

**Projektbericht**  
**Research Report**

**Festlegung von**  
**Kassentarifen**  
Jahresthema 2016

**Monika Riedel**



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN  
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES  
Vienna



**Projektbericht**  
**Research Report**

# **Festlegung von Kassentarifen**

## **Jahresthema 2016**

**Monika Riedel**

Endbericht

Studie im Auftrag des Hauptverbandes  
der Österreichischen Sozialversicherungsträger

**Februar 2018**

**Institut für Höhere Studien (IHS), Wien**  
**Institute for Advanced Studies, Vienna**

**Kontakt:**

Dr. Monika Riedel  
☎: +43/1/599 91-229  
email: riedel@ihs.ac.at

---

**Bemerkungen**

Vielen Dank an Sophie Foessleitner für die Unterstützung bei der Endredigierung des Textes.

# Inhalt

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2. Literaturrecherche über die internationale Praxis der Tariffestlegung</b>	<b>2</b>
2.1. Länderauswahl.....	2
2.2. Deutschland .....	3
2.2.1. Ambulante Versorgung im Landeskontext.....	3
2.2.2. Eingebundene Parteien und Institutionen.....	4
2.2.3. Verhandlungsablauf.....	7
2.2.4. Berechnungsgrundlagen und Tarifgestaltung .....	9
Exkurs: Beispiel Thüringen.....	12
Exkurs: Bestimmung des sogenannten „Arztlohnes“.....	12
2.2.5. Leistungskatalog.....	14
2.3. Frankreich .....	16
2.3.1. Ambulante Versorgung im Landeskontext.....	16
2.3.2. Eingebundene Parteien .....	17
2.3.3. Verhandlungsablauf.....	19
2.3.4. Berechnungsgrundlagen .....	21
2.3.5. Leistungskatalog.....	22
2.4. Lettland .....	24
2.4.1. Ambulante Versorgung im Landeskontext.....	24
2.4.2. Eingebundene Parteien .....	26
2.4.3. Verhandlungsablauf.....	27
2.4.4. Berechnungsgrundlagen .....	27
2.4.5. Leistungskatalog.....	29
2.5. Niederlande.....	30
2.5.1. Ambulante Versorgung im Landeskontext.....	30
2.5.2. Eingebundene Parteien und Institutionen.....	30
2.5.3. Verhandlungsablauf.....	31
2.5.4. Berechnungsgrundlagen und Tarifgestaltung .....	32
2.5.5. Leistungskatalog.....	34
2.6. Schweiz.....	35
2.6.1. Ambulante Versorgung im Landeskontext.....	36
2.6.2. Eingebundene Parteien und Institutionen.....	37
2.6.3. Verhandlungsablauf.....	39

2.6.4.	Berechnungsgrundlagen und Tarifgestaltung .....	42
2.6.5.	Leistungskatalog.....	46
2.7.	Vereinigtes Königreich .....	48
2.7.1.	Ambulante Versorgung im Landeskontext.....	48
2.7.2.	Eingebundene Parteien und Institutionen.....	48
2.7.3.	Verhandlungsablauf.....	50
2.7.4.	Berechnungsgrundlagen und Tarifgestaltung .....	53
	Exkurs: Weiterentwicklung der Carr Hill-Formel.....	55
2.7.5.	Leistungskatalog.....	56
<b>3.</b>	<b>Recherche über die Praxis der Tariffestlegung in Europa via Fragebogen</b>	<b>57</b>
3.1.	Durchführung der Befragung.....	57
3.2.	Ergebnisse: Hintergrund zur ambulanten Versorgung .....	58
3.3.	Ergebnisse: Eingebundene Parteien und Institutionen .....	61
3.4.	Ergebnisse: Verhandlungsablauf .....	64
3.5.	Ergebnisse: Berechnungsgrundlagen und Tarifgestaltung.....	70
3.6.	Leistungskatalog .....	82
<b>4.</b>	<b>Positionierung Österreichs</b>	<b>84</b>
<b>5.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>91</b>
<b>6.</b>	<b>Tabellenanhang: Ausgewählte Fragebogenergebnisse</b>	<b>94</b>

## Tabellen

Tabelle 1: Abrechnungsgruppe Allgemeinmediziner/häusliche Internisten, Q2/2012, Deutschland: TOP 3 Gebührenordnungspositionen (GOP).....	15
Tabelle 2: Zwei Vertragsregimes für GPs in der französischen Sozialversicherung.....	17
Tabelle 3: Elemente der GP-Entlohnung, Niederlande .....	33
Tabelle 4: Ablauf von Anträgen auf TARMED Anpassungen.....	40
Tabelle 5: Aufteilung der Praxiseinnahmen unter GMS-Vertrag, England .....	53
Tabelle 6: Grundsätzlicher Modus der Vergütungsentscheidung im ambulant-ärztlichen Bereich .....	61
Tabelle 7: Verhandelnde bzw. entscheidende Organisationen .....	63
Tabelle 8: Vertragsdauer und Vertragsebenen.....	67
Tabelle 9: Prozedere bei Scheitern von Verhandlungen – „alte“ EU-Länder und Schweiz ...	68
Tabelle 10: Prozedere bei Scheitern von Verhandlungen – „neue“ EU-Länder.....	69
Tabelle 11: Entgelt-Formen (in % des Gesamtentgelts) .....	71
Tabelle 12: Bestimmungsgrößen der Entgelthöhe – „alte“ EU-Länder und Schweiz.....	73
Tabelle 13: Bestimmungsgrößen der Entgelthöhe – „neue“ EU-Länder .....	74
Tabelle 14: Durchführende Organisation relevanter Berechnungen und Recherchen .....	76
Tabelle 15: Durch das Honorar abzudeckende Kostenarten und ihre Berechnungsart .....	77
Tabelle 16: Geltungsbereich und Teilnahmebedingungen .....	94
Tabelle 17: Geltungsbereich nach Versorgungssettings .....	95
Tabelle 18: Weitere Fragebogenangaben zum Modus der Tariffberechnung .....	96

# Abbildungen

Abbildung 1: Wirkungsmöglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes .....	5
Abbildung 2: Öffentliche Entlohnung von GPs, Lettland .....	29
Abbildung 3: Anteile der Top 8 TARMED Positionen gemessen am gesamten Taxpunktwert, 2010 .....	44
Abbildung 4: Vereinfachte Darstellung des Prozedere für die Aufnahme in den Leistungskatalog .....	47
Abbildung 5: Tarifverhandlungsprozedere in Belgien .....	66
Abbildung 6a-d: Verhandlung der Entgelthöhe: Relevante Faktoren .....	80
Abbildung 7a-d: Verhandlung von Entgelthanpassungen: Relevante Faktoren .....	81

## Abkürzungen

ABC-Costing	Aktivitätsorientierte Kostenrechnung, Prozesskostenrechnung
ACM	Autoriteit Consument & Markt (KonsumentInnen- und Marktbehörde), Niederlande
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen, Deutschland
ARS	agence régionale de santé (regionale Gesundheitsbehörde), Frankreich
BKK	Betriebskrankenkassen
BMA	British Medical Association
CCAM	Classification commune des actes médicaux (Allgemeiner medizinischer Leistungskatalog), Frankreich
CCG	Clinical Commissioning Group, England
CHAP	Commission de hiérarchisation des actes et procédures (Bewertungskommission u.a. für ärztliche Leistungen), Frankreich
CHAP	Commission de hiérarchisation des actes et procédures (in etwa: Tariffestlegungskommission), Frankreich
CMU	Couverture Maladie Universelle (in etwa: allgemeine Krankenversicherung), Frankreich
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (allgemeine Krankenversicherung der unselbständig Beschäftigten), Frankreich
CNEDIMTS	Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (nationales Evaluierungsinstitut für das Gesundheitswesen), Frankreich
CNP	Conseil national de pilotage (nationaler Steuerungsrat), Frankreich
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (Nationaler Solidaritätsfonds für Autonomie), Frankreich
CPD	Continuing Professional Development (Berufliche Fortbildung)
DMP	Disease Management Program
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Deutschland
FFS	Fee for service (Einzelleistungshonorierung)
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss, Deutschland
GKK	Gebietskrankenkasse, Österreich
GMC	General Medical Council (u.a. für Einkauf zuständiges lokales Gremium), England
GMS	General Medical Services, England
GOP	Gebührenordnungsposition, Deutschland
GP	General Practitioner (Arzt oder Ärztin für Allgemeinmedizin)
H+	Verband der Schweizer Krankenhäuser, Schweiz
HAS	Haute Autorité de Santé (Gesundheitsinstitut), Frankreich
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (als Schlichtungsstelle fungierendes ExpertInnen-Komitee), Frankreich

## Abkürzungen (Fortsetzung)

HMO	Health Maintenance Organization
HTA	Health Technology Assessment
ICT	Informations- und Kommunikationstechnologie
k.A.	Keine Angabe
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutschland
KFA	Kranken-Fürsorge-Anstalt, Österreich
KLV/OPAS	Gesundheitsleistungsverordnung, Schweiz
KV	Kassenärztliche Vereinigungen, Deutschland
KVG/LAMal	Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Schweiz
KVV/OAMal	Krankenversicherungsverordnung, Schweiz
MoH	Ministry of Health (Gesundheitsministerium)
MPIG	minimum practice income guarantee (Mindesteinkommensgarantie für Arztpraxen), England
MTK	Medizinal-Tarif-Kommission, Schweiz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum, Deutschland
NHS	National Health Service (nationaler Gesundheitsdienst)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence, England
NIHDI	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering – institute national
INAMI-RIZIV	d'assurance maladie-invalidité, National Institute for Health and Disability Insurance (Nationales Kranken- und Invalidenversicherungsinstitut), Belgien
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit (Niederländische Gesundheitsbehörde), Niederlande
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OKP	Obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung, Schweiz
P4P	Pay for Performance (Ergebnisorientierte Bezahlungsform)
PaKoDig	Paritätische Kommission Dignität und Spartenanerkennung, Schweiz
PIK	Paritätische Interpretationskommission, Schweiz
PMS	Personal Medical Services, England
PTK	Paritätische Tarifkommission, Schweiz
QOF	Quality Outcomes Framework, England
ROSP	rémunération sur objectifs de santé publique (Honorarverträge gemäß Public Health Zielen), Frankreich
RVK	Rückversicherungsverband des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen, Schweiz
SBG	Sozialgesetzbuch, Deutschland
SHI	Social Health Insurance (Soziale Krankenversicherung)
SISAC	Società Interregionale Sanitari Convenzionati (Vertretung der beim italienischen Staat beschäftigten Angehörigen der Gesundheitsberufe)
SV-Land	Sozialversicherungsland
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutschland
TARMED	Tarif medicale (umfassender Einzelleistungstarif), Schweiz
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (Vereinigung der Krankenversicherungen), Frankreich

### **Abkürzungen (Fortsetzung)**

vdek	Verband der Ersatzkassen e.V., Deutschland
ZiNL	Zorginstituut Nederland (nationales Gesundheitsinstitut), Niederlande

# 1. Einleitung

Sowohl theoretische als auch empirische Befunde in der gesundheitsökonomischen Literatur zeigen die Mächtigkeit der Anreizwirkung von Honorierungsmodellen. Während die internationale Literatur der Analyse der Honorierungsformen breiten Raum widmet, wurde jedoch die Frage, wie diese Formen zustande kommen und welche konkreten Herangehensweisen einzelne Versicherungssysteme hierbei wählen, noch wenig untersucht.

Der vorliegende Projektbericht widmet sich der Frage, wie in einzelnen Ländern die Tarife für KassenärztInnen konkret festgelegt werden. Es werden die beteiligten Verhandlungspartner, weitere eingebundene Institutionen sowie das vorgesehene Prozedere - auch bei Scheitern von Verhandlungen - berücksichtigt. Ebenso erfasst werden die Berechnungsgrundlagen für Tarife.

Entgegen der ursprünglichen Projektplanung war eine reine Literaturrecherche aufgrund des äußerst spärlichen Materials zum Prozedere der Tarifgenese nicht durchführbar. Stattdessen wurden wenige Länder ausgewählt und die relevanten Institutionen und ihre Funktion im Verhandlungsprozess anhand der HiT-Berichte sowie der auf den entsprechenden Webseiten bestehenden Informationen beschrieben, um wesentliche Fragen für den Verhandlungsprozess zu identifizieren. Auf dieser Basis wurde ein Fragebogen konzipiert und an europäische Institutionen verschickt, um sich Antworten auf diese Fragen anzunähern.

Der vorliegende Bericht gliedert sich nunmehr in sechs Länderberichte (Kapitel 2) und die Darstellung der aus den Fragebögen gewonnenen Erkenntnisse (Kapitel 3). Kapitel 4 fasst die österreichische Positionierung vor dem daraus gewonnenen Bild zusammen.

Unser Dank gilt allen Kolleginnen und Kollegen, die durch Diskussionen von Fragebogen und Ergebnissen ihr Wissen beigetragen haben, sowie insbesondere den internationalen Expertinnen und Experten, die durch ihren Beitrag den internationalen Vergleich ermöglicht haben.

## 2. Literaturrecherche über die internationale Praxis der Tariffestlegung

Eine Sichtung der in peer-reviewed Zeitschriften veröffentlichten Artikel zeigt, dass der Vielzahl von Arbeiten über die Form der ärztlichen Honorierung kaum Literatur über das Prozedere der Entwicklung und Wartung dieser Honorierungsformen gegenübersteht. Somit wird als Hauptquelle die Reihe „Health Systems in Transition“ (HiT) mit den Länderberichten der jeweiligen Gesundheitssysteme herangezogen, ergänzt um nationale Berichte und Quellen, soweit uns diese sprachlich (Englisch, Deutsch) zugänglich waren.

### 2.1. Länderauswahl

Aufgrund der Fragestellung bietet es sich an, als Vergleichsländer vor allem Länder mit einem Sozialversicherungssystem heranzuziehen. Hierfür kommen zum einen etablierte Sozialversicherungsländer in Frage, da in diesen theoretisch schon lange Zeit die Gelegenheit bestanden hat, entsprechende Verhandlungsmodelle zu entwickeln und zu optimieren. Allerdings ist bekannt, wie schwer etablierte Strukturen im Verhandlungsprozess abzuändern sind, und dass insbesondere Ärztinnen und Ärzte es in vielen Ländern gut verstehen, ihre Interessen umzusetzen und zu bewahren (Feldstein 1996). Andererseits können Länder, die erst vor relativ kurzer Zeit zu einem Sozialversicherungsmodell übergegangen sind, wertvolle Erkenntnisse hierzu liefern. Gerade diese Länder sollten sich im Neuaufbau der Institutionen theoretisch leichter tun, da sie bereits auf internationale (Vor-) Erfahrungen aufbauen, daraus lernen und damit von vornherein optimierte Strukturen aufbauen könnten, sodass auch die Beobachtung der Herangehensweise dieser neuen Sozialversicherungsländer interessante Inputs liefern kann.

In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass die früher übliche, nahezu dichotome Trennung in einerseits Länder mit Sozialsystemen Bismarck'scher Prägung und andererseits Länder mit primär steuerfinanzierten Strukturen zunehmend aufweicht, und die Kennzeichen beider Ländergruppen sich vermischen. In einigen Sozialversicherungsländern nimmt der Anteil steuerfinanzierter Gesundheits- und Pflegeausgaben zu, in staatlichen Systemen die privatwirtschaftlich organisierten Elemente. Somit ist nicht auszuschließen, dass auch aus Verhandlungsprozessen in staatlichen Gesundheitssystemen nützliche Erfahrungen gewonnen werden können.

Diesen theoretischen Überlegungen zur Länderauswahl steht die Verfügbarkeit der Evidenz entgegen, die, wie oben beschrieben, in der öffentlich zugänglichen Literatur äußerst begrenzt ist. Auftraggeber und IHS sind daher übereingekommen, relevante Stakeholder in möglichst vielen EU-Ländern zu kontaktieren und um die Ausfüllung eines Fragebogens zu ersuchen.

