die Verhandlungen zu bringen, wurde eine eigene Organisation für die notwendigen Berechnungen gegründet, die OAAT AG. Diese Organisation, mit allen Tarifpartnern als Aktionären, soll dazu beitragen, dass der neue Einzelleistungstarif TARDOC und die ambulanten Pauschalen fließend miteinander funktionieren. Um das zu gewährleisten, werden für die Tarifdaten unterschiedliche „Echt“-Daten herangezogen, wie jene aus der rollenden Praxiskostenstudie (RoKo) für Infrastruktur und nicht-ärztliches Personal sowie der Strukturdatensatz Arztpraxen und ambulante Zentren vom Bundesamt für Statistik; letzteres mit unbedingter Teilnahmepflicht. Die Kantone können niedergelassene ÄrztInnen ebenfalls zur RoKo-Erhebung verpflichten. Mit dem neuen Schweizer Pauschalsystem soll auch eine jährliche (!) Datenaktualisierung durch die Leistungserbringer stattfinden. Tarifpartner können jährlich Anträge für die Tarifierung neuer Leistungen stellen, sodass die OAAT AG den Prozess zur Datenerhebung starten und die neue Leistung zeitnah in die aktualisierte

Tarifversion aufgenommen werden kann. Somit erlaubt man dem Tarifsystem, sich ständig weiterzuentwickeln und sich den gegebenen wirtschaftlichen Bedingungen anzupassen.

8.3 Kosten- und Ausgabendämpfung

Gesundheitsausgaben steigen in vielen Ländern stetig an und das Gesundheitssystem wird durch eine ältere, multimorbide und anspruchsvollere Bevölkerung immer stärker belastet. Aus diesem Grund haben viele der untersuchten Ländern Kontrollmechanismen zur Kosten- und Ausgabendämpfung eingeführt, um die vielzitierte „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen zu verhindern.

Tabelle 11: Kostenkontrolle

DE	CH	FR	DK
Im EBM verstärkte Pauschalierung + Regelleistungsvolumina	Kostendämpfungsfaktor bei Tarifumstellung (TARMED→TARDOC)	Kostenkontrolle „WahlärztInnen“ → Ausgabendämpfung OPTAM	Monetärer Qualitätsanreiz für FachärztInnen → Umsatzkürzung (40 %) bei Grenzwertüberschreitung

(IHS Zusammenstellung, Quellen siehe Länderkapitel)

Strukturen für Sektor 2 - ÄrztInnen in Frankreich weisen Ähnlichkeiten zu jenen für **WahlärztInnen** in Österreich auf. Die Honorare sind in Sektor 2 frei wählbar, jedoch erstattet die Krankenkasse auch hier nur 70 % des Sektor 1 - Tarifs⁶. Um die Entwicklung eines privaten Gesundheitsmarktes, eine Ausweitung des Selbstbehalts der PatientInnen und die Ausweitung der ÄrztInnen in Sektor 2 einzuschränken, wurde OPTAM eingeführt. Dieses freiwillige Ausgabendämpfungsprogramm setzt parallel günstige Anreize für PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen: niedergelassene ÄrztInnen wird ein Bonus basierend auf der Einhaltung der Sektor 1 - Tarife geboten, während PatientInnen bei OPTAM-ÄrztInnen eine Kostenerstattung bis 70 % des Sektor 2 - OPTAM Honorars (statt des niedrigeren Sektor 2 - Tarifs) erhalten. Letzteres dürfte insbesondere auch für nicht vollständig ausgelassene ÄrztInnen interessant sein.

⁶ Wie im Frankreich Kapitel erklärt, gilt in der ambulanten Versorgung in Frankreich generell Kostenerstattung von 70% des Tarifs von Sektor 1 - Ärzt:innen, also auch in jenem Bereich, der den österreichischen Vertragsärzt:innen vergleichbar ist.

Für die **Überleitung von TARMED zu TARDOC** gibt es in der Schweiz die Vorgabe der Kostenneutralität (eine Summe von ca. 13 Mrd. CHF darf nicht überschritten werden). Solange die Forderung der Kostenneutralität nicht erfüllt ist, kann der Bundesrat TARDOC nicht genehmigen. Um diese Vorschrift einhalten zu können, wird im Kostenrechnungsmodell ein (empirisch hergeleiteter) Kostenneutralitätsfaktor verwendet. Dieses Konstrukt wäre auch für Österreich interessant, wenn es zum Übergang von Länder-Honorarordnungen zu einer ÖGK-weit einheitlichen Honorarordnung kommt, und ein übermäßiges Anwachsen der Ausgabensumme verhindert werden soll. Ein Kostenneutralitätsfaktor (KNF) könnte folgendermaßen errechnet werden:

$$KNF = \frac{\sum_{pos}(Menge_{alt} \times Punkt_{alt})}{\sum_{pos}(Menge_{neu} \times Punkt_{neu})}$$

Unweigerlich wird Opposition von jenen ÄrztInnen oder den sie vertretenden Kammern kommen, die Einbußen bei ihren Einnahmen befürchten. Daher wäre eine Ausgleichszahlung für jene ÄrztInnen, deren Honorarsumme besonders nachteilig betroffen ist, während einer zeitlich befristeten Übergangsphase zu überlegen. Diese Übergangszeit könnte auch genutzt werden, Anreize für jene Leistungen zu schaffen, die gesundheitspolitisch gewünscht, und gegen weniger gewünschte (z.B. wegen schlechterer Wirkungsnachweise) oder relativ überbewertete Leistungen zu schaffen.

In Deutschland und Dänemark gilt ein **Regelleistungsvolumen** für niedergelassene ÄrztInnen. Der Grenzwert gilt in Dänemark nur für FachärztInnen. Würde das Honorar einer dänischen Fachärztin beispielsweise das für ihr Fach definierte Regelleistungsvolumen überschreiten, werden ihre darüber liegenden Umsätze um 40 % gekürzt. Diese Maßnahme soll als Qualitätsanreiz dienen, da über einer gewissen Anzahl an PatientInnen die gleichbleibende Qualität der Leistung in zeitlicher Hinsicht kaum zu gewährleisten ist. Somit gilt das Regelleistungsvolumen als monetärer Qualitätsanreiz für FachärztInnen.