Die Länderauswahl für die Literaturrecherche erfolgte pragmatisch gemäß vorhandener Evidenz. In einem ersten Schritt wurden Deutschland, die Niederlande, die Schweiz und England ausgewählt, um einen Überblick aus Ländern mit bekannt guter Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Informationen zu gewinnen. Die Erkenntnisse aus der Literaturlauswertung zu diesen Ländern gingen in die Erstellung des Fragebogens bzw. die Formulierung relevanter Fragen für den Fragebogen ein. Aufgrund der eingegangenen Fragebögen wurden in weiterer Folge Länderkapitel für Frankreich und Lettland ergänzt. Lettland fungiert hierbei als Vertreter der neuen EU-Mitgliedsstaaten und wurde u.a. deshalb ausgewählt, weil recht neue Berichte von OECD und der lettischen Regierung zum lettischen Gesundheitswesen vorliegen und somit mehr Informationen als für die meisten der anderen neuen Sozialversicherungsländer verfügbar sind. Die Literaturlauswertung für die somit ausgewählten Länder basierte vor allem auf den HiT-Berichten sowie Webseiten relevanter Institutionen in den jeweiligen Ländern. Die Ergebnisse sind in diesem Kapitel dargestellt.

## 2.2. Deutschland

### 2.2.1. Ambulante Versorgung im Landeskontext

Der „Ärztatlas 2016“ des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkassen gibt Auskunft über die ärztliche Versorgungslage. Zur hausärztlichen Versorgung zählen hierbei AllgemeinärztInnen, praktische ÄrztInnen und hausärztlich tätige InternistInnen. Im Rahmen der Bedarfsplanung entspricht eine Versorgung mit einer Ärztin bzw. einem Arzt je 1.671 (im Ruhrgebiet: 2.134) EinwohnerInnen einem Versorgungsgrad von 100 %, diese Versorgung wird gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses als allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad angesehen und im Fall der hausärztlichen Versorgung auf die 883 sogenannten „Mittelbereiche“ bezogen; zur Planung der fachärztlichen Versorgung wird auf die 372 Kreise und kreisfreien Städte Bezug genommen.<sup>1</sup> Gemäß diesem Maßstab war im Jahr 2015 die hausärztliche Versorgung in jedem der Bundesländer durchschnittlich ausreichend, bundesweit überschritt der Ist-Wert den Plan- oder Soll-Wert um 9,6%. Der niedrigste Wert wurde mit 1,5% über dem Richtwert in Sachsen Anhalt ermittelt, die höchsten in Berlin (+18,0), Hamburg (+16,6%) und Bayern (+16,2%). Innerhalb der Bundesländer sind jedoch große Bandbreiten zu verzeichnen, so unterschritten bundesweit insgesamt 8 Planungsbereiche den Soll-Wert um 25% oder mehr, und in weiteren 70 Planungsbereichen wird der gewünschte Versorgungsgrad um 25% bis 10% unterschritten, während 409 Planungsbereiche das Plan-Soll um mindestens 10% überschritten (Klose, Rehbein 2016).

Traditionell wird die ambulante Versorgung vor allem durch Einzelpraxen bestritten, andere Versorgungs- bzw. Praxisformen holen aber auf. In einer Befragung der niedergelassenen

<sup>1</sup> Bezogen auf diese jeweiligen Planungsbereiche werden noch demografische und leistungsbedarf-bezogene Anpassungen vorgenommen. Die Berechnungen stellen auf Vollzeitäquivalente ab.

ÄrztInnen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Jahr 2012 gaben 58% der Befragten an, in einer Einzelpraxis, 34% in einer Gemeinschaftspraxis und 8% in einem sogenannten „Medizinischen Versorgungszentrum“ (MVZ) tätig zu sein.<sup>2</sup> Eine gesonderte Auswertung für den hausärztlichen Bereich war nicht verfügbar. In Deutschland wird zwischen Gemeinschaftspraxis und Praxisgemeinschaft unterschieden, wobei nur Gemeinschaftspraxen als einheitliche wirtschaftliche Organisation auftreten, die gemeinsam ihre Patientinnen und Patienten versorgen. Praxisgemeinschaften hingegen verwenden als wirtschaftlich unabhängige Anbieter dieselben Praxisräumlichkeiten sowie, möglicherweise, gemeinsames Unterstützungspersonal und eine gemeinsame Infrastruktur.

Die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und sozialer Krankenversicherung weist in Deutschland, im Vergleich mit Österreich, eine Reihe von Unterschieden auf. Einer hiervon ist, dass die ÄrztInnen gemeinsam mit der Krankenversicherung verpflichtet sind, die ambulante ärztliche Versorgung aller gesetzlich Versicherten in Deutschland sicherzustellen (Sozialgesetzbuch (**SGB**) V, §72 - Sicherstellungsauftrag).<sup>3</sup> 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 Nachzügler. 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 Ärzteschaft besteht bereits seit über hundert Jahren und wird immer noch von der überwiegenden Mehrheit unterstützt<sup>4</sup>.

### 2.2.2. Eingebundene Parteien und Institutionen

Die Interessen der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Versicherten (rund 90 Prozent der deutschen Bevölkerung) werden von sieben Verbänden vertreten, wovon sechs Verbände jeweils die sechs Kassenarten vertreten, und der Spitzenverband übergreifend agiert. Die sechs Kassenarten bzw. ihre Verbände sind:

<sup>2</sup> <http://www.lass-dich-nieder.de/antworten/zahlen-fakten.html>

<sup>3</sup> Diese Verpflichtung bezieht sich nicht nur auf die Bereitstellung der ambulanten Versorgung zu Sprechstundenzeiten, sondern umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) (Sozialgesetzbuch V, §75 (1b)).

<sup>4</sup> [http://www.kbv.de/media/sp/2013\\_01\\_18\\_Befragung\\_Sicherstellungsauftrag\\_Ergebnisse\\_Basispapier\\_neu.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2013_01_18_Befragung_Sicherstellungsauftrag_Ergebnisse_Basispapier_neu.pdf). Allerdings votierte die Mehrheit in der Befragung im Jahr 2012 für geänderte Rahmenbedingungen, insbesondere für ein festes Preisgefüge.

- Der AOK-Bundesverband vertritt die Interessen von elf eigenständigen Allgemeinen Ortskrankenkassen (**AOK**), in denen über 24 Millionen Menschen versichert sind.
- Der BKK Dachverband vertritt auf Bundesebene die Interessen der über 100 Betriebskrankenkassen, in denen insgesamt 13 Millionen Menschen versichert sind.
- Der Verband der Ersatzkassen e. V. (**vdek**) vertritt sechs Kassen, die zusammen mehr als 25 Millionen Menschen versichern.
- Dem IKK e.V. gehören Innungskrankenkassen mit insgesamt mehr als 5 Millionen Versicherten an.
- Die Knappschaft mit 1,7 Millionen Versicherten und die
- Sozialversicherungen für Landwirtschaft, Forste und Gartenbau (**SVLFG**) mit 0,7 Millionen Versicherten sind die vergleichsweise kleinste Kassenart.

Neben den Einzelverbänden wurde am 1. April 2007 eine gemeinsame **Interessenvertretung aller gesetzlichen Krankenkassen** eingerichtet, der **GKV-Spitzenverband (GKV-SV)**.

**Abbildung 1: Wirkungsmöglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes**



Quelle: <https://www.gkv-spitzenverband.de>.

Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen, deren Landesverbände und damit praktisch für alle gesetzlich Versicherten. Auf der Webseite des Verbandes findet sich eine Grafik, die seine Wirkungsmöglichkeiten zusammenfasst (Abbildung 1). Das heißt, dass zu den Aufgaben des Spitzenverbandes auch das Aushandeln von Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen für die ambulante und zahnärztliche Versorgung gehört, sowie die Erstellung von Vorgaben für Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene. Alle nicht gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben, mit denen sich die Kassen im Wettbewerb untereinander profilieren können, liegen grundsätzlich in der Gestaltungsfreiheit der Kassen. Hierzu gehören beispielsweise Sonderverträge mit HausärztInnen. Die Kassen können diese Aufgaben jedoch auch auf kassenartbezogene Verbände oder Unternehmen übertragen.<sup>5</sup> Die Gegenseite der Kassen bei

<sup>5</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/wir\\_ueber\\_uns/aufgaben\\_und\\_ziele/aufgaben\\_und\\_ziele.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/wir_ueber_uns/aufgaben_und_ziele/aufgaben_und_ziele.jsp)

Vertragsverhandlungen über ärztliche Belange ist folgendermaßen strukturiert: Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** fungiert als Dachverband der 17 regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, denen alle VertragsärztInnen und VertragspsychotherapeutInnen 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. Gemäß § 77 Abs. 5 SGB V sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Konkret sind folgende Personengruppen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen:

- die im jeweiligen Zuständigkeitsbereich niedergelassenen zugelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen,<sup>6</sup>
- die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen MVZ tätigen angestellten ÄrztInnen (mindestens halbtags tätig) und
- die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten KrankenhausärztInnen.

Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von ÄrztInnen, ZahnärztInnen, PsychotherapeutInnen, Krankenhäusern und Krankenkassen. Er bestimmt durch Richtlinien den Leistungskatalog der GKV, der wiederum festlegt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Der Beschluss von Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den ambulanten und den stationären Bereich gehört ebenfalls zu seinen Aufgaben.

Der **Bewertungsausschuss** legt die Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Vergütung fest. Bewertungsausschuss und G-BA sind Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Der Bewertungsausschuss ist paritätisch besetzt mit jeweils drei Vertretungspersonen der KBV und des GKV-Spitzenverbandes. Die Erstellung des **einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)**, also der Abrechnungsgrundlage für vertragsärztliche Leistungen im Rahmen des GKV-SV, bildet die Hauptaufgabe des Bewertungsausschusses. Außerdem passt der Bewertungsausschuss den bundesweit geltenden Orientierungswert, d.h. die Grundlage für die Vereinbarung regionaler Gebührenordnungen mit Euro-Preisen, an. In den Aufgabenbereich des Bewertungsausschusses fällt zudem der Beschluss von Empfehlungen und Vorgaben, insbesondere zu regionalen Vereinbarungen über die Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten.

---

<sup>6</sup> <http://www.kbv.de/html/432.php>

Die zugrunde liegenden Berechnungen und Analysen führt das **Institut des Bewertungsausschusses** durch.

Der **erweiterte Bewertungsausschuss** setzt sich aus den Mitgliedern des Bewertungsausschusses erweitert um einen unparteiischen Vorsitz und zwei weitere unparteiische Mitglieder zusammen und dient als Schiedsstellengremium. Die Benennung des unparteiischen Vorsitzes erfolgt gemeinsam durch die Träger des Bewertungsausschusses, KBV und GKV-SV. Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern werden je eines von KBV und GKV-SV bestimmt. Unparteiisch sind die/der Vorsitzende und die weiteren zwei Mitglieder des erweiterten Bewertungsausschusses, weil sie keiner der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses angehören dürfen. Die Festsetzung einer Vereinbarung durch den erweiterten Bewertungsausschuss erfolgt mit der Mehrheit seiner Mitglieder. Die Vereinbarungen haben die gleiche Wirkung wie die Beschlüsse des Bewertungsausschusses.

### 2.2.3. Verhandlungsablauf<sup>7</sup>

Es sind Verträge und andere Regelungen auf mehreren Ebenen auszuverhandeln:

- Auf Bundesebene verhandeln der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung Bundesmantelverträge gemäß § 87 Abs. 1 SGB V. Im **Bundesmantelvertrag** werden Regelungen zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung, zur persönlichen Leistungserbringung und zu Überweisungen und Verordnungen getroffen. Seit dem 01. Oktober 2013 gilt ein einheitlicher Bundesmantelvertrag für alle Kassenarten.
- Auf Bundesebene verhandeln der GKV-Spitzenverband und die KBV die Grundlagen für die Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Honorare. Laut Gesetz sind hier zwei Dinge zu beschließen: Vorgaben zur Anpassung des Orientierungswertes (Preiskomponente) und Empfehlungen zur morbiditätsbedingten Veränderungsrate (Mengenkomponente). Die morbiditätsbedingte Veränderungsrate setzt sich aus den diagnosebedingten und demografischen Veränderungsraten zusammen und wird regional ermittelt.
- Im Anschluss an die Entscheidungen der Bundesebene verhandeln die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen mit den Verbänden der Krankenkassen **Gesamtverträge auf Landesebene** (Honorarverteilungsmaßstäbe). Die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe regeln gemäß § 87b SGB V die Verteilung der von den Krankenkassen bereitgestellten Gesamtvergütung<sup>8</sup> an die Mitglieder der

<sup>7</sup> Sofern nicht anders angegeben, stammen die Informationen in diesem Abschnitt von der Webpage des deutschen Gesundheitsministeriums (<http://www.bmg.bund.de/service/begriffe-von-a-z.html>, Zugriff im Juni 2016), sowie des GKV Spitzenverbandes ([https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/verguetung\\_aerztlicher\\_leistungen/s\\_thema\\_aerzteverguetung.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/verguetung_aerztlicher_leistungen/s_thema_aerzteverguetung.jsp), Zugriff 10.1.2017)

<sup>8</sup> SGB V § 85 (2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag vereinbart; die Landesverbände der Krankenkassen treffen die Vereinbarung mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart. Die

Kassenärztlichen Vereinigung. Mit ihr soll die ambulante ärztliche Versorgung aller gesetzlich Versicherten finanziert werden, die im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung wohnen. Zu den regional zwischen den Gesamtvertragspartnern zu vereinbarenden Vergütungsparametern gehören vor allem:

- der regionale Punktwert, festgelegt auf Basis des bundesweit festgesetzten Orientierungswertes,
- die für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung festzulegenden morbiditätsbedingte Veränderungsrate, die aus der Gewichtung der vom Bewertungsausschuss empfohlenen regionalspezifischen demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten hergeleitet wird, sowie
- die für das jeweilige Folgejahr gegebenenfalls zu zahlenden Zuschläge auf den Punktwert für besonders förderungswürdige Leistungen<sup>9</sup> bzw. LeistungserbringerInnen.
- Einzelne (Zahn-) ÄrztInnen, eine Gemeinschaft von Leistungserbringern (z. B. ein Berufsverband) und andere Leistungserbringer können aber auch in Form von **Selektivverträgen** individuell mit den Krankenkassen die Vertragsbedingungen aushandeln. Dies soll Flexibilität bei den Erfordernissen bei besonderen Versorgungsformen oder bei der Behandlung bestimmter Krankheiten ermöglichen. Die Bereiche, in denen Einzelverträge abgeschlossen werden können, wurden in den vergangenen Jahren deutlich ausgeweitet. Auch die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V beruht auf Einzelverträgen zwischen besonders qualifizierten HausärztInnen und des GKV. Im Rahmen der Selektivverträge über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V (insbesondere jene über die integrierte Versorgung) können Krankenkassen mit VertragsärztInnen und mit anderen zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigten Leistungserbringern Einzelverträge abschließen.

Die Verträge und Richtlinien sind für beide Seiten, (Zahn-)ÄrztInnen und Krankenkassen, verbindlich.

Das Gremium zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ist der Bewertungsausschuss. Erzielt der Bewertungsausschuss keine oder nur teilweise eine Einigung, kann auf Wunsch von mindestens zwei Mitgliedern der **erweiterte Bewertungsausschuss** beigerufen werden. In diesem Gremium sind gesetzlich Mehrheitsentscheidungen vorgesehen.

---

Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. ...

<sup>9</sup> Beispielsweise zählen in Brandenburg u.a. psychotherapeutische und kinderpsychiatrische Gespräche, Narkose bei körperlich/geistig behinderten PatientInnen/Kleinkindern und die Transfusion von Blutprodukten zu den per Zuschlag geförderten Leistungen.

Die Honorarverhandlungen sollen jährlich auf Bundesebene bis spätestens zum 31. August und auf Landesebene bis spätestens zum 31. Oktober abgeschlossen sein.

#### **2.2.4. Berechnungsgrundlagen und Tarifgestaltung**

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab stellt den bundesweit gültigen Leistungskatalog samt seiner monetären Bewertung dar. 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. [...]*

Für den hausärztlichen<sup>10</sup> Bereich konkretisiert SGB V § 87 (2b):

*Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder nach Absatz 2a Satz 7 und 8 telemedizinisch oder im Wege der Delegation erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen. Mit den Pauschalen nach Satz 1 sollen die gesamten im Abrechnungszeitraum regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet werden. Die Pauschalen nach Satz 1 sollen einerseits*

<sup>10</sup> Als HausärztInnen können außer AllgemeinmedizinerInnen auch gewisse FachärztInnen fungieren, wie InternistInnen ohne anderweitige Spezialisierung, die an der hausärztlichen (im Gegensatz zur fachärztlichen) Versorgung teilnehmen.

*nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, und soweit möglich nach weiteren insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten Morbiditätskriterien insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung differenziert werden, um mit dem Gesundheitszustand verbundene Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen. Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird.*

Die vertragsärztliche Vergütung ist schon seit längerem begrenzt durch länder- und arztgruppenspezifische Budgets, die wie im vorigen Abschnitt beschrieben, auf Landesebene ausverhandelt werden. Die Berechnung der Budgets folgt dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die Verteilung dieser Gesamtvergütung durch die KVen an die VertragsärztInnen wiederum erfolgt auf Basis des EBM und der **Honorarverteilungsverträge**. 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 vertragspezifische Grundsätze und Versorgungsziele, für die eine gesetzliche Veröffentlichungspflicht besteht, siehe Exkurs Beispiel Thüringen.

Neben der vertragsärztlichen, gewinnt der EBM auch zunehmend Bedeutung in den intermediären sowie den intramuralen Vergütungsstrukturen. Der EBM ist ein Verzeichnis all jener Leistungen im ambulanten Bereich, die VertragsärztInnen nach ihrer Erbringung mit dem GKV-SV abrechnen dürfen. Das Verzeichnis basiert auf einer relativen Punktestruktur, die den Wert der Leistungen bzw. den bei der Erbringung tatsächlich anfallenden Kosten widerspiegeln soll. Dabei orientiert sich die Punktevergabe zum Großteil an dem für die Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand (vgl. SGB V §87 (2), wie oben angegeben). Beispielsweise wurde der sogenannte kalkulatorische Arztlohn durch den EBM 2008 auf den immer noch aktuellen Wert von 105.571 Euro festgesetzt, was einer ärztlichen Leistungsvergütung von 0,8609 Euro pro Minute entspricht, siehe auch den Exkurs zum Thema Arztlohn.

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. Dieser Orientierungswert beträgt seit 1. Januar 2016 10,4361 Cent, und damit

um 1,6 Prozent mehr als im Vorjahr (10,2718 Cent). Dies bedeutet ein Honorarplus von bundesweit rund 550 Millionen Euro.<sup>11</sup>

Die auf Bundesebene erzielten Ergebnisse bilden dann 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.

Für die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten die VertragsärztInnen von der KV ihres Bundeslandes Gesamthonorare. Diese setzen sich aus mehreren Bestandteilen zusammen. Die Mehrzahl der Leistungen (ca. 70 Prozent) wird mit der **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** finanziert. Diese Leistungen unterliegen einer Mengensteuerung, da gesetzlich vorgegeben ist, für die Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit Sorge zu tragen. Bei Überschreitung einer bestimmten Leistungsmenge (Regelleistungsvolumen) werden die darüber hinausgehenden Leistungen zu einem abgestaffelten Preis vergütet. Typische, der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörige Leistungen sind u. a.:

- arztgruppenspezifische Versicherten- und Grundpauschalen sowie Untersuchungsleistungen
- Gesprächsleistungen
- Hausbesuche
- Basisdiagnostik.

Der geringere und nicht der Mengensteuerung unterliegende Teil der Leistungen (zurzeit 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 Patienten (Onkologie-Vereinbarung).

Seit 2010 beinhaltet der EBM als zentrale Novellierung das **qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QVZ)** als neue Honorierungssäule. Das QVZ vereint unter anderem die ehemaligen Bereiche der freien Leistungen und der Fallwertzuschläge in sich. So können beispielsweise für Akupunktur, Ergometrie, verschiedene Sonographien und Spirometrie QVZ beantragt bzw. verrechnet werden. Das Gesamtbudget eines Leistungserbringers ergibt sich damit aus dem Regelleistungs- und dem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

<sup>11</sup> <http://www.kbv.de/html/2054.php>

Seit dem Jahr 2010 besteht eine **Trennung in ein hausärztliches und ein fachärztliches Budget**, und zwar auf Ebene der Kassen. Die Abgrenzung erfolgt personsbezogen, 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)).

#### **Exkurs: Beispiel Thüringen**

Die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes sind jährlich in geeigneter Form zu veröffentlichen (SGB V §87b (3) 3). Der Honorarverteilungsmaßstab selbst hingegen ist, je nach Kasse, oft nur für Mitglieder der KV im Internet zugänglich.

Um den LeistungserbringerInnen die gesetzlich geforderte Kalkulationssicherheit zu gewährleisten, und gleichzeitig eine übermäßige Mengenausdehnung zu verhindern, wendet Thüringen eine 65:35 Regel an: Bis zu 65% des im Vorquartal individuell anerkannten Punktevolumens wird mit einem festen Punktwert vergütet. Der darüber hinausgehende Leistungsteil wird mit einem floatenden Punktwert vergütet, der so festgesetzt wird, dass mindestens ein Punktwert von 0,1 Cent zur Auszahlung gelangt. Dieses Grundmodell gilt in haus- wie fachärztlicher Versorgung.

Quelle: [http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/abr\\_hon/30\\_honorar/05\\_2016/00\\_grundsaeetze\\_hvm\\_2016/TOP\\_3\\_HonVerteilung\\_Anlage.pdf](http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/abr_hon/30_honorar/05_2016/00_grundsaeetze_hvm_2016/TOP_3_HonVerteilung_Anlage.pdf)

#### **Exkurs: Bestimmung des sogenannten „Arztlohnes“**

Im Jahr 2003 fand der kalkulatorische Arztlohn – damals beziffert mit 95.552,81 Euro – Eingang in den EBM. Regelmäßige Valorisierungen des Arztlohnes wurden immer wieder durch die Ärztervertretung gefordert, fanden jedoch nicht statt; seit 2008 erfolgte keine Anpassung des kalkulatorischen Arztlohnes. Die bislang festgesetzten Werte orientierten sich am Tarifgehalt für in Krankenhäusern tätige OberärztInnen und folgen damit einem Opportunitätskostenansatz, also einem Ansatz der als Bemessungsgrundlage heranzieht, wieviel die betreffende Person an einem anderen Arbeitsplatz (eben im Krankenhaus) verdienen könnte.

Greß (2015, 2016) kritisiert diese Messlatte als zu ambitioniert<sup>12</sup>: OberärztInnen übernehmen medizinische Verantwortung für selbständige Teil- oder Funktionsbereiche einer Klinik oder einer Abteilung und die damit verbundene Personalverantwortung; damit ist der Verantwortungsbereich nur für einen kleinen Bruchteil der niedergelassenen ÄrztInnen tatsächlich vergleichbar mit jenem von OberärztInnen. Daher wäre das fachärztliche Gehalt in deutschen Kliniken oder allenfalls eine Mischkalkulation des Gehalts von Fach- und OberärztInnen eine passendere Messlatte für den kalkulatorischen Arztlohn.

Ein höherer kalkulatorischer Arztlohn als das unselbständige fachärztliche Einkommen wird ärzteseitig dadurch begründet, dass das unternehmerische Risiko einen Zuschlag rechtfertigt. Allerdings genießen VertragsärztInnen eine implizite „Umsatzgarantie“, die bei engen Stellenplänen umso stärker schlagend wird. Zudem argumentiert Greß (2016) vor dem deutschen Hintergrund, dass Arztpraxen weit seltener insolvent werden als andere Unternehmen (Ausfallrisiko in der Gesamtwirtschaft bei rund 2,0%, in allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Praxen unter 0,5%) und im Zuge der Finanzkrise resistenter waren als andere Wirtschaftszweige. Zuschläge sind also mit unternehmerischem Risiko kaum zu begründen. Zudem befindet Greß (2016), dass angesichts der Verschiebungen im deutschen Krankenhausmarkt Anstellungen dort stärkeren Unsicherheiten unterliegen als die Tätigkeit im niedergelassenen Bereich.

Auch ein Zuschlag für die Tätigkeit in Regionen mit höherer Produktivität (bzw. Durchschnittseinkommen) wird von Greß (2016) abgelehnt, da diese Argumentation in Tarifverhandlungen auch sonst nicht berücksichtigt wird. Ein derartiger Zuschlag wäre nur begründbar, wenn zusätzliche Anreize zur Niederlassung in derartigen Gebieten vonnöten seien. Gerade in diesen Gebieten wird aber regelmäßig eher eine Über- als eine Unterversorgung konstatiert, sodass ein Zuschlag hier nicht nur unbegründet, sondern sogar kontraproduktiv wäre.

Der Vergleich mit anderen freien Berufen zur Bestimmung des Arztlohnes leidet darunter, dass nicht mit Opportunitätskosten argumentiert werden kann: Die Ausübung freier Berufe unterliegt jeweils eigenen Ausbildungsvorschriften, sodass nicht davon auszugehen ist, dass ausgebildete ÄrztInnen bei „zu niedrigen“ Verdienstmöglichkeiten umsattelt und Notar oder Lotse wird. Relevant ist auch die Frage, welche Berufsgruppen hier heranzuziehen sind: Da der Arztberuf in jedem nationalen Einkommensranking weit oben angesiedelt ist, wird die Berücksichtigung aller freien Berufe zu einem anderen Ergebnis führen als die Argumentation mit einigen wenigen höher gerankten Berufen, wie sie in einer deutschen Präsentation durchgeführt wurde (Neubauer 2014, Greß 2016).

<sup>12</sup> Zu berücksichtigen ist, dass diese Studie im Auftrag der Krankenkassen entstand.

### 2.2.5. Leistungskatalog

Der Leistungskatalog ergibt sich durch die abrechenbaren Positionen im EBM. Dieses Leistungsverzeichnis beruht auf einer relativen Punktstruktur, die die Wertmäßigkeit der Leistungen widerspiegeln soll. Im EBM sind den verschiedenen Leistungserbringungen im ambulanten Bereich Abrechnungsziffern bzw. **Gebührenordnungspositionen (GOP)** zugeordnet, die wiederum mit Punkten bewertet sind. Diese Bewertung soll den bei der Leistungserbringung tatsächlich anfallenden Kosten entsprechen. Es wird also anhand einer Punktwertung eine relative Gewichtung bzw. ein in Punkten ausgedrücktes Verhältnis der Leistungen zueinander entsprechend ihrem relativen Aufwand unterlegt.

Basierend auf neu gewonnenen medizinischen Erkenntnissen und dem technischen Fortschritt wird der EBM laufend und systematisch überarbeitet, um die Aktualität der Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen zu wahren. Daraus resultierend, wird der EBM quartalsweise angepasst und auf der Webseite der KBV veröffentlicht<sup>13</sup>.

Der EBM gliedert sich in folgende Bereiche:

- I. Allgemeine Bestimmungen
- II. Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen
- III. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen
  - III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich
  - III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich
- IV. Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen
- V. Kostenpauschalen
- VI. Anhänge
- VII. Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

Die Versichertenpauschalen treten als größte Gebührenposition hervor (vergleiche Tabelle 1). Die Versichertenpauschalen richten sich nach Morbiditätskriterien wie dem Alter und dem Geschlecht und vergüten alle im Abrechnungszeitraum erbrachten Leistungen, einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen. Daneben existieren verschiedene Zuschläge, insbesondere auch für PatientInnen mit chronischen Krankheiten und für palliativmedizinische Betreuung in Arztpraxis oder Häuslichkeit.

---

<sup>13</sup> Ebenfalls auf dieser Webseite werden die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) veröffentlicht, die die Grundlage für Anpassungen des EBM bilden, siehe [http://www.kbv.de/html/beschluesse\\_des\\_ba.php](http://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php).

Im Zuge der gesetzlich vorgesehenen quartalsweisen Berichterstattung über durchschnittliche ärztliche Honorare wurde für das zweite Quartal 2012 eine Sonderauswertung der TOP 30 Gebührenordnungspositionen auf Bundesebene vorgenommen. Demnach entfallen in der Allgemeinmedizin inkl. entsprechend zugeordneten InternistInnen über 50% des Gesamthonorars auf lediglich drei Positionen (Tabelle 1). Es sind dies die beiden Versichertenpauschalen für die Altersgruppen „6-59“ bzw. „60+“ sowie der „Chroniker-Zuschlag“, wobei letztere jene Position ist, die am öftesten verrechnet wird und 12,3% des gesamten Honorarumsatzes ausmacht. Die Gesundenuntersuchung rangiert an 6. Stelle gemessen an der Häufigkeit und mit 2,7% an 4. Stelle gemessen am Honorarumsatz (KBV 2012: Tabelle 35).

**Tabelle 1: Abrechnungsgruppe Allgemeinmediziner/häusliche Internisten, Q2/2012, Deutschland: TOP 3 Gebührenordnungspositionen (GOP)**

GOP	GOP Bezeichnung	Leistungshäufigkeit je Behandlungsfall	Anzahl abrechnende Ärzte	Honorarumsatzanteil in Prozent
03212	Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit	48,8%	46.914	12,3%
03111	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	48,2%	47.204	22,3%
03112	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	34,9%	47.091	18,8%

Quelle: KBV (2016).

In Abschnitt V des EBM sind Kostenpauschalen für Sachgüter aufgelistet, die von 0,13 Euro je Kopie (für bestimmte Zwecke) bis zu Kostenpauschalen wie z.B. 830 Euro in GOP 40538: *Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von 123-J-FP-CIT (M. Parkinson)* für das 3. Quartal 2016 reichen.

## 2.3. Frankreich

Auch wenn das französische Gesundheitswesen generell dem Typus des Sozialversicherungsmodells zugerechnet wird, weist es durch seine starke Zentralisierung auch manche Merkmale staatlicher Gesundheitssysteme auf. So besteht keine Möglichkeit zur Wahl der Versicherung, da der Beschäftigungsstatus die zuständige soziale Krankenversicherung definiert. „Opting-Out“ ist nur in Einzelfällen (wie z.B. bei Expatriates und Beschäftigten internationaler Organisationen) vorgesehen. Rund 88% der Bevölkerung sind bei **CNAMTS** (*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés*), also der allgemeinen Krankenversicherung der unselbständig Beschäftigten versichert.

Einzelne Reformen seit den 1990er Jahren haben dem stark zentralisierten Charakter entgegengewirkt, indem einige, insbesondere planerische Zuständigkeiten auf die regionale Ebene verschoben wurden. Im Gegenzug wurden auf regionaler Ebene die Zuständigkeiten für unterschiedliche Bereiche des Gesundheitswesens in umfassenderen regionalen Gesundheitsbehörden zusammengefasst (*agence régionale de santé*; **ARS**), um fragmentierungsbedingten Steuerungsnechten entgegenzuwirken.

### 2.3.1. Ambulante Versorgung im Landeskontext

Die ambulante Primär- und Sekundärversorgung findet, solange sie keinen stationären Aufenthalt erfordert, meist in privaten Praxen statt, und nur selten in Krankenhäusern oder Gesundheitszentren. Die Arbeit von *General Practitionern* (dt.: Hausarzt/-ärztin; **GP**) findet zwar großteils in Praxen statt, dazu kommen aber noch die Hausbesuche, die rund 15% ihrer Tätigkeit ausmachen. (Chevreul et al. 2015:127) Das Leistungsspektrum gilt als sehr breit. Aus österreichischer Perspektive ist eine Besonderheit des französischen Gesundheitssystems, dass bei Inanspruchnahme ambulanter Leistungen direkte Zahlungen für die Privaten anfallen, die erst im Nachhinein durch die zuständige Krankenversicherung refundiert werden. Für besonders kostenintensive Leistungen und für einkommensschwache Haushalte bestehen Ausnahmeregelungen.