Wie schon besprochen, setzen fast alle untersuchten Länder auf eine verstärkte Pauschalisierung, was ebenfalls kostenkontrollierend wirkt. Nicht nur ein geringerer Verwaltungsaufwand und eine bessere Planbarkeit sind für Krankenkassen durch Pauschalen maßgeblich, sondern auch der geringere Anreiz zu überflüssigen Behandlungs- oder Diagnoseschritten für ÄrztInnen im Vergleich zu einer Einzelleistungsvergütung. Zudem kann Gatekeeping mit HausärztInnen als zentrale erste Anlaufstelle zu einem effizienteren Gesundheitssystem beitragen. Somit werden FachärztInnen oder Spitalsambulanzen entlastet und die Versorgung stärker und besser koordiniert.

Weitere Schritte in Richtung größerer Behandlungseffizienz liegen in gesteigerter Multiprofessionalität im Gesundheitswesen. Beispielsweise werden z.B. in den Niederlanden andere Gesundheitsberufe stärker in die Behandlung von PatientInnen einbezogen, indem diese in multidisziplinären Zentren angestellt sind. Als Beispiel gelten Hebammen, welche für Geburten ausschließlich zuständig sind. Eine höhere Stellung nicht-ärztlicher Berufe und eine stärkere Koordinierung zwischen den unterschiedlichen Pflegeberufen kann dadurch sowohl zu einer Entlastung der ÄrztInnen führen als auch das Gesundheitssystem stärker entlasten.

9 Verzeichnisse

9.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf der Methodenbewertung	18
Abbildung 2: Kriterien für die Aufnahme medizinischer Leistungen in den Leistungskatalog	22
Abbildung 3: Übersicht Kalkulation EBM	30
Abbildung 4: Institutionelles Arrangement in der ambulanten, kollektivvertraglichen (vertragsärztlichen) Regelversorgung	34
Abbildung 5: Grundelemente des Systems der vertragsärztlichen Vergütung	35
Abbildung 6: Mitwirkende Organisationen bei TARDOC und bei Ambulanten Pauschalen	51
Abbildung 7: Planungsversion Ambulante Pauschalen	52
Abbildung 8: Schweizer Kostenrechnungsmodell	56
Abbildung 9: Kostenmodelle unter TARDOC	60
Abbildung 10: REKOLE-Modell für Pauschalen	61
Abbildung 11: Gesundheitssystem Niederlande	72
Abbildung 12: Evaluation von medizinischen Behandlungen	86
Abbildung 13: Ökonomische Bewertung (appraisal)	89
Abbildung 14: Aufnahmeprozess in den Leistungskatalog	94
Abbildung 15: Organisation des dänischen Gesundheitssystems	107
Abbildung 16: Kostenmodell EBM Punkt	124

9.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Charakteristika des Gesundheitswesens ausgewählter Länder	11
Tabelle 2: Charakteristika der nicht-stationären ärztlichen Versorgung.....	13
Tabelle 3: Unterschiede TARMED und TARDOC.....	66
Tabelle 4: Segmente der niederländischen HausärztInnen - Gesundheitsversorgung	75
Tabelle 5: Expliziter Leistungskatalog	117
Tabelle 6: Finanzierung aus einer Hand	117
Tabelle 7: Einheitlicher Leistungskatalog.....	118
Tabelle 8: Charakteristika der Leistungskataloge in fünf Ländern.....	119
Tabelle 9: Leistungsformen	122
Tabelle 10: Verhandlungen zur Tarifhöhe	123
Tabelle 11: Kostenkontrolle.....	125

9.3 Literaturverzeichnis

- Afrite, A., & Mousques, J. (2014). Forms of primary care teams-a typology of multidisciplinary group practices, health care networks and health care centers participating in the Experiments of New Mechanisms of Remuneration (ENMR). Health Economics (Questions d'économie de la santé), 9. <https://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/201-forms-of-primary-care-teams.pdf>
- an der Heiden, I., & IGES. (2019). Internationaler Vergleich ambulanter Vergütung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_IGES_-_internat_oek_Vergleich_bf.pdf
- ats-tms AG. (2021). Dignitätskonzept TARDOC. https://tardoc.fmh.ch/files/pdf30/8_dignitaetskonzept_20211220_27_.pdf
- Authority for Consumers & Markets. (2024). Our mission and vision. <https://www.acm.nl/en/about-acm/mission-vision-strategy/our-mission>
- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., & others. (2018). Austria: Health system review.
- Behandlingsrådet. (2023). The Danish Health Technology Council's methods guide for the evaluation of health technology. <https://behandlingsraadet-classic.azureedge.net/media/th3gwgxw/the-danish-health-technology-council-s-methods-guide-for-the-evaluation-of-health-technology.pdf>
- Behandlingsrådet. (2024). About the Council. <https://behandlingsraadet.dk/in-english/about-the-council>
- Belastingdienst. (2024). Percentages inkomensafhankelijke bijdrage Zwv. <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdie>

nst/prive/werk_en_inkomen/zorgverzekeringwet/veranderingen-bijdrage-zvw/percentages-zvw

Bergeat, M., Vergier, N., & Verger, P. (2022). Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. Études et résultats, N° 1244. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>

Bertelsmann Stiftung. (2018). SmartHealthSystems—Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Spotlight Gesundheit. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/smarthealthsystems>

Birk, H. O., Vrangbæk, K., Rudkjøbing, A., Krasnik, A., Eriksen, A., Richardson, E., & Jervelund, S. S. (2024). Denmark: Health System Review. Health systems in Transition, 26(1), 1–186.

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., Busse, R., & others. (2020). Germany: Health system review.

Bousquet, F., Bisiaux, R., & Chi, Y.-L. (2014). France: Payment for public health objectives. Paying for Performance in Health Care, 141–141.