Um diese Zuzahlungen zumindest teilweise abzudecken, hat traditionell ein großer Teil der Bevölkerung ergänzend eine Privatversicherung abgeschlossen. Dieses kombinierte System wird von der französischen Gesundheitspolitik unterstützt und derart reguliert, dass es für die Privatversicherungen ihrerseits attraktiv wird, die von der nationalen Gesundheitspolitik gesetzten Ziele zu unterstützen. So wurden im Jahr 2004 steuerliche Anreize für „verantwortungsvolle Verträge“ (*contrats responsables*) eingeführt. Diese decken bis zu 100% der Zuzahlungen ab, verlangen dafür aber, dass PatientInnen sich an koordinierte Behandlungspfade in Verbindung mit einem *Gatekeeper* einlassen, der allfällige Behandlungen durch SpezialistInnen initiiert. Als Gatekeeper können, müssen aber nicht GPs fungieren. Außerdem werden in diesen Verträgen die Selbstbeteiligungssätze für Medikamente erheblich gesenkt (maximal 5% statt der sonst üblichen 35%). Nehmen

PatientInnen Leistungen außerhalb dieses Vertrags in Anspruch, darf ihre Polizze keine Abdeckung der dort anfallenden Zuzahlungen ermöglichen, und die Sozialversicherung übernimmt in diesen Fällen nur 30% (statt wie sonst 70%) der anfallenden Tarife. Bereits im Jahr 2006 waren die meisten Privatversicherungsverträge „verantwortungsvoll“. (Chevreul et al. 2015:89) Die gezielte Kombination von Anreizen für Versicherungen, diese Zuzahlung nur bei gesundheitspolitisch gewünschten Versorgungsformen zu übernehmen, und Anreizen für PatientInnen, sich nicht nur darauf, sondern auch auf damit einhergehendes Gatekeeping einzulassen, indem sie zur Vermeidung von Zuzahlungen einen sogenannten *médecin traitant* (in etwa: behandelnder Arzt/Ärztin) wählen, der bevorzugt aufzusuchen ist, hat innerhalb kurzer Zeit zur breitflächigen Versorgung der Bevölkerung in diesem neuen Versorgungsmodell geführt.

**Tabelle 2: Zwei Vertragsregimes für GPs in der französischen Sozialversicherung**

Regime(Secteur) 1	Regime (Secteur) 2
Verpflichtende Einhaltung nationaler Tarife	Tarif-Überschreitung zulässig, aber Versicherung refundiert den PatientInnen nur den Tarif Zugang für ÄrztInnen streng reglementiert, vor allem Vollzeit-SpitalsärztInnen in Sektor 2
89% aller GPs	11% aller GPs
	<b>Reform 2013</b> Sanktionen für exzessive Preise (Preise > 150% des nationalen Tarifs) finanzielle Belohnung für freiwillige Beschränkung der Tarifüberschreitung, breiteres Leistungsspektrum für eigene PatientInnen
	<b>Reform 2015</b> Beschränkung für private Versicherungen, Tarifüberschreitungen abzudecken

Quelle: Chevreul et al. (2015).

### 2.3.2. Eingebundene Parteien

Die soziale Krankenversicherung untersteht in ihrer Governance und Finanzierung einem der vier Directorate des Gesundheitsministeriums (*Direction de la Sécurité sociale*), das auch das jährliche Gesetz zur Finanzierung der Sozialversicherung vorbereitet. Zu den Aufgaben dieses Gesetzes gehören innerhalb des parlamentarisch vorgegebenen Rahmens u.a. (Chevreul et al. 2015: 24f):

- die Festsetzung der Budgetanteile, die den jeweiligen Versorgungssettings (Krankenhaus, extramurale Krankenversorgung, Mental Health, Leistungen bei Behinderungen) zuzuteilen sind,
- die Festlegung der Anzahl der Erstsemester-Studienplätze an medizinischen Hochschulen, wie auch die Anzahl der Krankenhausbetten sowie der medizinischen Großgeräte, und
- die Genehmigung der Vereinbarungen zwischen sozialer Krankenversicherung und Gewerkschaften der selbständig beschäftigten GesundheitsberuflerInnen.

Auf regionaler Ebene nehmen die ARS relativ autonom öffentliche Verwaltungsagenden wahr, stehen aber nicht unter direkter Aufsicht des für Gesundheit zuständigen Ministeriums, sondern unterstehen einem nationalen Steuerungsrat (*Conseil national de pilotage*; **CNP**). Das CNP setzt sich aus Vertretungspersonen der Ministerien für Gesundheit, Finanzen und Soziales sowie von Sozialversicherung und CNSA (einem Fonds, der wesentlich für die Finanzierung von Langzeitpflege ist) zusammen. (Chevreul et al. 2015:25)

Das französische Pendant zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, **UNCAM** (*Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie*), nimmt als Vertretung der Financiers an den Verhandlungen mit den Vertretungen der Leistungsseite teil. Somit vertritt UNCAM die drei nationalen Versicherungszweige für unselbständig Beschäftigte (88% der Bevölkerung), die bäuerliche Bevölkerung (Selbständige und Unselbständige; 5%) und Selbständige (6%), die wiederum über regionale Unterorganisationen verfügen. Wie in Österreich können viele Personen, die über keinen von der Beschäftigung (eigene oder ihrer Angehörigen) abgeleiteten Versicherungsschutz verfügen, in der Versicherungsschiene für Unselbständige (CNAMTS), eingegliedert werden. CNAMTS fungiert gleichzeitig noch als Back Office von UNCAM und führt interne Berechnungen und Studien durch. Im Rahmen von **CMU** (*Couverture Maladie Universelle*, in etwa: allgemeine Krankenversicherung) bietet der CMU-C Fonds Personen unter einer bestimmten Einkommensschwelle, die über keinen beschäftigungsbezogenen Versicherungsschutz verfügen, kostenfreie Krankenversicherung, und Personen über der Einkommensschwelle kostengünstigen Versicherungsschutz; undokumentierte ImmigrantInnen sind von diesem System ausgeklammert und werden staatlich versorgt.

Das französische Gesundheitsinstitut (*Haute Autorité de Santé*; **HAS**) ist eine unabhängige und finanziell autonome öffentliche Körperschaft mit einer Reihe von Aufgaben zur Verbesserung von Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen. Die Akkreditierung von DienstleisterInnen im Gesundheitswesen (einschließlich ÄrztInnen) gehört ebenso zu ihren Aufgaben wie die Erarbeitung und Veröffentlichung von Guidelines und das Assessment von Arzneimitteln, Medizintechnik und medizinischen Prozeduren. Die Aufgaben sind gesetzlich festgeschrieben, HAS berichtet an Parlament und Regierung. Dementsprechend wird eng mit Gesundheitsbehörden, Krankenversicherungsträgern und den Landesvertretungen und Gewerkschaften der Gesundheitsberufe sowie den PatientInnenvertretungen

zusammengearbeitet. Jedes der acht Vorstandsmitglieder von HAS hat gleichzeitig die Leitungsfunktion über ein Themengebiet und ein darauf spezialisiertes Team inne. Die Unabhängigkeit von HAS wurde zum Teil bereits als zu groß empfunden, sodass eine Reform im Jahre 2015 auf eine bessere Abstimmung der Arbeit von HAS mit der nationalen Gesundheitspolitik abzielte. (Chevreul et al. 2015:58f)

Die nationale Evaluierungskommission (*Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé*; **CNEDIMTS**) ist zuständig für die Bewertung von medizinischen Geräten und Prozeduren.

Für die meisten medizinischen Fächer bestehen nebeneinander eine professionelle Organisation bzw. Kammer und eine Gewerkschaft. Erstere sind hierbei zuständig für Fragen von Berufsethik und der Aufsicht über die professionelle Praxis (einschließlich der Entwicklung von Guidelines), während **Gewerkschaften** Tarifverhandlungen zwischen Berufsorganisation und Sozialversicherung sowie andere Themen der beruflichen Praxis übernehmen. Zusätzlich können ÄrztInnen auch berufsübergreifenden Gewerkschaften angehören. Der Einfluss der Gewerkschaften leidet jedoch unter der Fragmentierung: Hier spielt nicht nur die Unterscheidung zwischen Gewerkschaften für unselbständig und selbständig Beschäftigte eine Rolle. Neben nationalen Gewerkschaften bestehen auch jene auf Departement-Ebene. Nur fünf Gewerkschaften für selbständige ÄrztInnen werden als repräsentativ und kollektivvertragsfähig angesehen. Interessant ist, dass nur rund 15-20% der ÄrztInnen in privater Praxis Mitglied in einer Gewerkschaft sind, aber nahezu alle ÄrztInnen, die in Krankenhäusern arbeiten; letzteres dürfte allerdings durch ein spezielles gewerkschaftliches Krankengeld motiviert sein. (Chevreul et al. 2015:30f)

### 2.3.3. Verhandlungsablauf

Die Beziehung zwischen ÄrztInnen und der sozialen Krankenversicherung wird in nationalen Vereinbarungen geregelt, den sogenannten *conventions*, die auch für andere Gesundheitsberufe bestehen. Im Jahr 2012 wurde die erste berufsübergreifende *convention* abgeschlossen, um einerseits Experimente in der koordinierten Versorgung zu erleichtern, insbesondere nach Spitalsaufenthalten, und andererseits um die Versorgung chronisch oder multimorbider PatientInnen sowie für jene mit Bedarf an häuslicher Versorgung zu erleichtern. (Chevreul et al. 2015:83)

Mit der Sozialversicherung abgeschlossene Verträge gelten für alle Mitglieder der betroffenen Berufsgruppe. Es ist ausreichend für die Gültigkeit der Verträge, dass eine der als repräsentativ anerkannten Gewerkschaften unterschreibt. Ob eine Gewerkschaft als repräsentativ gilt, entscheidet das Ergebnis der letzten regionalen Wahl der Interessensvertretung der Berufsgruppe. Derzeit (2017) gelten fünf Gewerkschaften als repräsentativ, wovon eine GPs, eine FachärztInnen, und drei beide Berufsgruppen repräsentieren. Die Dauer der Verhandlungen sollte sechs Monate nicht überschreiten,

Verträge gelten dann i.d.R. fünf Jahre, werden aber regelmäßig angepasst, beispielsweise um neue Qualitätsanreize aufzunehmen. (Fragebogen FR)

Die konkrete Tariffestlegung erfolgt wie beschrieben in Verhandlungen zwischen UNCAM und Gewerkschaft(en), innerhalb eigener Kommissionen (*Commission de hiérarchisation des actes et procédures*, **CHAP**). Bei Neuaufnahme einer Leistung in den Katalog ist eine Bewertung der involvierten ärztlichen Leistung nach den Kriterien Stress, Dauer und Kompetenzniveau durch ein Fachgremium vorzulegen und von einem zweiten Gremium zu validieren. Derzeit bestehen neun CHAP Kommissionen.<sup>14</sup>

GPs müssen die Eröffnung einer neuen Praxis der Regionalstelle der allgemeinen Krankenversicherung bekanntgeben. Durch diese Meldung wird implizit die von der Gewerkschaft ausverhandelte Tarifregelung akzeptiert. Wünschen GPs diese Tarife nicht zu akzeptieren, müssen sie explizit aus der Vereinbarung austreten. Als Konsequenz erhalten ihre PatientInnen dann aber praktisch keine Erstattung der Behandlungskosten von ihrer zuständigen Krankenkasse. In den multidisziplinären Primärversorgungszentren tritt das Zentrum, nicht Einzelpersonen in den Vertrag ein. (Fragebogen FR)

Im Gegenzug zur Akzeptanz der Tarife übernimmt die Sozialversicherung – analog wie bei anderen Gesundheitsberufen – einen Teil der von den GPs zu leistenden Sozialversicherungsabgaben (Chevreul et al. 2015:84). Auf der Nachfrageseite gelten diese Verträge für alle Versicherten der Sozialversicherung sowie für jene Personen, für die der Staat vorsorgt. Vereinbarungen gelten in der Regel für vier bis fünf Jahre oder bis zum Abschluss eines neuen Vertrages. Da jedes Jahr ein neues Sozialversicherungs-Finanzierungsgesetz beschlossen wird und weitere Neuerungen eintreten können, werden die Verträge ebenfalls jährlich daran angepasst. Auch das Gesundheitsministerium (**MoH**) spielt in den Verhandlungen eine bedeutende Rolle. Gerade die Verhandlungen zwischen UNCAM und der durchsetzungsstarken ärztlichen Interessensvertretung gestalten sich oft schwierig, wobei die Sozialversicherung nur selten ihre Vorstellungen in vollem Umfang durchsetzen kann (Chevreul et al. 2015:84; Fragebogen FR)

Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, setzt das MoH eine ad hoc-**Schlichtungsstelle** ein, die sich auf einen gemeinsamen Vorschlag von UNCAM und mindestens einer ärztlichen Gewerkschaft stützt. Kann auch darüber keine Einigung erzielt werden, schlägt ein ExpertInnen-Komitee (*Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*; **HCAAM**) eine Schlichtungsstelle vor. HCAAM ist eine Beratungsstelle mit Vertretungspersonen von Regierung, nationaler Krankenversicherung, Sozialpartnern,

<sup>14</sup> <https://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/inscription-sur-la-liste-des-actes-et-prestations/ii-hierarchisation-par-la-chap.php>

Parlament, Gesundheitsdienstleistern, regionalen Gesundheitsbehörden, Wissenschaft, PatientInnenorganisationen)<sup>15</sup>. (Fragebogen FR)

Unter Vorgaben und Kontrolle des MoH arbeitet die Schlichtungsstelle sodann eine Regelung (*règlement arbitral*) aus. Nach Abnahme durch das MoH gilt diese Regelung für Versicherung und ÄrztInnen bindend für fünf Jahre oder bis zum erfolgreichen Abschluss eines neuen Vertrages. Der Vertragsinhalt umfasst nicht notwendigerweise alle Punkte des ursprünglichen Vertragsgerüsts und kann auch neue finanzielle Regeln enthalten. UNCAM und Gewerkschaften sind gesetzlich verpflichtet, innerhalb von zwei Jahren neue Vertragsverhandlungen aufzunehmen. Bis zur Veröffentlichung der neuen Regelung bleibt der alte Vertrag gültig. (Fragebogen FR)

Der Schlichtungsmechanismus kam im Jahr 2010 zur Anwendung, und zur Zeit der Berichtslegung (Frühjahr 2017) wurde gerade unter der Leitung eines früheren CEOs von CNAMTS eine Schlichtungsregel für DentistInnen ausgearbeitet. (Fragebogen FR)

#### 2.3.4. Berechnungsgrundlagen

Soll die Bezahlung zusätzlicher Leistungen durch die Krankenversicherung übernommen werden, wird ein formalisierter, mehrstufiger Assessment-Prozess in Gang gesetzt. Dieser berücksichtigt aber den Nutzen der Leistung, nicht die Kosten oder Preise. Die Einführung eines festen Preisberechnungsmechanismus wurde zwar mehrfach diskutiert, konnte aber noch nicht vereinbart werden. Die Höhe der vereinbarten Entgelte ist somit in erster Linie eine Verhandlungssache. (Fragebogen FR)

Selbständige GPs werden im Wesentlichen auf Einzelleistungsbasis honoriert. In letzter Zeit werden allerdings auch neue Entgeltformen für einzelne Aufgaben eingeführt, so bekommen beispielsweise ÄrztInnen für das Management von PatientInnen mit Bedarf an Langzeitpflege einen pauschalen Satz von 40 Euro pro PatientIn und Jahr. (Chevreul et al. 2015:96)

2009 begann die Sozialversicherung, den GPs auf freiwilliger Basis individuelle Verträge anzubieten, die Anreize für Verbesserungen im Rahmen der Public Health-Ziele enthielten (*rémunération sur objectifs de santé publique; ROSP*). Im Jahr 2011 wurde das ROSP System in erweiterter Form in die kollektive Entgeltverhandlung aufgenommen. An ROSP teilnehmende GPs bekommen zusätzlich zur Einzelleistungsvergütung Zahlungen, die von der PatientInnenanzahl abhängen sowie vom Erreichen von 29 Qualitätsindikatoren mit teils intermediären, teils finale Zielen. Werden über 85% der Ziele erreicht und mindestens 1200 PatientInnen versorgt, können diese Extrazahlungen bis zu 7000 Euro pro Jahr betragen,

<sup>15</sup> <http://www.securite-sociale.fr/Le-Hcaam-pour-une-meilleure-connaissance-des-enjeux-du-fonctionnement-et-des-evolutions>

wobei keinerlei Sanktionen bei Verfehlen der Ziele drohen. Im Jahr 2012 nahmen 89.000 ÄrztInnen an ROSP teil und verdienten damit im Schnitt 4215 Euro. (Chevreul et al. 2015:96)

### 2.3.5. Leistungskatalog

Wie auch andere ambulante Leistungen, werden die von der Sozialversicherung bereitzustellenden Leistungen in nationalen Positivlisten definiert; die Positivliste für ärztliche Leistungen nennt sich allgemeine Klassifikation medizinischer Handlungen (*Classification commune des actes médicaux*, **CCAM**) und gilt unabhängig vom Versorgungssetting (ärztliche Praxis oder Krankenhaus, wobei nur sehr wenige ambulante Zentren auch Primärversorgung machen), und bildet auch im Krankenhaus das Gerüst für die Abrechnungen. Es gibt keine Negativlisten. Dieses System wurde 2002 eingeführt. (Chevreul et al. 2015:72; Fragebogen FR)

Ministerium, UNCAM oder die Gewerkschaften der ÄrztInnen können die Aufnahme einer neuen Leistung beantragen. Entsprechend dem Sozialversicherungsgesetz und den Vereinbarungen mit den AnbieterInnen führt UNCAM diese Liste gestützt durch die Mitarbeit anderer Organisationen. So ist bei technischen Leistungen ein Assessment durch HAS notwendig, in dem der Zusatznutzen der beantragten Leistung bewertet (Bewertung: groß/klein/unzureichend) und mit jenem bereits bestehender Alternativen verglichen (Bewertung: Beste Wertung 1, schlechteste Wertung 5) wird. Leistungen mit "unzureichendem" Zusatznutzen werden nicht in den Leistungskatalog aufgenommen. Innovative Leistungen mit einer Alternativen-Bewertung von 1 bis 3 müssen innerhalb von sechs Monaten aufgenommen werden.<sup>16</sup> Die Aufnahme anderer Leistungen unterliegt keinem Zeitlimit, es kann auch vorkommen, dass diese gar nicht aufgenommen werden. In einem zweiten Schritt gewichtet ein Komitee, in dem die ärztliche Gewerkschaft und UNCAM vertreten sind, die neue Leistung mit einer Punktezahl, die die Komplexität der Leistung in Relation zum gesamten Leistungskatalog widerspiegeln soll. Als Referenzleistung dient hierbei eine Geburt ohne Komplikationen. UNCAM setzt dann entsprechend der Punktezahl den Tarif fest, der den ausverhandelten Punktwert in Euro berücksichtigt. (Fragebogen FR)

Die Aufnahme in die und allfällige Ausschlüsse von der Positivliste erfolgen auf Antrag, es sind keine festen Evaluationsintervalle vorgesehen. Ausschlüsse sind sehr selten, da sehr schwierig durchzusetzen sind; auch sie erfordern allerdings ein Assessment durch HAS. (Fragebogen FR)

Zusammengefasst gesagt, erfolgt die Aufnahme von Leistungen in die Positivliste durch die Sozialversicherung, konkret durch UNCAM auf Empfehlung von CNEDIMTS, dem hierzu

<sup>16</sup> <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/inscription-sur-la-liste-des-actes-et-prestations/i-hierarchisation-par-la-chap.php>  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1506267/fr/le-service-medical-rendu-smr-et-l-amelioration-du-service-medical-rendu-asmr](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1506267/fr/le-service-medical-rendu-smr-et-l-amelioration-du-service-medical-rendu-asmr)

bestellten HAS-Komitee. CNEDIMTS wiederum stützt seine Empfehlungen auf HTAs (*Health Technology Assessments*) mit einem recht konkreten Assessment-Gerüst.

Der Leistungskatalog steht im Rufe, sehr breit zu sein, was aber in Zusammenhang mit den generellen privaten Zuzahlungen von 30% des nationalen Tarifs zu sehen ist, sowie von allfälligen Tarif-Überschreitungen in Regime 2. (Chevreul et al. 2015:74)

## 2.4. Lettland

Bei der Analyse des lettischen Gesundheitswesens ist zu beachten, dass es das einzige „neue“ EU-Land im vorliegenden Bericht ist. Die Situation des Landes unterscheidet sich insofern von jener der reicheren Vergleichsländer, als dass die Alterung der allgemeinen Bevölkerung und des Gesundheitspersonals nicht in der steigenden Lebenserwartung in Verbindung mit einer niedrigeren Fertilität begründet wird, sondern durch die starke Abwanderung der jüngeren Bevölkerung noch verstärkt wird.

Zudem ist nicht nur der Wohlstand in Lettland niedriger als in den anderen Vergleichsländern, sondern es wird auch ein vergleichsweise geringerer Anteil des BIP für das Gesundheitswesen aufgewandt, nur wenig mehr als 5%. Selbst hiervon stammen noch rund 38% aus privaten Quellen (OECD Durchschnitt: 19%). Damit liegen die öffentlichen Gesundheitsausgaben bei rund 3,2% (2013), also nur etwa bei der Hälfte des OECD-Durchschnitts (6,5% laut OECD 2016:49). Nach Experimenten mit einem Sozialversicherungssystem unmittelbar nach Erlangen der Unabhängigkeit wurde in Lettland seit 2011 ein nationales Gesundheitswesen aufgebaut. Dieses wird aus allgemeinen Steuermitteln<sup>17</sup> finanziert und bietet der gesamten Bevölkerung Zugang zu einer Gesundheitsversorgung, die ein recht breites Spektrum an allgemeinen und spezialisierten Leistungen bietet. Es besteht eine Trennung zwischen Einkauf und Leistungserbringung, letztere erfolgt teils durch private, teils durch öffentliche Einrichtungen. (OECD 2016:43)

Bald nach Erreichen der Unabhängigkeit führte der Drang zur Dezentralisierung zur Errichtung von über 100 Gemeinden, die auch die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung übernehmen sollten. Inzwischen wurden viele Funktionen wieder rezentralisiert, weil einige Gemeinden mit einer Bevölkerung von unter 2000 Personen als zu klein für die Übernahme dieser Aufgaben erkannt wurden. (OECD 2016:45) Die Zuständigkeit für die Organisation der Primärversorgung ist aber dezentral geblieben. (Mitenbergs et al. 2012:19)

Eine private Krankenversicherung kann die staatliche Abdeckung ergänzen oder duplizieren, rund 10% der Bevölkerung haben entsprechende Verträge abgeschlossen. Private Krankenversicherungsträger nahmen im Jahr 2014 Prämien in Höhe von rund 4% der laufenden gesamten Gesundheitsausgaben ein. (OECD 2016:43)

### 2.4.1. Ambulante Versorgung im Landeskontext

Die Versorgungsdichte ist nicht nur im europäischen Vergleich, sondern auch im Vergleich zu den baltischen Nachbarn Litauen (2013: 92) und Estland (89) mit 67 GPs je 100.000 EW

---

<sup>17</sup> Die in den 1990er Jahren eingeführte Bindung eines Teils der Einkommenssteuer für Gesundheit wurde 2005 wieder aufgehoben, und das Gesundheitswesen steht nun in direkter Konkurrenz mit anderen Verwendungszwecken der Steuergelder.

eher moderat, obwohl sie in den letzten Jahren signifikant gestiegen ist. Die Versorgungsdichte im urbanen Raum und insbesondere um die Hauptstadt Riga ist höher als jene am Land. Die fehlende Kostenübernahme für Leistungen von GPs ohne Vertrag in Kombination mit der Gewährung von Verträgen gemäß einem Bevölkerungsschlüssel versuchen hier Abhilfe zu schaffen, werden aber auch durch finanzielle Anreizmechanismen für am Land tätige GPs ergänzt, sodass kaum GPs ohne Vertrag praktizieren. (OECD 2016:104f)

Primärversorgung erfolgt vor allem durch Einzelpraxen von GPs, also bereits vorwiegend im privaten Sektor. Ende 2010 arbeiteten nur noch 7% der GPs angestellt in Gesundheitszentren oder Krankenhäusern, 80% waren selbständig im Sinne des lettischen Einkommenssteuerrechts und 13% auch selbständig, aber rechtlich als Gesellschaft, tätig. (Mitenbergs et al. 2012:115) Unter anderem aufgrund hoher Mietpreise wird die Infrastruktur oft mit anderen GPs oder auch Apotheken (!) geteilt, ohne dabei die wirtschaftliche Selbständigkeit aufzugeben, d.h. es handelt sich hier eher um Praxisgemeinschaften als um Gruppenpraxen. Diese Platznot bedingt auch oft ein kleineres Leistungsangebot als prinzipiell möglich wäre. Obwohl keine Pflicht hierzu besteht, ist der größte Teil der lettischen Bevölkerung in einer bestimmten GP-Praxis eingeschrieben, die dann als Gatekeeper fungiert. Es gibt kaum Beschränkungen für die GP-Wahl oder den GP –Wechsel aus PatientInnensicht, und die Auslastung der GPs variiert stark. (OECD 2016:105)

Ambulante Sekundärversorgung erfolgt vor allem in Gesundheitszentren, ca. drei Viertel von ihnen werden privat geführt. Neben den FachärztInnen sind oft auch GPs in diesen Zentren angestellt; in diesen Fällen werden die Verträge mit dem Zentrum, nicht den individuellen GPs geschlossen. (OECD 2016:106)

In der Primärversorgung spielen Pflegekräfte und Physician Assistants<sup>18</sup> eine zunehmende Rolle, zum einen um die Primärversorgung zu stärken, zum anderen um den drohenden Engpässen aufgrund der alternden Ärzteschaft entgegenzuwirken. Beispielsweise übernehmen sie viele Hausbesuche bei den PatientInnen. Ab 1800 eingeschriebenen PatientInnen wird die Anstellung einer zweiten Pflegekraft nicht nur gefördert, sondern sogar zur Verpflichtung; eine Verpflichtung die im ländlichen Raum öfter schwer erfüllbar ist. Der Fokus der zweiten Pflegekraft soll auf Prävention liegen, ab 1200 eingeschriebenen PatientInnen übernimmt der Staat die Kosten für die Pflegekraft. (OECD 2016:109)

---

<sup>18</sup> Physician Assistants sind vor allem in den USA und inzwischen auch in England üblich werdende Fachkräfte, die einige ärztliche Aufgaben selbständig übernehmen können. Siehe die Definition auf <http://www.gapmedics.co.uk/blog/2013/11/04/physician-s-assistant-training-and-job-description/>: "A physician's assistant or physician assistant is a medical professional who lends doctors support in the diagnoses and management of patients. Although physician assistants and doctors have similar job functions, the one significant difference between the two is that a doctor operates completely independently without any supervision. However, a physician assistant is necessarily supervised by a doctor and does not take major medical decisions without a doctor's supervision."

Trotz der beschriebenen Engpässe wird die Primärversorgung in Lettland als stark und gut aufgebaut beschrieben. (OECD 2016:103)

#### 2.4.2. Eingebundene Parteien

Wie in einigen neuen EU-Mitgliedsländern wurde nach Erlangen der Unabhängigkeit ein dezentralisiertes Sozialversicherungssystem aufgebaut. Allerdings erwiesen sich die regionalen Organisationen als wenig förderlich für die Effizienz, sodass nach einer Reihe von Zusammenschlüssen schließlich im Jahr 2011 wieder der Übergang zu einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem erfolgte. Dementsprechend wichtige Rollen spielen Ministerien, insbesondere das Gesundheitsministerium **MoH**, und das Parlament, das nicht nur die Gesetze erlässt sondern auch das Budget für den nationalen Gesundheitsdienst bewilligt. Gemäß der sogenannten Regulierung Nr. 1046 vom Dezember 2006 ist das Gesundheitsbudget zu maximal 53% der stationären und zu mindestens 45% der ambulanten Versorgung zuzuteilen, 2% sind für grenzüberschreitende Versorgung und sich aus internationalen Verflechtungen ergebende Zahlungen vorzusehen<sup>19</sup>. (National Health Service – Latvia 2016:8). Im Zuge der Finanzkrise wurde das MoH reorganisiert, so dass das Budget im Jahre 2010 real nur mehr rund die Hälfte des Budgets von 2008 betrug (Mitenbergs et al. 2012:23). Bis zum Jahr 2011 fanden einige Zusammenschlüsse von staatlichen Institutionen statt, die sich nunmehr auf fünf Einrichtungen konzentrieren. Zwei Einrichtungen fokussieren auf Qualitätssicherung; das Gesundheitsinspektorat und die staatliche Medizinagentur gehören ebenfalls zu den fünf staatlichen Gesundheitsinstitutionen. (OECD 2016:43)

Der **Nationale Gesundheitsdienst** (Nacionālais veselības dienests) als eine weitere dieser fünf Einrichtungen nimmt eine Reihe von Funktionen wahr und untersteht direkt dem MoH. Die zentralen Aufgaben sind die Umsetzung der staatlichen Gesundheitspolitik und die Sicherstellung der Versorgung. Er ist zentraler Einkäufer, entscheidet sowohl über Tarife und als auch über das öffentliche Leistungsangebot, wie z.B. über die Positivliste der Medikamente oder die jährlichen Finanzierungslimits für einzelne Leistungen. Der nationale Gesundheitsdienst ist in fünf territoriale Zweigstellen gegliedert, die auch den Leistungseinkauf für die Primärversorgung verantworten. (OECD 2016:46, Mitenbergs et al. 2012:25)

Obwohl die Primärversorgung inzwischen größtenteils privatisiert wurde, sind einige Anbieter noch in staatlichem Besitz. Seit 2009 ersetzen die **Kommunen** nicht mehr die Selbstbehalte für die einkommensschwache Bevölkerung, sondern stellen lediglich sicher, dass die ärmere Bevölkerung identifiziert wird und über ihre Berechtigung zur kostenfreien Inanspruchnahme informiert ist. (Mitenbergs et al. 2012:26)

<sup>19</sup> In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass Lettland auch ausländische Zuschüsse für sein Gesundheitswesen erhält, insbesondere auch EU-Gelder.

Der **lettische Medizinerverband** ist die Dachorganisation für 109 Verbände der unterschiedlichen Fachdisziplinen. Im Rahmen der Qualitätssicherung zertifiziert er die ÄrztInnen und rezertifiziert sie, sofern sie die geforderten 250 Fortbildungsstunden absolviert haben. (OECD 2016:47)

#### 2.4.3. Verhandlungsablauf

Die Entlohnungsregeln für GPs werden im Wesentlichen landesweit einheitlich von staatlicher Seite festgelegt. Änderungen in den Verträgen gehen Verhandlungen zwischen dem Verband der HausärztInnen (*Ģimenes ārstu asociācija*) und dem nationalen Gesundheitsdienst voraus. Normalerweise werden die Tarife alle drei Jahre verhandelt, wobei zum Teil auch die Verbände anderer Fächer hinzugezogen werden. Sollten keine neuen Vereinbarungen abgeschlossen werden können, müssen PatientInnen aus eigener Tasche für die Behandlung aufkommen, können aber als sogenannte *temporäre PatientInnen* in der Zwischenzeit andere GPs konsultieren. Eine Schlichtungsstelle besteht nicht, möglicherweise auch aus dem Grund, dass noch keine negativen Erfahrungen mit einem „vertragslosen Zustand“ gemacht wurden. Es kam lediglich vor, dass einzelne GPs ihre Verträge aus persönlichen Gründen zurückgelegt haben oder durch das Gesundheitsinspektorat dazu veranlasst wurden. (Fragebogen LV)

#### 2.4.4. Berechnungsgrundlagen

Es wird ein einheitliches Bezahlungssystem unabhängig vom Versorgungssetting (Einzelpraxen, Gesundheitszentren, Ambulatorien, Krankenhausambulanzen) angewandt; diese Berechnungen nimmt der Nationale Gesundheitsdienst vor. Aus den Zahlungen des Ministeriums sollten die gesamten Praxiskosten einschließlich medizinischer Betriebsmittel abgedeckt werden, deren Berechnung auf den preisangepassten, historischen Beträgen beruht. (Fragebogen LV) Allerdings wurde bereits Kritik geäußert, dass die Annahmen des nationalen Gesundheitsdienstes über die Praxiskosten unrealistisch niedrig seien (OECD 2016 und Mitenbergs et al. 2016 unter Berufung auf einen lettischen Rechnungshofbericht).