Brunn, M., & Hassenteufel, P. (2018). Frankreich: Gesundheitspolitik weiter „en marche “? Gesundheits-und Sozialpolitik, 72(3), 7–12.

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2022a). Krankenversicherung: Leistungen und Tarife. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife.html>

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2022b). Operationalisierung der Kriterien „Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit“ nach Artikel 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv->

leistungen/bezeichnung-der-

leistungen/operationalisierung_wzwkriterien_310322.pdf.download.pdf/Operationalisierung%20der%20WZW-

Kriterien%20vom%2031.03.2022,%20g%C3%BCltig%20ab%2001.09.2022.pdf

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2023). TARMED.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html>

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2024a). Health Technology Assessment (HTA).

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/hta.html>

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2024b). Antragsprozesse Allgemeine Leistungen.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen/antragsprozesse/Antragsprozesse-Allgemeine-Leistungen.html>

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2024c). Auftrag & Ziele.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/auftrag-ziele.html>

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2024d). Krankenversicherung: Bezeichnung der Leistungen.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen.html>

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2024e). Ambulanter Arzttarif: Funktionsweise und Hauptakteure. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/tardoc/faktenblatt-ambulanter-arzttarif-funktionsweise->

hauptakteure.pdf.download.pdf/Faktenblatt_1_Tardoc_ambulante%20Pauschalen_Acteurs_et_leur_role_DE.pdf

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2024f). Revision des ambulanten Arzttarifs.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/revision-tarif-ambulante-aerztliche-leistungen.html>

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2024g). TARDOC und ambulante Pauschalen:

Kostenneutralität.

[https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/tardoc/faktenblatt-tardoc-und-ambulante-pauschalen-kostenneutralitaet.pdf.download.pdf/Faktenblatt%25203_Tardoc_ambulante%2520Pauschalen_Kostenneutralit%25C3%25A4t_DE.pdf&ved=2ahUKEwj7trPy_K-HAXxi8LsIHd1ZBxwQFnoECBkQAQ&usg=AOvVaw1gdjRMNOis_xZr8_qlokq3)

[leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/tardoc/faktenblatt-tardoc-und-ambulante-pauschalen-](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/tardoc/faktenblatt-tardoc-und-ambulante-pauschalen-kostenneutralitaet.pdf.download.pdf/Faktenblatt%25203_Tardoc_ambulante%2520Pauschalen_Kostenneutralit%25C3%25A4t_DE.pdf&ved=2ahUKEwj7trPy_K-HAXxi8LsIHd1ZBxwQFnoECBkQAQ&usg=AOvVaw1gdjRMNOis_xZr8_qlokq3)

[kostenneutralitaet.pdf.download.pdf/Faktenblatt%25203_Tardoc_ambulante%2520Pauschalen_Kostenneutralit%25C3%25A4t_DE.pdf&ved=2ahUKEwj7trPy_K-](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/tardoc/faktenblatt-tardoc-und-ambulante-pauschalen-kostenneutralitaet.pdf.download.pdf/Faktenblatt%25203_Tardoc_ambulante%2520Pauschalen_Kostenneutralit%25C3%25A4t_DE.pdf&ved=2ahUKEwj7trPy_K-HAXxi8LsIHd1ZBxwQFnoECBkQAQ&usg=AOvVaw1gdjRMNOis_xZr8_qlokq3)

[HAXxi8LsIHd1ZBxwQFnoECBkQAQ&usg=AOvVaw1gdjRMNOis_xZr8_qlokq3](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/tardoc/faktenblatt-tardoc-und-ambulante-pauschalen-kostenneutralitaet.pdf.download.pdf/Faktenblatt%25203_Tardoc_ambulante%2520Pauschalen_Kostenneutralit%25C3%25A4t_DE.pdf&ved=2ahUKEwj7trPy_K-HAXxi8LsIHd1ZBxwQFnoECBkQAQ&usg=AOvVaw1gdjRMNOis_xZr8_qlokq3)

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2024h). Anhang 1 der Krankenpflege-

Leistungsverordnung (KLV).

[https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/anhang1klv.html)

[Krankenversicherung/anhang1klv.html](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/anhang1klv.html)

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2024i). HTA-Programm.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/hta/hta-programm.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2016a). Leistungskatalog der

Krankenversicherung.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/leistungskatalog>

Bundesministerium für Gesundheit. (2016b). Einheitlicher Bewertungsmaßstab—EBM. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/einheitlicher-bewertungsmaassstab-ebm>

Bundesministerium für Gesundheit. (2022). Das deutsche Gesundheitssystem. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/Das-deutsche-Gesundheitssystem_bf.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2024a). Bewertungsausschuss. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bewertungsausschuss>

Bundesministerium für Gesundheit. (2024b). Gesundheitsfonds. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsfonds.html>

Bundesregierung. (2024). Rechengrößen in der Sozialversicherung. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/beitragsbemessungsgrenzen-2025-2313522>

Cassou, M., Mousquès, J., & Franc, C. (2021). Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. *Questions d'économie de la santé*, 258.

Chevillard, G., & Mousquès, J. (2021). Medically underserved areas: Are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? *Social Science & Medicine*, 287, 114358.

curafutura. (2024a). Arzttarif TARDOC. <https://curafutura.ch/themen/tarife/ambulant/arzttarif-tardoc/>

curafutura. (2024b). Tarifstrukturen für ambulante Arztleistungen. <https://curafutura.ch/arzttarifstruktur/>

curafutura, & FMH. (2022). Kostenneutrale Überführung des TARMED in TARDOC

V1.3 (KN-Konzept).

https://curafutura.ch/app/uploads/220307_Faktenblatt_TARDOC_Kostenneutralita%CC%88t_DE-1.pdf

Czypionka, T., Hobodites, F., & Riedel, M. (2022). Verbesserung des

Nahtstellenmanagements am Beispiel von Diabetes.