Die Bezahlung lettischer GPs besteht aus drei Hauptelementen und einer seit 2013 verpflichtenden *Pay for Performance (P4P)*-Schiene:

Für registrierte PatientInnen wird eine altersangepasste **Kopfpauschale** verrechnet (2012: 0.9 EURO pro Kopf und Monat). Der Anpassungsfaktor berücksichtigt auch die durchschnittliche Inanspruchnahme-Häufigkeit der Region. Ein Teil der Pauschale ist variabel und abhängig von der Erfüllung bestimmter Struktur- und Prozess-Kriterien (Mitenbergs et al. 2012: 80). Ein Manko ist allerdings, dass nicht festgelegt ist, welche Leistungen durch dieses Pauschale abgedeckt werden. Für Impfungen und Untersuchungen im Rahmen der Prävention fallen weitere Zahlungen an. (OECD 2016:107)

Zusätzlich können für bestimmte Leistungen **Einzelleistungstarife** in unbeschränkter Anzahl verrechnet werden. (Mitenbergs et al. 2012: 80)

Monatlich zahlt der Gesundheitsdienst eine **Praxispauschale** von umgerechnet 342 Euro (2012) und 143 Euro für jeden weiteren „Servicepunkt“, also für andere Standorte, an denen GPs zusätzlich zum eigenen Praxisort wöchentlich wenige Tage praktizieren. Abhängig von der Bevölkerungsdichte und der Nähe zum nächsten Krankenhaus wird jährlich ein Pauschalbetrag in Höhe von 180-480 Euro bezahlt. (Mitenbergs et al. 2012: 80)

GPs in ländlichen Gegenden beziehen monatliche Zahlungen für Angestellte in ihren Praxen, aber auch für die Versorgung chronisch Erkrankter. 2013 wurde ein verpflichtendes P4P-System eingeführt, das einmal jährlich zur Auszahlung eines Bonus führen kann. Gute klinische Praxis soll beispielsweise durch einen Bonus für GPs unterstützt werden, deren Überweisungsquote zu Labors sich in einem Korridor von 80-100% des ihnen im Vorjahr zugeteilten Wertes bewegt. Ein weiterer Bonus setzt an der Krebs-Früherkennung an: Das Entdecken von Krebs im ersten oder zweiten Stadium wird bei registrierten PatientInnen mit 71,14 Euro honoriert. Die Effektivität dieses Anreizes ist aufgrund der niedrigen Screening-Rate allerdings umstritten. (OECD 2016:108)

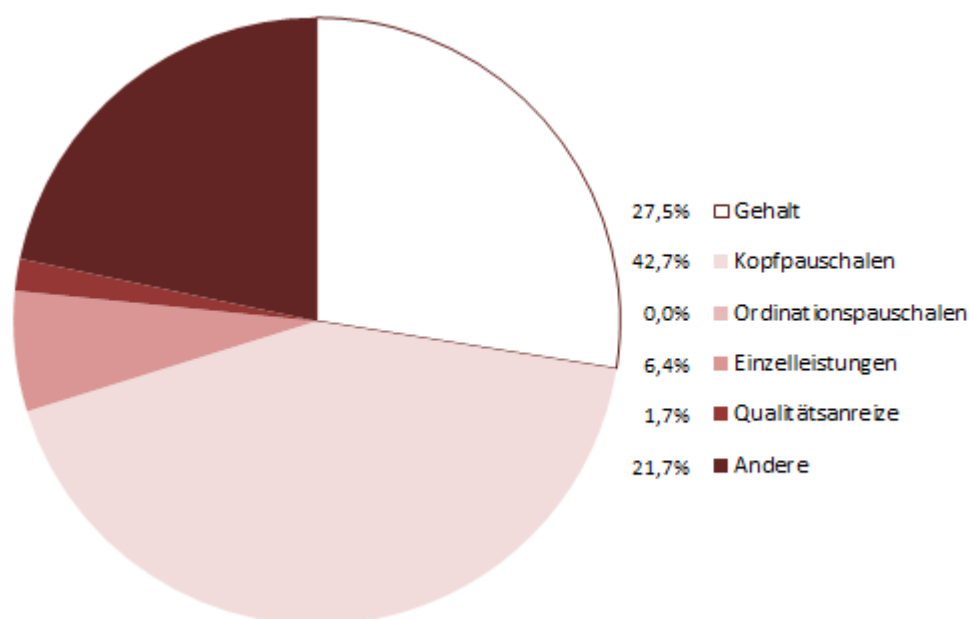
Wie sich die öffentliche Entlohnung der GPs anteilmäßig verteilt, illustriert Abbildung 2.

GPs sind bis zu einer vertraglich fixierten Obergrenze auch zur Erbringung von Leistungen der **Sekundärversorgung** berechtigt, die nach dem gleichem Schema wie sonst im sekundären Sektor entlohnt wird. (Mitenbergs et al. 2012: 81)

Zusätzlich zur Bezahlung durch den nationalen Gesundheitsdienst dürfen Leistungserbringer von den PatientInnen **private Zuzahlungen** einheben, die sie als Entgeltbestandteil einbehalten. Für zuzahlungsbefreite PatientInnen übernimmt der Gesundheitsdienst die sonst übliche Zuzahlungshöhe. (Mitenbergs et al. 2012: 79)

Für die Ermittlung der konkreten Tarife bestehen gesetzliche Vorgaben, die allerdings im politischen Prozess nicht immer eingehalten werden. Obwohl schlussendlich der Nationale Gesundheitsdienst die Tarife festschreibt, kommt dem vorangehenden Verhandlungsprozess hohe Bedeutung zu, in dem auch Kostenrechnungsergebnisse aus ärztlichen Praxen und die für die jeweiligen Behandlungen aufgewandte Zeit berücksichtigt werden. Bei der Anpassung von Tarifen spielen die allgemeine Preisentwicklung und gesundheitspolitische Prioritäten eine Rolle, so zielten ja die letzten Reformen auf eine Stärkung der Primärversorgung ab. Sehr wesentlich für die Tarifentwicklung ist aber das zu erwartende verfügbare Gesundheitsbudget. Auch in Lettland haben Wünsche und Standpunkte der ärztlichen Vertretung hohes Gewicht in den Tarifverhandlungen. (Fragebogen LV)

Abbildung 2: Öffentliche Entlohnung von GPs, Lettland



Quelle: Fragebogen LV.

Anmerkung: Unter „Gehalt“ sind öffentliche Zahlungen für die Gehälter von Practice Nurses und Physician Assistants erfasst, unter „Andere“ der Zuschlag für Landpraxen, vom Gesundheitsdienst übernommene Selbstbehalte Einkommensschwacher etc.

Im Jahr 2013 erfolgte eine Revision von 3.882 Einzelleistungen und 101 Leistungsprogrammen im Gesundheitswesen, um der Einführung des Euro, dem allgemeinen Lohnanstieg in den Gesundheitsberufen, gesenkten Sozialversicherungsbeiträgen, etc. Rechnung zu tragen. Die staatliche Broschüre mit dieser Information gibt jedoch keine weitere Auskunft über den Ablauf dieser Revision. (National Health Service – Latvia 2016:3)

#### 2.4.5. Leistungskatalog

Der von den GPs zu erbringende Leistungsumfang wird in einer staatlichen Regulierung vom März 2009 in einer allgemeinen Form festgehalten und in den jeweiligen Verträgen mit dem Gesundheitsdienst weiter konkretisiert (Mitenbergs et al 2012:116). Für welche Leistungen die Ausgaben übernommen werden, entscheidet der Gesundheitsdienst auf Basis von HTAs. Die OECD schätzt den Leistungsumfang in Lettland als beschränkter als in anderen OECD-Ländern ein und führt hierbei als Beispiel an, dass Eingriffe wie eine Thrombolyse nach einem Schlaganfall nicht übernommen werden. Einige Leistungen wurden auch erst aus finanziellen Gründen nach 2008 gestrichen. (OECD 2016:46)

## 2.5. Niederlande

### 2.5.1. Ambulante Versorgung im Landeskontext

Das niederländische Gesundheitssystem beruht auf der Bismarck'schen Tradition: Es ist geprägt von gemeinnützigen Krankenkassen, unabhängigen Leistungsanbietern und einer eher untergeordneten Rolle des Staates. Im Jahre 2006 wurde ein einheitliches, verpflichtendes Versicherungssystem für alle Einkommensgruppen eingeführt, was unter anderem einen verschärften Konkurrenzkampf zwischen den Versicherungen mit sich zog. Außerdem sind bis dahin unabhängige Organisationen nun stärker mit der Verwaltung des Systems betraut, wodurch der Verantwortungsbereich des Staates weiter geschmälert wurde. GPs haben durch das Gatekeeping-System einen besonderen Stellenwert. Durch die genannte Reform wurde die Rolle der GPs als zentrale Leistungserbringer und Ansprechpartner gefestigt (Kroneman et al, 2016:16-17). Die seit 2015 gültige neue Regelung für die Bezahlung von GPs versucht, diese Rolle weiter zu verstärken und insbesondere den Aspekt der integrierten Versorgung zu fördern.

Interessant ist, dass GPs, die eine *Practice Nurse* beschäftigen, deren Gehaltskosten von der Versicherung ersetzt bekommen. Individuelle Effizienzsteigerungen durch die Beschäftigung dieser Person kommen finanziell daher direkt den GPs zugute.<sup>20</sup>

### 2.5.2. Eingebundene Parteien und Institutionen

In den Niederlanden werden Tarife durch Verhandlungen zwischen Sozialversicherungen und Anbietern bestimmt. Dabei versucht man nicht nur die Preise, sondern soweit möglich auch die Qualität des Angebots festzulegen. In Bereichen, wo solch eine Preisverhandlung nicht zielführend ist, etwa im Krankenhaus bei Notfallversorgungen oder Organtransplantationen, für die es nur wenige Anbieter gibt, setzt die niederländische Gesundheitsbehörde Höchstpreise fest. (Kroneman et al. 2016: S. xxi)

Die Reform aus dem Jahr 2006 hat mit der Einführung von *Managed Competition*<sup>21</sup> die Rolle des **Gesundheitsministeriums** stark verändert. Die Aufgabe des Ministeriums liegt nunmehr in der Schaffung von geeigneten Regeln und in der Organisation der Aufsicht über drei Märkte: den Versicherungsmarkt, den Markt für den Leistungseinkauf durch die Versicherungen und den Markt, auf dem die Bevölkerung die medizinischen Leistungen bezieht. In die eigentliche Leistungserbringung ist das Ministerium kaum eingebunden (Kroneman et al. 2016: S. 24).

<sup>20</sup> <http://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/>

<sup>21</sup> *Managed Competition* beruht auf der Idee, dass im Wettbewerb stehende Versicherungen die Effizienz und Qualität der gebotenen Leistungen steigern können, dass aber Aufsicht und eine gewisse Lenkung durch staatliche oder in staatlichem Auftrag agierende Organisationen nötig ist.

Die **Niederländische Gesundheitsbehörde** (Nederlandse Zorgautoriteit; **NZa**) wird zwar vom Gesundheitsministerium finanziert, gilt aber als unabhängig. NZa ist zuständig für die Aufsicht der drei Märkte im Gesundheitswesen und einer Reihe regulatorischer Aspekte. Beispielsweise definiert NZa die Leistungseinheiten, die einzelne Anbieter offerieren können, und entscheidet in Fragen der marktbeherrschenden Größe, ein immer öfter aktuelles Thema in einem Markt der sich auf vier große Versicherungsanbieter konzentriert. (Kroneman et al. 2016: S. 26).

In Fragen der marktbeherrschenden Größe ergeben sich Überschneidungen der NZa mit den Zuständigkeiten der **KonsumentInnen- und Marktbehörde** (*Autoriteit Consument & Markt*; **ACM**), die jedoch in einem speziellen Protokoll geklärt wurden. Generell liegt der Auftrag der ACM in der Wahrung des fairen Wettbewerbs, was sich im Gesundheitswesen sowohl auf Versicherungen wie auch auf das Leistungsangebot bezieht. (Kroneman et al. 2016: S. 27)

Seit 2014 stellt das Nationale Gesundheitsinstitut (*Zorginstituut Nederland*; **ZiNL**) die Fortsetzung des früheren *College voor Zorgverzekeringen* dar. ZiNL trägt die Verantwortung für den Zugang zu sowie die Qualität und Leistbarkeit von Gesundheitsleistungen. ZiNL berät aber auch das Ministerium bezüglich des Basis-Leistungspaketes und setzt die Regulierung bezüglich unversicherter Personen und des Nicht-Bezahlens von Versicherungsprämien um<sup>22</sup>.

### 2.5.3. Verhandlungsablauf

Krankenversicherungen haben zwei wichtige Verhandlungsstrategien: selektive Vertragsabschlüsse einerseits und allgemeine Verhandlungen über Ausmaß, Qualität und Preis des Angebots andererseits. Ersteres ist hauptsächlich in Bezug auf FachärztInnen relevant, GPs sind davon kaum betroffen. Meist einigen sich GPs mit ihrer bevorzugten Sozialversicherung auf einen bestimmten Tarif und fragen anschließend bei anderen Versicherungen an, diesen Vertrag zu übernehmen. (Kroneman et al. 2016: 83)

Im Allgemeinen bevorzugen GPs es, in Gruppen zu verhandeln, da ihre Verhandlungsmacht dadurch steigt. Die Konsumenten- und Marktbehörde hatte dies allerdings bis zum Jahr 2015 untersagt, um die Konkurrenz zwischen den GPs zu erhalten. Mittlerweile ist es GPs aber erlaubt zu kooperieren, wenn dies zum Wohle der Patienten ist (Kroneman et al. 2016: S. 173). GPs organisieren sich in sogenannten *Koöperationen* (Kooperationen), wodurch sie einerseits die Behandlung verbessern wollen, andererseits vergrößert dies, wie schon angesprochen, aber auch ihre Verhandlungsmacht gegenüber den Sozialversicherungen und der Öffentlichkeit. (Blaauw 2016)

---

<sup>22</sup> [www.zorginstituutnederland.nl/](http://www.zorginstituutnederland.nl/)

Interessant ist der Hintergrund der Einführung eines neuen Bezahlungssystems. Das System wurde eingeführt nach Widerständen der ÄrztInnen gegen die Pläne, die PatientInnen stärker hin zu selektiv kontrahierten AnbieterInnen zu steuern. Stattdessen wurden dann unter dem Schlagwort „Qualität lohnt sich“ (*Kwaliteit loont*) allgemeine Maßnahmen (i.S.v. ohne Selektion der ÄrztInnen) zur Verbesserung der Versorgungsqualität insbesondere älterer und chronisch Erkrankter gesetzt, auf die auch die finanziellen Anreize in der Drei-Segmente-Bezahlung (siehe folgender Abschnitt) abgestimmt zu sein scheinen. (Kroneman et al. 2016: 184)

Über das Prozedere bei Scheitern von Verhandlungen liegen uns keine Informationen vor. Auf einem Wettbewerbsmarkt wie in den Niederlanden ist dieses Problem möglicherweise nicht so virulent: Scheitern die Verhandlungen einer Krankenversicherung mit einer Anbietergruppe, kann vielleicht mit einer anderen Anbietergruppe eine Einigung erzielt werden. Die Krankenversicherungen dürfen in ihrer Vertragsvergabe auf Preis und Qualität des von den AnbieterInnen angebotenen Leistungspaketes reagieren, indem sie manche AnbieterInnen kontrahieren, und andere nicht (selektive Kontrahierung). Wesentlich ist lediglich, dass die Krankenversicherung ihren Versicherten adäquate Leistungen bietet, die zumindest den für das Basispaket gesetzlich definierten Umfang erfüllen (Kroneman et al. 2016:25).

#### **2.5.4. Berechnungsgrundlagen und Tarifgestaltung**

Im Jahr 2015 wurde ein neues Abrechnungssystem eingeführt. Das Ziel dabei ist die Förderung von integrierter Versorgung, jene der Kooperation zwischen AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen und der Verschiebung von der Sekundär- in die Primärversorgung, sowie die damit einhergehende Stärkung der zentralen Rolle der Primärversorgung (Kroneman et al. 2016).