Czypionka, T., Kraus, M., & Kronemann, F. (2015). Bezahlungssysteme in der

Primärversorgung.

Danish Health Authority. (2020). Strategy and aims.

<https://www.sst.dk/en/english/About-us/Strategy-and-aims>

Danske Regioner. (o. J.-a). Det nationale kvalitetsprogram. Abgerufen 8. November

2024, von <https://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/det-nationale-kvalitetsprogram/>

Danske Regioner. (o. J.-b). Praksissektoren. Abgerufen 11. Dezember 2024, von

<https://www.regioner.dk/sundhed/praksissektoren/>

Danske Regioner. (2023). FAKTA OM SUNDHEDSVÆSENET.

<https://www.regioner.dk/media/konn4lml/faktaark-investering-i-apdec23.pdf>

Danske Regioner. (2024). Danish Regions. [https://www.regioner.dk/services/in-](https://www.regioner.dk/services/in-english)

english

De Bakker, D., Raams, R., Schut, E., Vrijhoef, B., & de Wildt, J. (2012). Eindrapport van

de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging Integrale bekostiging van zorg:

Werk in uitvoering. The Hague: ZonMw.

De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger,

A., Wittenbecher, F., Quentin, W., Organization, W. H., & others. (2015).

Switzerland: Health system review.

De Staat van Volksgezondheid en Zorg. (2023). Huisartsen: Aantal werkzaam.

<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/huisartsen-aantal-werkzaam>

Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung. (2021). Antrag zur

Genehmigung des Tarifvertrags zur Einführung der Tarifstruktur TARDOC von den Vertragsparteien curafutura und FMH vom 12. Juli 2019 und weiteres Vorgehen.

<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/tardoc/schreiben-br-30-06-21-antrag-genehmigung-tardoc.pdf.download.pdf/Schreiben%20des%20Bundesrat%20vom%2030.%20Juni%202022%20Pr%C3%BCfung%20von%20TARDOC%201.2%20und%20weiteres%20Vorgehen.pdf>

Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung. (2022). Nichtgenehmigung des Grundvertrags KVG zur einheitlichen Tarifstruktur zwischen FMH und curafutura (TARDOC).

<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/tardoc/schreiben-03-06-22-nichtgenehmigung-tarifstruktur-tardoc.pdf.download.pdf/Schreiben%20des%20Bundesrates%20vom%203.%20Juni%202022.pdf>

Der Bundesrat - Das Portal der Schweizer Regierung. (2024). Ambulante Arzttarife:

TARDOC und erste Pauschalen ersetzen TARMED ab 2026.

<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-101498.html>

- Direction de l'information légale et administrative. (2024). Quels sont les tarifs d'un médecin (conventionné ou non) ? <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17042>
- DREES. (2021). Démographie des professionnels de santé. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Drewes, H. W., van Vooren, N. J. E., Steenkamer, B., Kemper, P. F., & Hendrikx, R. J. (2018). Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem: Landelijke Monitor Proeftuinen –reflectie op 5 jaar proeftuinen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM. <https://doi.org/10.21945/RIVM-2018-0140>
- Eidgenössische Finanzkontrolle EFK. (2010). Tarmed – der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes. https://www.efk.admin.ch/wp-content/uploads/publikationen/berichte/bildung_und_soziales/gesundheit/8381/8381_zf_d.pdf
- Eidgenössisches Departements des Inneren. (2024). Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI). <https://www.admin.ch/gov/de/start/departemente/departement-des-innern-ed.html>
- FedLex. (2024a). Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/de
- FedLex. (2024b). Bundesgesetz über die Krankenversicherung. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de
- Felder, S. (2021). Pauschalen in der ambulanten Vergütung. <https://dialog.css.ch/pauschalen-in-der-ambulanten-verguetung/>

FMH. (2001). Vereinbarung betreffend die Paritätische Tarifkommission MTK/MV/IV

- FMH (PTK). https://www.fmh.ch/files/pdf2/tarmed_ptk.pdf

FMH. (2023). FMH-Ärzttestatistik. [https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-](https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.cfm)

[aerztestatistik.cfm](https://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.cfm)

FMH. (2024a). Arbeitsgruppen. [https://www.fmh.ch/themen/ambulante-](https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/arbeitsgruppen.cfm)

[tarife/arbeitsgruppen.cfm](https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/arbeitsgruppen.cfm)

FMH. (2024b). Die wichtigsten Änderungen in Kürze.

<https://tardoc.fmh.ch/tardoc/tarifstruktur/aenderungen.cfm#i163035>

FMH. (2024c). Kostenmodelle.

<https://tardoc.fmh.ch/tardoc/tarifstruktur/kostenmodelle.cfm#i163173>

Frehaut, P., Klein, T., & Laffon, P. (2023). International comparison of

complementary health coverage (Inspection générale des affaires sociales,

Hrsg.). [https://igas.gouv.fr/International-comparison-of-complementary-](https://igas.gouv.fr/International-comparison-of-complementary-health-coverage)

[health-coverage](https://igas.gouv.fr/International-comparison-of-complementary-health-coverage)

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). Bewertung neuer Untersuchungs- und

Behandlungsmethoden für die ambulante und/oder stationäre Versorgung.

[https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/bewertung-](https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/bewertung-erprobung/ambulant-stationaer/)

[erprobung/ambulant-stationaer/](https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/bewertung-erprobung/ambulant-stationaer/)

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024a). Bewertung neuer Untersuchungs- und

Behandlungsmethoden für die ambulante und/oder stationäre Versorgung.

[https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/bewertung-](https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/bewertung-erprobung/ambulant-stationaer/)

[erprobung/ambulant-stationaer/](https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/bewertung-erprobung/ambulant-stationaer/)

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024b). Der Gemeinsame Bundesausschuss.

<https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024c). Einholung wissenschaftlicher Expertise.

<https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/arbeitsweise/sachverstaendige/>

GKV Spitzenverband. (2023). Fokus: Vergütung ärztlicher Leistungen.

https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/verguetung_aerztliche_r_leistungen/s_thema_aerzteverguetung.jsp

GKV Spitzenverband. (2024). Aufgaben und Ziele. [https://www.gkv-](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/aufgaben_und_ziele/aufgaben_und_ziele.jsp)

[spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/aufgaben_und_ziele/aufgaben_und_ziele.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/aufgaben_und_ziele/aufgaben_und_ziele.jsp)

Government of the Netherlands. (2018). Outcome-based Healthcare 2018-2022.

<https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/information-on-the-quality-of-care>

Government of the Netherlands. (2024). Standard health insurance.

<https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance>

Groupe Pasteur Mutualité. (2024). Convention médicale 2024-2029, c'est signé !

<https://www.gpm.fr/convention-medecale-2024-2029/>

H+ Die Spitäler der Schweiz. (2024). FAQ Kohärentes Tarifsysteem.

https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Ambulante_Pauschal/en/20240507_FAQ_kohaerentes_Tarifsysteem_d_final.pdf

Haute Autorité de Santé. (2018). Évaluation des technologies de santé à la HAS :

place de la qualité de vie. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie#toc_1_5

Haute Autorité de Santé. (2024a). Diagnostic, Prognostic and Predictive Health

Technologies Evaluation Committee (CEDiag). https://www.has-sante.fr/jcms/p_3495474/fr/diagnostic-prognostic-and-predictive-health-technologies-evaluation-committee-cediag

- Haute Autorité de Santé. (2024b). Economic and Public Health Evaluation Committee. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2036304/en/commission-for-economic-and-public-health-evaluation
- Haute Autorité de Santé. (2024c). National Committee for the Evaluation of Medical Devices and Health Technologies (CNEDiMTS). https://www.has-sante.fr/jcms/c_2036238/en/medical-device-and-health-technology-evaluation-committee-cnedimts
- Haute Autorité de Santé. (2024d). Transparency Committee. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1729421/en/transparency-committee
- Haute Autorité de Santé. (2024e). Comprendre l'évaluation des actes professionnels. https://www.has-sante.fr/jcms/c_408961/fr/comprendre-l-evaluation-des-actes-professionnels
- Haute Autorité de Santé. (2024f). Organisational Structure. https://www.has-sante.fr/jcms/c_415961/en/organisational-structure#toc_1_4_2
- Health and Youth Care Inspectorate. (2024). Who are we? <https://english.igj.nl/about-us>
- Health Council of the Netherlands. (2024). About. <https://www.healthcouncil.nl/>
- INAHTA. (2024). HAS – Haute Autorité de Santé. <https://www.inahta.org/members/has/>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, & KL. (2023). NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDSVÆSENET. <https://www.regioner.dk/media/lknhxwk4/nationale-maal-for-sundhedsvaesenet-2023.pdf>
- Institut des Bewertungsausschusses. (2024). Bewertungsausschuss Ärzte. <https://institut-ba.de/ba.html>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2023). Allgemeine Methoden Version 7.0. https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-7-0.pdf

Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale – ISNAR-IMG. (2017). Comprendre les secteurs de conventionnement et les enjeux des négociations. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/guide-isnar-img-secteur-2-23-01-2017.pdf>

IQWiG. (2023). Allgemeine Methoden Version 7.0. https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-7-0.pdf#%5B%7B%22num%22%3A877%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C69%2C191%2C0%5D

IQWiG. (2024). Evidenzbasierte Medizin (EbM): Warum arbeitet das IQWiG danach? <https://www.iqwig.de/ueber-uns/methoden/evidenzbasierte-medizin/>

Karimi, M., Tsiachristas, A., Looman, W., Stokes, J., van Galen, M., & Rutten-van Mölken, M. (2021). Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients. *Health policy*, 125(6), 751–759.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2020). EBM-Reform: Übersicht der Auswirkungen je Fachgruppe. https://www.kbv.de/media/sp/EBM-Reform__bersicht_Fachgruppen.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023). Praxisnachrichten: Knapp vier Prozent mehr für die ambulante Versorgung in 2024 – Finanzierungsverhandlungen beendet. https://www.kbv.de/html/1150_65357.php

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024a). Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen. <https://www.kbv.de/html/432.php>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024b). Verordnungssteuerung.

<https://www.kbv.de/html/2949.php>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024c). Neue Kostenpauschalen für In-vitro-Diagnostik und Anpassung des laborärztlichen Honorars.

https://www.kbv.de/html/1150_68777.php

Kingsada, A. (2024). Can financial incentives improve access to care? Evidence from a French experiment on specialist physicians. *Social Science & Medicine*, 117018.

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., van Ginneken, E., Organization, W. H., & others. (2016). Netherlands: Health system review.

Kroneman, M., & de Jong, J. (2024). Implementing the Cross-sectoral Care Agreement: A stepwise approach.

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/netherlands-2016/implementing-the-cross-sectoral-care-agreement-a-stepwise-approach>

Künzi, K., Jäggi, J., & Dutoit, L. (2013). Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung.

https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2013/BAG_2013_UpdateNichtaerzte_Bericht_de.pdf

Lægeforeningen. (o. J.). History of the DMA. Abgerufen 8. November 2024, von

<https://laeger.dk/foreninger/laegeforeningen/om-laegeforeningen/english/history-of-the-dma>

Lægeforeningen. (2023). Praksisformer i almen praksis.

<https://laeger.dk/foreninger/plo/drift-af-praksis/opstart-og-etablering/praksisformer#enkeltmandspraksissolopraksis>

Lægeforeningen. (2024a). Honorarer og ydelser.

<https://laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/honorarer>

Lægeforeningen. (2024b). Job i PLO. <https://laeger.dk/foreninger/plo/om-plo/job-i-plo>

Lægeforeningen. (2024c). PLO's bestyrelse. <https://laeger.dk/foreninger/plo/om-plo/organisationen/bestyrelsen>

Lægeforeningen. (2024d). Lægeforeningen i tal 2024.