Das neue Abrechnungssystem gliedert sich in drei Segmente. Das erste davon umfasst die allgemeinen Aufgaben eines GPs, also jene Fälle, bei denen die GP-Praxis die erste Anlaufstelle ist. Dieses Segment beinhaltet wiederum drei Leistungsgruppen: Eine Kopfpauschale, die sich nach dem Wohnort der zu behandelnden Personen und danach richtet, ob diese das 66. Lebensjahr erreicht haben, Einkünfte aus Konsultationen und solche aus Hausbesuchen. GPs können die beiden letztgenannten Pauschalen auch verrechnen, wenn sie keinen Vertrag mit der Sozialversicherung der jeweiligen PatientInnen haben. Sorgt in der jeweiligen Praxis eine Pflegekraft für die Versorgung psychisch Kranker, so ersetzt die Versicherung auf Antrag die für diese und eine Reihe weiterer Leistungen anfallenden Kosten, sofern die Versicherung die verrechnenden GPs unter Vertrag hat.

Tabelle 3: Elemente der GP-Entlohnung, Niederlande

	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 Pat. -Konsultationen -Hausbesuche Ersatz verschiedener Sachausgaben	- gebündelte Zahlung für chronisches Leiden - Kopf-Pauschale für restliche Versorgung	P4P
Verrechenbar ohne Vertrag?	Ja, Pauschalen für Konsultationen und für Hausbesuche	nein	nein

Quelle: IHS nach Kroneman et al. (2016).

Das zweite Segment betrifft die integrierte Versorgung, welche in erster Linie die Versorgung chronisch kranker Personen umfasst, die an COPD, Asthma, Diabetes Typ II leiden oder ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen aufweisen. In Zukunft könnten weitere Gruppen ergänzt werden. Die Organisation der Versorgung wird von Versorgungsgruppen mit 4 bis 150 GPs übernommen. 2014 gehörten etwa 80% aller niederländischen GPs solchen Versorgungsgruppen an. Diese Versorgungsgruppen verhandeln gebündelte Zahlungen mit den Sozialversicherungen, die dann unter den GPs innerhalb der Versorgungsgruppe sowie weiteren an der Leistungserbringung beteiligten Personen außerhalb der Gruppe aufgeteilt werden; für das dadurch abgedeckte Leiden können dann keine Konsultationspauschalen mehr verrechnet werden. Die Pro-Kopf Pauschale dient den GPs als Bezahlung für Gesundheitsleistungen aufgrund anderer Krankheiten als der durch die gebündelte Zahlung abgedeckten. Um am zweiten Segment teilnehmen zu können, muss ein Vertrag mit der entsprechenden Sozialversicherung vorliegen. (Kroneman et al. 2016: S. 100-101)

Das dritte Segment bezieht sich auf Pay-for-Performance (P4P) und Innovation. Diese qualitätsbezogenen Bezahlungen sind ebenfalls vom Vorliegen eines Kassenvertrags abhängig. Der P4P-Aspekt umfasst dabei vor allem die Erreichbarkeit der Praxis, die Effizienz bei der Verschreibung von Medikamenten und bei der Überweisung von PatientInnen in die Sekundärversorgung. Aber auch Bereiche, welche die Patientenversorgung nur indirekt betreffen, etwa die Akkreditierung der Praxis, sind

inkludiert. Leistungserbringungen außerhalb der Ordinationszeiten werden von GP-Kooperationen erbracht und nach einem Stundensatz, gewissermaßen außerhalb der drei Segmente, bezahlt. Beinahe alle GPs sind Mitglied solch einer Kooperation (Kroneman et al. 2016: S. 101)

### **Finanzielle Implikationen**

Es ist vorgesehen, dass sich die Einnahmen der GPs zu 77 % aus dem ersten Segment ergeben, während sich die verbleibenden 23 % auf das zweite und dritte Segment aufteilen. Empirische Ergebnisse, ob diese Aufteilung auch zutrifft, liegen uns aufgrund der Neuheit des Systems noch nicht vor. Das Gesundheitsministerium, der Versicherungsverband, der PatientInnenverband und der Erstversorgungsverband haben sich auf eine jährliche Wachstumsrate von 1.5 % für die Grundversorgung der GPs (1. Segment) und die integrierte Versorgung (2. Segment) geeinigt. Für die Verlagerung von Leistungen aus der Zweitversorgung in die Erstversorgung und der Einführung von P4P (3. Segment) wird eine zusätzliche Wachstumsrate von 1.0% gewährt. (Kroneman et al. 2016:101)

#### **2.5.5. Leistungskatalog**

Der Leistungsbereich niederländischer GPs ist breit. In einem diesbezüglichen europäischen Vergleich wurde ihre Leistungsbreite allein von den finnischen KollegInnen übertroffen. Niederländische GPs werden als nicht-interventionistisch beschrieben, was sich in niedrigen Verschreibungs- und Überweisungsraten widerspiegelt. Im Jahr 2014 wurden lediglich 280 von 1000 registrierten PatientInnen an SpezialistInnen weiterüberwiesen. Bezogen auf die einzelnen GP-Kontakte wurden 93% aller Kontakte in der Primärversorgung abgewickelt, nur 7% der Kontakte führten 2014 zu einer Überweisung in die Sekundärversorgung. (Kroneman et al. 2016:140)

Der Leistungskatalog der Versicherungen ist für das Basispaket an Leistungen einheitlich gesetzlich vorgegeben. Die Niederländische Gesundheitsbehörde NZa definiert, welche Leistungen den PatientInnen von den LeistungserbringerInnen in Rechnung gestellt werden dürfen sowie die maximale Höhe dieser Preise. Bei den meisten Leistungen gehen dieser Entscheidung jedoch Verhandlungen zwischen Krankenversicherungen und AnbieterInnen darüber voraus, was diese Leistungen umfassen und welche Qualität sie haben sollen, bzw. wie hoch der Preis dafür sein darf.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> <https://www.nza.nl/organisatie/sitewide/english/>

## 2.6. Schweiz

Ein spezielles Charakteristikum der Schweizer Politik ist die ausgeprägte Form der direkten Demokratie, die sich auch in der Gesundheitspolitik niedergeschlagen hat. Manche Bereiche erfordern per Gesetz die Einbindung der Bevölkerung, wie beispielsweise die Verlagerung von Verantwortlichkeiten auf eine andere Ebene. In der Vergangenheit wurden bereits gesundheitspolitische Reformschritte per Referendum erfolgreich abgelehnt, andere Reformschritte wurden erst durch einen per Referendum geäußerten Wunsch der Bevölkerung initiiert. (Di Pietro et al. 2015:21)

Das Schweizer Gesundheitssystem ist sehr komplex. In einem dezentralisierten regulatorischen Rahmen kombiniert es Aspekte von *Managed Competition* und Korporatismus. Dementsprechend ist die Entscheidungsfindung auf mehrere Ebenen verteilt: (1) drei Ebenen von Gebietskörperschaften, nämlich der Bund, 26 Kantone und 2352 Kommunen; (2) korporatistische Institutionen einschließlich der Firmen und Organisationen, die die **obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)** bereitstellen und (3) die Bevölkerung, die über öffentliche Referenden Reformen fordern oder ablehnen kann. (Di Pietro et al. 2015:19)

Die Kantone verfügen über weitgehende Kompetenzen im Gesundheitsbereich, wie z.B. in der Spitalversorgung, der Spitzenmedizin, der Berufsausübung in den Gesundheitsberufen sowie der Prävention und Gesundheitsförderung. Der Bund dagegen erfüllt diejenigen Aufgaben, welche ihm durch die Bundesverfassung zugewiesen werden: Dies betrifft z.B. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die OKP sowie die Fortpflanzungs- und Transplantationsmedizin. Die Zuständigkeitsbereiche von Bund und Kantonen sind allerdings stark miteinander verknüpft. Eine verstärkte Zusammenarbeit ist daher von beiden Seiten sehr gewünscht. Eine wichtige Plattform für Bund und Kantone zum Austausch und zur Diskussion gesundheitspolitischer Themen stellt der „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ dar. Dieser dient dazu, aktuelle und künftige Herausforderungen des Gesundheitswesens in einer möglichst frühen Phase aufzunehmen und ein gemeinsames Vorgehen zu koordinieren. Er bezweckt zudem, das gegenseitige Verständnis und Vertrauen zwischen den am Dialog Teilnehmenden zu stärken und ein effizienteres Handeln der Behörden zu fördern.

Es besteht eine Krankenversicherungspflicht für alle in der Schweiz wohnhaften Personen, unabhängig von ihrer Staatszugehörigkeit. Verpflichtend ist eine Grundversicherung, die alle Krankenkassen anbieten müssen. Die Leistungen dieser Grundversicherung sind auf grundsätzlich bundesstaatlich festgesetzt, ebenso wie Qualitätsstandards. Krankenkassen sind verpflichtet, alle BürgerInnen, unabhängig von Einkommen, Krankheitssituation, Geschlecht oder Herkunft, als Versicherte zu akzeptieren. Die Finanzierung erfolgt über Kopfprämien, die von Kanton zu Kanton und entlang drei Altersklassen variieren können, sich aber innerhalb einer Kasse nicht nach Krankheitsstatus oder innerhalb des Kantons

unterschieden dürfen. Neben der obligatorischen Grundversicherung steht es den Versicherten frei, eine Zusatzversicherung zu wählen. (Di Pietro et al. 2015:21) Das Krankenversicherungsgesetz (**KVG/LAMaI**) wird als das wichtigste Gesetz für den Gesundheitsbereich angesehen. (Di Pietro et al. 2015:19)

In der Schweiz beteiligen sich die Versicherten an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen durch einen festen Jahresbetrag, die so genannte Franchise (Minimum 300 SFR pro erwachsener Person und Jahr) und einem prozentuellen Beitrag, der die die Franchise übersteigenden Kosten deckt. Diese Selbstbeteiligung beträgt 10% für Arztkosten, 10% für Generika und einige andere Medikamente, und 20% für Originalpräparate, die durch Generika ersetzt werden könnten.

### 2.6.1. Ambulante Versorgung im Landeskontext

Alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz sind laut Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 verpflichtet, sich für die Krankenpflege zu versichern. OKP müssen alle korrekt eingereichten Abrechnungen von allen ÄrztInnen begleichen, die die Voraussetzungen hierfür erfüllen.<sup>24</sup> Damit findet wenig direkter Wettbewerb auf Seiten der Leistungserbringung statt; nur im Bereich der **Health Maintenance Organizations (HMOs)** dürfen die OKP selektiv kontrahieren. (Di Pietro et al. 2015:103)

Die meisten ÄrztInnen arbeiten nach wie vor selbständig. In einer Umfrage unter niedergelassenen ÄrztInnen gaben über 60% an, in unabhängigen Einzelpraxen zu arbeiten. Fast die Hälfte der Niedergelassenen ist an einem ärztlichen Netzwerk beteiligt. Es ist ein 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 im Steigen begriffen ist die Zahl der Netzwerke und der HMOs (Di Pietro et al. 2015:56, 164).

Am 1. Januar 2004 wurde der Einzelleistungstarif TARMED (tarif médical) zur Verrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen flächendeckend in der ganzen Schweiz eingeführt. TARMED löste die unterschiedlichen kantonalen Tarifwerke sowie den Spitalleistungskatalog ab. Ambulante Arzt- und Spitalrechnungen, die vom Leistungskatalog der OKP abgedeckt sind, werden seither unter Anwendung der TARMED-Tarifstruktur abgerechnet.

---

<sup>24</sup> Zu diesen zählte zeitweilig der Erhalt einer Kantonslizenz, die eingeführt wurde, um Überversorgung zu vermeiden. Allerdings greift diese Regelung hauptsächlich bei ausländischen ÄrztInnen, da diejenigen ausgenommen sind, die mindestens drei Jahre ihrer Fachausbildung in der Schweiz absolviert haben. Die Kantone gehen unterschiedlich mit dieser Regel um, manche wenden sie nur auf einzelne Fächer, Regionen oder Settings an. (Di Pietro et al. 2015:56f)

### 2.6.2. Eingebundene Parteien und Institutionen

Korporatistische Interessensvertretungen der Financiers sowie der Leistungsangebotsseite handeln die Verträge aus, die die Grundlage für die Erbringung der Gesundheitsleistungen bilden. Außerdem sind sie auf kantonaler Ebene für die Kontrolle und gegebenenfalls Sanktionssetzung bei ihren Mitgliedern zuständig. Verschiedene Institutionen, die von beiden Seiten bestellt werden, sind insbesondere für die Entwicklung des nationalen Rahmens für die Tarifgestaltung wichtig. Wenn die korporatistischen Akteure keinen Vertragsabschluss zustande bringen, dürfen die Bundesebene oder die Kantone einschreiten und die Tarife oder Standards selbst festlegen. (Di Pietro et al. 2015:12, 25)

Die obligatorische Krankenversicherung ist wesentlichster Financier im Schweizerischen Gesundheitswesen. Im Jahr 2012 kamen Krankenversicherungen für knapp 36% der gesamten Gesundheitsausgaben auf, die Kantone als zweitgrößte Zahler für 17,2%. Seit Einführung des KVG/LAMal wurden alle Träger einer OKP zu privaten Firmen, die aus ihrer Versicherungstätigkeit jedoch keinen Gewinn schöpfen dürfen. OKP-Firmen unterliegen einem Kontrahierungszwang bezüglich der versicherten Personen. Im Jahre 2014 boten 61 Versicherungsgesellschaften in der Schweiz Krankenversicherungsschutz an, was gegenüber dem Jahr 2000, als noch knapp 100 Firmen OKP anboten, einen markanten Rückgang darstellt. (Di Pietro et al. 2015:31)

Alle OKP-Firmen sind Mitglieder in einem oder mehreren von drei Verbänden: **Santésuisse**, **Curafutura** und/oder **RVK** (**R**ückversicherungs**v**erband des **K**onkordates der Schweizerischen Krankenkassen, also der Verband der kleinen und mittleren Versicherer). Santésuisse ist der größte Verband, von dem sich Curafutura im Jahr 2013 abspaltete, als vier große Versicherungsgesellschaften ausschieden - sie repräsentieren gemeinsam 40 Prozent der Versichertenpopulation - und einen eigenen Verband gründeten. RVK repräsentiert etwa ein Zehntel der Versichertenpopulation; Mitglieder von RVK sind meist auch Mitglied bei Santésuisse. Die Verbände sind auch in den korporatistischen Organisationen der Financiers und der Angebotsseite vertreten. So ist Santésuisse Aktionär bei SwissDRG AG, einer Firma, die das Schweizer System für die Spitalsfinanzierung weiterentwickelt, und Partner von TARMED Suisse, der verantwortlichen Firma für die Entwicklung der Tarifstruktur in der ambulanten Versorgung (Di Pietro et al. 2015:31). Laut Webpage von Curafutura arbeitet auch dieser Verband bei der strukturellen Erarbeitung, Anpassung und Pflege der ambulanten Tarifstruktur TARMED sowie dem Spitalsfinanzierungssystem DRG Suisse aktiv mit, und unterstützt seine Mitglieder mit Expertise zum Tarif und mit verbandsinternen Gremien zur Tarifstruktur. Allerdings spezifiziert die Webpage nicht, in welcher konkreten Form diese Beteiligung abläuft.

Die Versicherungsverbände verhandeln auch die Verträge mit der Angebotsseite. Zu diesem Zweck wurde im Jahr 2010 die Tarifsuisse AG gegründet, das von den OKP für das

Ausverhandeln derartiger Verträge beauftragt werden kann. Di Pietro et al. (2015:31) berichten, dass Tarifsuisse AG rund 75 Prozent des gesamten Marktes repräsentieren.