<https://laeger.dk/media/2sqfgxcs/laegeforeningen-i-tal-2024.pdf>

L'Assurance Maladie. (2021). L'inscription sur la liste des actes et prestations.

<https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/inscription-liste-actes-prestations>

L'assurance Maladie. (2023a). A local network. [https://www.assurance-](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/reseau-proximite)

[maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/reseau-proximite](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/reseau-proximite)

L'assurance Maladie. (2023b). Notre histoire. [https://www.assurance-](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire#text_204632)

[maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire#text_204632](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire#text_204632)

L'Assurance Maladie. (2024a). Nomenclatures: La NGAP et la LPP.

<https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-ngap-lpp>

L'assurance Maladie. (2024). The general nomenclature of professional acts—NGAP.

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap>

L'Assurance Maladie. (2024b). Signature d'une nouvelle convention médicale entre

l'Assurance Maladie et les médecins libéraux. [https://www.assurance-](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-06-04-cp-signature-convention-medicale)

[maladie.ameli.fr/presse/2024-06-04-cp-signature-convention-medicale](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-06-04-cp-signature-convention-medicale)

L'Assurance Maladie. (2024c). La nouvelle convention médicale entre l'Assurance

Maladie et les médecins libéraux est signée.

[https://www.ameli.fr/medecin/actualites/la-nouvelle-convention-medicale-](https://www.ameli.fr/medecin/actualites/la-nouvelle-convention-medicale-entre-l-assurance-maladie-et-les-medecins-liberaux-est-signee#:~:text=L'Union%20nationale%20des%20caisses,2024%20la%20nouv)

[entre-l-assurance-maladie-et-les-medecins-liberaux-est-](https://www.ameli.fr/medecin/actualites/la-nouvelle-convention-medicale-entre-l-assurance-maladie-et-les-medecins-liberaux-est-signee#:~:text=L'Union%20nationale%20des%20caisses,2024%20la%20nouv)

[signee#:~:text=L'Union%20nationale%20des%20caisses,2024%20la%20nouv](https://www.ameli.fr/medecin/actualites/la-nouvelle-convention-medicale-entre-l-assurance-maladie-et-les-medecins-liberaux-est-signee#:~:text=L'Union%20nationale%20des%20caisses,2024%20la%20nouv)

[elle%20convention%20m%C3%A9dicale](https://www.ameli.fr/medecin/actualites/la-nouvelle-convention-medicale-entre-l-assurance-maladie-et-les-medecins-liberaux-est-signee#:~:text=L'Union%20nationale%20des%20caisses,2024%20la%20nouv)

L'Assurance Maladie. (2024d). Tableaux récapitulatifs des taux de remboursement.

[https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/remboursements/rembourse/tableau-](https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement)

[recapitulatif-taux-remboursement](https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement)

L'Assurance Maladie. (2024e). La revalorisation des actes techniques et la refonte de

la CCAM. [https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-](https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/grands-axes-convention-detail/mesures-attractivite-exercice-liberal/revalorisation-consultations-actes/revalorisation-actes-techniques-refonte-ccam)

[medicale-2024-2029/grands-axes-convention-detail/mesures-attractivite-](https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/grands-axes-convention-detail/mesures-attractivite-exercice-liberal/revalorisation-consultations-actes/revalorisation-actes-techniques-refonte-ccam)

[exercice-liberal/revalorisation-consultations-actes/revalorisation-actes-](https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/grands-axes-convention-detail/mesures-attractivite-exercice-liberal/revalorisation-consultations-actes/revalorisation-actes-techniques-refonte-ccam)

[techniques-refonte-ccam](https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/grands-axes-convention-detail/mesures-attractivite-exercice-liberal/revalorisation-consultations-actes/revalorisation-actes-techniques-refonte-ccam)

L'Assurance Maladie. (2024f). Convention médicale 2024-2029: L'essentiel.

[https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-](https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/essentiel)

[2029/essentiel](https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/essentiel)

Luc Lenoir. (2018). Ces médecins en «secteur 3», affranchis de la Sécu (Le Figaro,

Hrsg.). [https://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/2018/05/26/29001-](https://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/2018/05/26/29001-20180526ARTFIG00022-ces-medecins-en-secteur-3-affranchis-de-la-secu.php)

[20180526ARTFIG00022-ces-medecins-en-secteur-3-affranchis-de-la-](https://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/2018/05/26/29001-20180526ARTFIG00022-ces-medecins-en-secteur-3-affranchis-de-la-secu.php)

[secu.php](https://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/2018/05/26/29001-20180526ARTFIG00022-ces-medecins-en-secteur-3-affranchis-de-la-secu.php)

Ministère de la Santé et de la Prévention. (o. J.). NGAP (nomenclature générale des

actes professionnels). Abgerufen 11. Dezember 2024, von

<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/ngap-nomenclature-generale-des-actes-professionnels>

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2017). Classification commune des actes médicaux (CCAM). <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/classification-commune-des-actes-medicaux-ccam>

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2022). Integraal Zorg Akkoord [Integrale Care Agreement]. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg/integraal-zorg-akkoord.pdf>

Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2024). PEPS 2—Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville mise à jour 02.08.24. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>

Ministry of Foreign Affairs Of Denmark, Health Care Denmark, & Royal Danish Embassy Paris (Hrsg.). (2022). The organisation of danish healthcare. <https://healthcaredenmark.dk/media/200fp15j/the-organisation-of-danish-healthcare.pdf>

Mousquès, J., & Daniel, F. (2015). The Impact of Multiprofessional Group Practices on the Quality of General Practice. *Questions d'économie de la Santé*.

Neubauer, G., Minartz, C., & Wild, F. (2021). Ambulant-ärztliche Versorgung-Ein Blick ins westeuropäische Ausland. WIP-Analyse.

NewIndex AG. (2024). Kantonale Taxpunktwerte. <https://www.newindex.ch/wp-content/uploads/2023/12/TPW-DE-2024-2013.pdf>

NZa. (2024). Core figures of health insurance companies. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/kerncijfers-zorgverzekeraars>

Or, Z., Gandré, C., Seppänen, A.-V., Hernández-Quevedo, C., Webb, E., Michel, M., Chevreul, K., & others. (2023). France: Health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Organisation ambulante Arzttarife. (2023). Ambulante Pauschalen – was ist das? https://oaat-otma.ch/fileadmin/redaktion/dokumente/DE/Ambulante_Pauschalen/Newsletter/Newsletter_Nr1_de.pdf

Organisation ambulante Arzttarife. (2024a). Der ambulante Pauschaltarif: Der Tarif in Kürze. <https://oaat-otma.ch/ambulante-pauschalen/der-tarif-in-kuerze>

Organisation ambulante Arzttarife. (2024b). FAQ. <https://oaat-otma.ch/informationen/faq>

Organisation ambulante Arzttarife. (2024c). TARDOC: Der Tarif in Kürze. <https://oaat-otma.ch/tardoc/der-tarif-in-kuerze>

Organisation ambulante Arzttarife. (2024d). Bereitstellung des eingereichten Gesamt-Tarifsystems. <https://oaat-otma.ch/informationen/gesamt-tarifsystem>

Passende bekostiging: Randvoorwaarde voor transformatie naar passende zorg. (2024). https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/sites/default/files/2024-07/NVZ_Dialoogdocument%20Passende%20bekostiging_200624.pdf

Portal Kanton Thurgau. (2022). Finanzierungsstruktur des Gesundheitswesens.

<https://statistik.tg.ch/themen-und-daten/soziales-und-gesundheit/gesundheitsfinanzierungsstruktur-des-gesundheitswesens.html/6963>

Quentin, W., Geissler, A., Wittenbecher, F., Ballinger, G., Berenson, R., Bloor, K., Forgone, D. A., Köpf, P., Kroneman, M., Serden, L., & others. (2018). Paying hospital specialists: Experiences and lessons from eight high-income countries. *Health Policy*, 122(5), 473–484.

Regeringen, Danske Regioner, & KL. (2021). Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger). <https://www.regioner.dk/media/15397/aftaletekst-vedr-sundhedsklynger-11-juni-2021.pdf>

reimbursement institute. (2024). Wirtschaftlichkeitsgebot.

<https://reimbursement.institute/glossar/wirtschaftlichkeitsgebot/>

Riedel, M. (2018). Festlegung von Kassentarifen Jahresthema 2016; Endbericht.

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., Van Ginneken, E., Organization, W. H., & others. (2010). The Netherlands: Health system review.

Schlunegger, M. C., Aeschlimann, S., & Zumstein-Shaha, M. (2021). PRiMA-Advanced Practice Nurse in der Primärversorgung. INSELGRUPPE, Direktion Pflege.

Schweizer Eidgenossenschaft. (2024). Die obligatorische Krankenversicherung Ratgeber. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/krankenversicherung/sie-fragen-wir-antworten-oblig-kv.pdf.download.pdf/broschuere-sie-fragen-wir-antworten-d.pdf>

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024). Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 auf knapp 500 Milliarden Euro gestiegen.

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_167_236.html

Strandberg-Larsen, M., Nielsen, M. B., & Krasnik, A. (2007). Are joint health plans effective for coordination of health services? An analysis based on theory and Danish pre-reform results. *International journal of integrated care*, 7.

Sucker, C., Kappert, G., & Koscielny, J. (2020). EBM-Reform zum 01.04. 2020. *Hämostaseologie*, 40(03), 384–385.

Sundhedsstyrelsen. (2024). Sundhedsaftaler.

<https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesenets-rammer-og-uddannelser/Sundhedsplanl%C3%A6gning/Sundhedsaftaler>

The Regions' Wage and Tariff Board. (2024). RLTN. <https://rltn.dk/>

Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020a). International profiles of health care systems Netherlands. The Commonwealth Fund, 12.

Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020b). International Health Care System Profiles Denmark (The Commonwealth Fund, Hrsg.). <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark>

Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, George. (2020). International Health Care System Profiles Denmark (The Commonwealth Fund, Hrsg.). <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark>

Trinkner, U., Binz, T., Zuberbühler, E., Spillmann, S., & Oderbolz, N. (2024). Pauschalen für ambulant-medizinische Leistungen.

TRISAN – Centre de compétences trinational pour vos projets de santé. (2017). Fünf Unterschiede beim Arztbesuch in Deutschland, Frankreich und der Schweiz.

- <https://www.trisan.org/themenfelder/patientenmobilitaet/artikel/fuenf-unterschiede-beim-arztbesuch-in-deutschland-frankreich-und-der-schweiz>
- UNOCAM, Fédération française des médecins généralistes, Fédération des médecins de France, & Le Bloc. (2016). Convention nationale organisant les apports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. <https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medicale-reglement-arbitral/reglement-arbitral-convention-et-avenants>
- van Engen, V., Buljac-Samardzic, M., Baatenburg de Jong, R., Braithwaite, J., Ahaus, K., Den Hollander-Ardon, M., Peters, I., & Bonfrer, I. (2024). A decade of change towards Value-Based Health Care at a Dutch University Hospital: A complexity-informed process study. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 94.
- Vandermeulen, L. (2019). Aantal werkzame specialisten per specialisme en uitstroom van Specialisten in de komende 20 jaar (Prismant, Hrsg.). https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/03/190301_Prismant_Werkzame-specialisten-2019.pdf
- VZinfo. (2023). Ziekenhuiszorg | Aanbod | Zorgprofessionals. <https://www.vzinfo.nl/ziekenhuiszorg/aanbod/specialisten-en-zorgprofessionals>
- Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem. (2019). EMPFEHLUNGEN FÜR EIN MODERNES VERGÜTUNGSSYSTEM IN DER AMBULANTEN ÄRZTLICHEN VERSORGUNG. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV__-_Dezember_2019.pdf

Zaytseva, A., Verger, P., & Ventelou, B. (2021). United, we can be stronger! French integrated general practitioners had better chronic care follow-up during lockdown.

Zorginstituut Nederland. (o. J.). Beoordeling van nieuwe zorg. Abgerufen 17. März 2025, von <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/beoordeling-van-nieuwe-zorg>

Zorginstituut Nederland. (2024a). Over de NZa. <https://www.nza.nl/over-de-nza>

Zorginstituut Nederland. (2024b). The Dutch health care system.

<https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands>

Zorginstituut Nederland. (2024c). Guideline for economic evaluations in healthcare (2024 version). <https://english.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl-eng/documenten/reports/2024/01/16/guideline-for-economic-evaluations-in-healthcare/Guideline+for+economic+evaluations+in+healthcare.pdf>

9.4 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Definition
ÄL	Ärztlicher Leistungsanteil, (Deutschland)
APN	Advanced Practice Nurses, (KrankenpflegerInnen mit Zusatzausbildung)
ats-tms AG	Arzttarif Schweiz – Tarif médical suisse, (Schweiz)
BAG	Bundesamt für Gesundheit, (Schweiz)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit, (Deutschland)
BVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung, (Schweiz)
CAP1	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles, (Pay-for-Quality Bezahlmodell für Primärversorgung, Frankreich)
CCAM	Gemeinsam Klassifikation der medizinischen Handlungen, (Classification commune des actes médicaux, Frankreich)
CEESP	Commission d'évaluation économique et de santé publique, (Ausschuss für wirtschaftliche und öffentliche Gesundheitsbewertung, Frankreich)
CHAP	Commission de hiérarchisation des actes et procédures (Ausschuss zur Priorisierung von Rechtsakten und Verfahren, Frankreich)
CNAM	Allgemeine nationale Krankenversicherung (Frankreich)
CNEDiMTS	Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, (Nationalen Kommission für die Bewertung von Medizinprodukten, Frankreich)
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CSS	Complémentaire santé solidaire, (Sozialversicherungsgesetz, Frankreich)
CT	Computertomographie
DRG	Diagnosed-related group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab, (Deutschland)
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren, (Schweiz)
ELGK	Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen, (Schweiz)

ENMR	Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (Pay-for-Quality Bezahlmodell für Gruppenpraxen, Frankreich)
FAS	Foreningen af Speciallæger, (Vereinigung der FachärztInnen, Dänemark)
FFS	Fee-for-Service (Einzelleistungsvergütung)
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum, (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Schweiz)
FPMT	Forfait Patientèle Médecin Traitant (PatientInnenpauschale, Frankreich)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss (Deutschland)
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (Schweiz)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung (Deutschland)
GP	General Practitioner (AllgemeinmedizinerIn)
H+	Verband der Krankenhäuser (Schweiz)
HAS	Haute Autorité de Santé (Oberste Gesundheitsbehörde, Frankreich)
HMO	Health Maintenance Organization
HTA	Health Technology Assessment (Gesundheitstechnologiebewertung)
InBA	Institut des Bewertungsausschusses (Deutschland)
IPL	Infrastruktur- und Personal-Leistung (Schweiz)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Deutschland)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung (Deutschland)
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung (Schweiz)
KNB	Kosten-Nutzen-Bewertungen
KV	Kassenärztliche Vereinigung (Deutschland)
KVG	Krankenversicherungsgesetz (Schweiz)
KVV	Krankenversicherungs-Verordnung (Schweiz)
LF	Lægeforeningen (Dänische ÄrztInnenkammer, Dänemark)
MAS	Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (Schweiz)
MGV	Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung

MRT	Magnetresonanztomographie
MSP	Maisons de santé pluriprofessionnelles (multidiziplinäre Gruppenpraxis, Frankreich)
MSZ	Medisch-specialistische zorg (Medizinische Fachkliniken, Niederlande)
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG (Schweiz)
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit (Niederländische Gesundheitsbehörde, Niederlande)
OAAT AG	Organisation ambulante Arzttarife (Schweiz)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (Schweiz)
OPTAM	Option Pratique Tarifaire Maitrisée (Regelung zur Begrenzung von Honorarüberschreitungen, Frankreich)
P4P	Pay-for-Performance
P4Q	Pay-for-Quality
PaKoDig	Paritätischen Kommission Dignität und Spartenanerkennung (Schweiz)
PBM	Praxisbetriebsmodelle (Deutschland)
PIK	Paritätische Interpretationskommission (Schweiz)
PKV	Private Krankenversicherung (Deutschland)
PLO	Praktiserende Lægers Organisation (Vereinigung der praktizierenden ÄrztInnen, Dänemark)
PTK	Paritätische Tarifkommission (Schweiz)
RCT	Randomised Control Trial (Randomisierte kontrollierte Studien)
RLTN	Regionernes Lønnings- og Takstnævn (Lohn- und Tarifvorstand der Regionen, Dänemark)
RoKo	Rollende Praxiskostenstudie (Schweiz)
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique (Bezahlmodell für Primär- und fachärztliche Versorgung, Frankreich)
SDM	Shared Decision Making (Gemeinsame Entscheidungsfindung, Niederlande)
SGB	Sozialgesetzbuch (Deutschland)
STABS	Standardbewertungssystem (Deutschland)

sts AG	Solutions tarifaires suisses, (Schweizer Tarifrösung, Schweiz)
TARDOC	Tarif Doctor (Ärztlicher Tarif, Schweiz)
TARMED	Tarif Médical (Medizinischer Tarif, Schweiz)
TL	Technischer Leistungsanteil (Deutschland)
TPW	Taxpunktwert (Schweiz)
UNCAM	Union der gesetzlichen Krankenversicherungskassen (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, Frankreich)
VBHC	Value-based health care (Wertebasierte Gesundheitsversorgung, Niederlande)
VRM	Vaskuläres Risikomanagement
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Spor (Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport, Niederlande)
ZiNL	Zorginstituut Nederland (Niederländisches Gesundheitsinstitut, Niederlande)