Die **Fédération des médecins suisses (FMH)** ist der Berufsverband der Schweizer ÄrztInnen und die Dachorganisation der kantonalen und fachspezifischen ärztlichen Gesellschaften. Ihr gehören über 40.000 Mitglieder an. Voraussetzung für eine Mitgliedschaft in der FMH ist ein eidgenössisches oder gleichwertiges medizinisches Diplom. Ordentliche Mitglieder erwerben gleichzeitig die Mitgliedschaft in einer der Basisorganisationen. Hierzu zählen 24 kantonale ärztliche Gesellschaften, der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS und der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO.<sup>25</sup> Die FMH kann zusätzliche Qualifikationserfordernisse für ihre Mitglieder festlegen, und bei Fehlverhalten Mitglieder ausschließen oder die Gesundheitsbehörde des Kantons informieren. Da die Mitgliedschaft in der FMH für die Ausübung des ärztlichen Berufes aber nicht verpflichtend ist, wirken derartige Sanktionen weniger stark als z.B. in Deutschland. (Di Pietro et al. 2015:56)

Seit 1995 firmiert der Verband der Krankenhäuser unter seinem heutigen Namen „**H+ Die Spitäler der Schweiz**“.

Die **Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)**<sup>26</sup> befasst sich mit der Regelung aller grundsätzlichen Fragen, die sich aus dem Medizinalrecht und den Medizinaltarifen für die Träger der obligatorischen Unfallversicherung ergeben. Die MTK ist seit 1.1.2015 als Verein ausgestaltet. Die MTK, die Militär- und Invalidenversicherung schließen in der Regel gemeinsam Verträge mit den Spitalern und mit den Verbänden der sogenannten Medizinalpersonen ab.<sup>27</sup>

Für eine kontinuierliche Neuanpassung und Interpretation des TARMED Tarifwerks sind drei Kommissionen geschaffen worden, die sich paritätisch aus den angeführten Tarifpartnern zusammensetzen. Die Paritätische Interpretationskommission (**PIK**) ist gesamtschweizerisch für die Interpretation des Vertragswerks verantwortlich (also klärt beispielsweise Fragen, welche konkreten Leistungen eine Tarifposition beinhaltet), behandelt dabei aber keine Tarifstrukturänderungen. Diese Aufgabe erfüllt die **Paritätische Tarifkommission (PTK)**. Sie entscheidet über die Aufnahme, Anpassungen sowie das Ausscheiden von Tarifpositionen und legt Revisionen der Taxpunktwerte (siehe Kapitel 2.6.4) fest. Nur die Tarifpartner des Rahmenvertrags TARMED – also die FMH, H+, santésuisse und die Medizinaltarifkommission (MTK) – können solche Anträge stellen; sie sind paritätisch in der PTK vertreten. Entscheidungen müssen einstimmig fallen, wobei jede der Tarifparteien genau eine Stimme hat.<sup>28</sup> Die Paritätische Kommission Dignität<sup>29</sup> und Spartenanerkennung

<sup>25</sup> [http://www.fmh.ch/ueber\\_fmh/portraet.html](http://www.fmh.ch/ueber_fmh/portraet.html)

<sup>26</sup> Die Bedeutung des Namensteils „UVG“ konnte aus den vorliegenden Unterlagen nicht eruiert werden.

<sup>27</sup> <https://www.mtk-ctm.ch/de/ueber-uns/medizinaltarif-kommission-uvg-mtk/>

<sup>28</sup> <http://www.fmh.ch/files/pdf9/TDRUNDUMTARMED201103D.pdf>

(PaKoDig) ist verantwortlich für die Überwachung der Bestimmungen der Dignitätsdatenbank und der Anerkennungssparten. Die PaKoDig ist auch zuständig für Überprüfung und Genehmigung der Gesuche der Leistungserbringer zur Anerkennung der Sparten.

Die **Paritätische Vertrauenskommission** fungiert als vertragliche Schlichtungsinstanz für Streitigkeiten zwischen Versicherungen und der Leistungserbringerseite über die Anwendung des Tarifvertrages, soweit nicht die PIK, die PTK, die PaKoDig oder eine andere Kommission der TARMED Suisse zuständig ist. Sie setzt sich paritätisch aus Vertretungspersonen beider Seiten zusammen (H+ und MTK / FMH und MTK) und kann Schlichtungsvorschläge und/oder Sanktionen aussprechen.<sup>30</sup>

### 2.6.3. Verhandlungsablauf

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung von 1994 regelt die Tarifverträge über ambulante Leistungen in Artikel 46-48. Demnach sind die Parteien eines Tarifvertrages einzelne oder mehrere LeistungserbringerInnen oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherungen oder deren Verbände andererseits<sup>31</sup>. Ist ein Verband Vertragspartei, so ist der Tarifvertrag nur für die dem Vertrag beigetretenen Mitglieder des Verbandes verbindlich. Nichtmitglieder, die im Vertragsgebiet tätig sind, können dem Vertrag beitreten. Der Vertrag regelt die Art und Weise der Beitritts- sowie der Rücktrittserklärung und ihre Bekanntgabe. Der Tarifvertrag muss durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat genehmigt werden. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

In der Praxis werden die Verträge zwischen den Versicherungsverbänden (santésuisse, curafutura, RVK) und der Vertretung der Angebotsseite (wie insbesondere FMH) abgeschlossen, den Tarifen müssen die einzelnen Versicherungen und AnbieterInnen zustimmen. Können sich beide Seiten nicht einigen, können kantonale oder nationale Behörden Tarife festsetzen. (Di Pietro et al. 2015:103) Diese relativ neue Regelung wird aktuell gerade schlagend, siehe weiter unten.

Die Tarife für die ambulante Versorgung beruhen auf einem gemeinsam von beiden Seiten entwickelten nationalen Rahmenwerk, seit 2012 auch jene für Spitalsversorgung, allerdings mit abweichendem TARMED-Punktwert. Je nach kantonalen oder lokalen Vereinbarungen können die tatsächlichen Tarife innerhalb und zwischen den Kantonen variieren, und tun dies auch. Theoretisch bzw. gemäß KVG/LAMal Art. 56 und 58 sollten die Verträge auch Qualität

<sup>29</sup> Die Dignität differenziert nicht nur nach medizinischen Fächern, sondern auch nach abrechnungsrelevanten Weiter- und Zusatzausbildungen.

<sup>30</sup> <https://www.mtk-ctm.ch/de/tarife/tarmed/>

<sup>31</sup> Bei bestimmten Leistungen wie definierten Präventionsprogrammen können auch Kantone Tarifparteien sein.

und Effizienz spezifizieren; faktisch sind diesbezügliche Regelungen oder Kontrollmechanismen zu ihrer Überprüfung jedoch kaum vorhanden. (Di Pietro et al. 2015:103)

### Ablauf von Anpassungen des TARMED

Für Anträge auf Aufnahme, Anpassung und Ausschluss von Tarifpositionen in den TARMED ist wie oben erläutert die PTK zuständig. Der Ablauf solcher Anträge kann in 10 Schritte gegliedert werden, wie in Tabelle 4 dargestellt wird. Allerdings hat die PTK laut den Jahresberichten der TARMED suisse für 2013 und 2014 aufgrund der laufenden Tarifrevision im Jahr 2013 nur einmal getagt und eine Pendency aus dem Vorjahr erledigt, und im Jahr 2014 gar nicht getagt, da sich die Tarifparteien nicht auf ein Revisionsprojekt einigen konnten.

**Tabelle 4: Ablauf von Anträgen auf TARMED Anpassungen**

Schritt	Ablauf
1	Erstellung des Antrages durch die FMH in Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft.
2	Eingabe des Antrages in die Paritätische Tarifkommission
3	Verhandlung des Antrages in der Kommission
4	Beschlussfassung zum Antrag in der Kommission (Einstimmigkeit, eine Stimme je Tarifpartner)
5	Eingabe des Antrages ins Leitungsgremium
6	Beschlussfassung zum Antrag im Leitungsgremium
7	Anträge eines Jahres als Paket an den BAG bzw. dem Bundesrat senden ...
8	...und diesem zur Genehmigung unterbreiten
9	Beschlussfassung durch den Bundesrat zum Antrags-Paket
10	Umsetzung des Antrags-Paketes in Form einer neuen Tarifversion

Quelle: <http://www.fmh.ch/files/pdf9/TDRUNDUMTARMED201103D.pdf>.

## Aktuelle Entwicklungen

Der TARMED wurde seit seiner Einführung 2004 immer wieder punktuell angepasst, er wurde aber nie als Ganzes revidiert und ist laut Eidgenössischem Departement des Inneren überarbeitungsbedürftig, dies bestätigte bereits eine Evaluation durch den Schweizer Rechnungshof im Jahr 2010 (EFK 2010, zu weiterer Kritik siehe unten). Insbesondere soll die Überarbeitung auch dazu beitragen, die Stellung der Allgemeinmedizin gegenüber den Fächern zu stärken, was einerseits durch Änderungen in der Ausbildung begleitet, aber andererseits durch gesetzlich vorgegebene Budgetbeschränkungen erschwert wird: Die Besserstellung der Allgemeinmedizin kann so nur durch Verschlechterungen in den Fächern erkauft werden, was immense Schwierigkeiten bei der Durchsetzung mit sich bringt. In den aktuellen Verhandlungen zeigt sich, dass die tatsächliche Vereinbarung neuer Tarife auch in der Schweiz ein längerer Weg mit vielen Verhandlungsrunden ist.

Die dreiseitige Zusammenarbeit seit 2012 (FMH, H+, MTK) brachte in den meisten Fachteams schon einen neuen TARMED Abschluss (bzw. einen Entwurf dafür) zustande, was offenbar nicht unbedingt erwartet worden war. In einer ersten Runde hat die spezielle Arbeitsgruppe „Spartenkalkulation“ die „Sparten“ der Spitalsversorgung gerechnet, in einer zweiten dann diejenigen für die ambulante Versorgung. (Lüscher 2015)

Anfang 2016 startete dann die Vernehmlassung (das Begutachtungsverfahren für den Entwurf) innerhalb der FMH, im Zuge dessen zahlreiche FMH-Mitglieder ihre Meinung einbrachten. Die jeweiligen Fachteams beurteilten diese Feedbacks anschließend. Sie mussten verifizieren, ob diese den Tarifierungsgrundsätzen entsprechen, und überprüfen, ob die Änderungsvorschläge in der Tarifstruktur nicht bereits abgebildet sind.

Die finale Version des revidierten Arzttarifs lag ab Ende März 2016 zur Genehmigung innerhalb der FMH vor. Die Ärztekammer ordnete hierüber eine Urabstimmung unter den ordentlichen FMH-Mitgliedern an. Die Mitglieder lehnten den vorliegenden Entwurf ab.<sup>32</sup>

Da die Tarifpartner dem Bundesrat bis Ende Juni 2016 keine überarbeitete Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen vorlegten, war nun das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) am Zug. Das EDI gewährte den Tarifpartnern eine Frist von vier Monaten, um sich doch noch auf eine grundlegend revidierte Tarifstruktur zu einigen. Eine besondere Schwierigkeit dürfte hierbei eine gesetzliche Rahmenbedingung darstellen, dass durch die neue Tarifstruktur keine Mehrkosten entstehen dürfen. Sollten die Tarifpartner keine entsprechende Einigung erzielen können, sind sie aufgefordert, zumindest Vorschläge einzureichen, wie die vom EDI als überteuert angesehenen Leistungen in der bestehenden Tarifstruktur gezielt angepasst werden können. Sollten die Tarifpartner keinen fristgerechten Antrag auf Genehmigung einreichen, kündigte der Bundesrat an, von seiner subsidiären

<sup>32</sup> [http://www.fmh.ch/ambulante\\_tarife/revision\\_ambulanter-tarif/Projektstatus.html](http://www.fmh.ch/ambulante_tarife/revision_ambulanter-tarif/Projektstatus.html)

Kompetenz Gebrauch zu machen und, nach entsprechender Vorbereitung durch das Gesundheitsministerium, Anpassungen an der Tarifstruktur vorzunehmen.<sup>33</sup> Die Tarifpartner legten in weiterer Folge keine revidierte oder teilrevidierte Tarifstruktur vor, sodass das EDI nun tatsächlich am Zuge ist. Es zielt darauf ab, die ohnehin in Überarbeitung befindlichen „übertarifierten“ Leistungen anzupassen und einen Vorschlag zur Vernehmlassung im ersten Halbjahr 2017 vorzulegen, der auch die von einzelnen Tarifpartnern eingereichten Vorschläge berücksichtigt.<sup>34, 35</sup>

Außerdem hat der Spitalsverband H+ im Juni 2016 den Rahmenvertrag zum Jahresende 2016 gekündigt. Um einen vertragslosen Zustand zu vermeiden, haben sich die Vertragspartner daraufhin geeinigt, als Übergangslösung die für 2016 geltende Tarifstruktur bis Ende 2017 weiter anzuwenden, was auch vom Bundesrat genehmigt wurde.

#### 2.6.4. Berechnungsgrundlagen und Tarifgestaltung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung von 1994 (**BVG**) hält in Artikel 43 Grundsätze über Tarife und Preise fest. Vorgesehen sind Zeittarife, Einzelleistungstarife, 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 (Beachte, dass nur die Struktur, nicht die Höhe bundesweit einheitlich sein muss. Dementsprechend variiert die Tarifhöhe zwischen den Kantonen).

Artikel 44 schließt aus, dass für Leistungen nach dem BVG weitergehende Vergütungen berechnet werden; die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise müssen eingehalten werden (Tarifschutz). Allerdings können ÄrztInnen es ablehnen, Leistungen nach diesem Gesetz zu erbringen (Ausstand), was der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle zu melden ist. In diesem Fall entsteht kein Anspruch auf Vergütung nach diesem Gesetz, worauf Versicherte gegebenenfalls vor der Leistungserbringung hingewiesen werden müssen.

Zur Abrechnung der erbrachten Leistungen muss die Punktstruktur bzw. der einzelne Punkt bewertet werden. Diese Bewertung oder Gewichtung besteht aus zwei Bestandteilen: (1) dem medizinischen Teil für die ärztliche Vergütung, und (2) dem technischen Teil für

<sup>33</sup> <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-62476.html>

<sup>34</sup> <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-64604.html>

<sup>35</sup> Eine vergleichbare Situation herrscht derzeit im Bereich Physiotherapie: da die Vertragspartner sich nicht einigen konnten, wird die Frist erstreckt und zwischenzeitlich bzw. rückwirkend die Geltung der bisherigen Tarifstruktur verlängert.

Praxisangestellte, erforderliche Infrastruktur und Gemeinkosten. Für den medizinischen Teil schätzen zum einen die (fach)ärztlichen Standesvertretungen den zeitlichen Aufwand, und zum anderen wird ein jährliches Referenzeinkommen in Schweizer Franken zu Grunde gelegt, mit Anpassungen je nach Fach und spezifischen Qualifikationen. Durch Multiplikation des Gewichtes mit dem je Kanton ausverhandelten Punktwert<sup>36</sup> ergibt sich der Taxpunktwert, also der Geldwert je Einzelleistung. (Di Pietro et al. 2015:116)

Wie oben beschrieben, werden alle im TARMED enthaltenen Leistungen und deren entsprechende Taxpunktwerte durch Tarifverhandlungen zwischen dem Santésuisse, der FMH, den Spitälern der Schweiz (H+) und 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.

Durch den TARMED können ÄrztInnen Tarifpositionen nur entsprechend ihrer Qualifikation und Ausbildung – ihrer Dignität – verrechnen; diese Anerkennung erfolgt ebenfalls durch TARMED (konkret durch PaKoDig, siehe letzter Absatz). Die Dignität entspricht den in der Weiterbildungsordnung geregelten Facharzttiteln, Fähigkeitsausweisen und Schwerpunkten. Die Beschlüsse in den drei paritätischen Kommissionen werden einstimmig gefasst. Diese Erfordernis hat in der Vergangenheit des TARMED oftmals zu Blockaden zwischen den Tarifpartnern geführt.

Die Einzelleistungsvergütung macht mit rund 90% nach wie vor den Hauptanteil der ärztlichen Vergütung in den Praxen aus, aber Kopfpauschalen holen auf und erreichten im Jahr 2012 bereits 10-11%. Diese Zahlungen gingen an *Health Maintenance Organizations* (HMOs) oder Ärztenetzwerke, die im Rahmen von *Managed Care*-artigen Versicherungsstrukturen ihre Versicherten versorgen. In diesen Verträgen kommen mit Alter, Geschlecht und anderen Faktoren gewichtete Kopfpauschalen zum Einsatz; damit tragen die Leistungserbringer typischerweise zumindest einen Teil des Risikos für ihre Versicherten.

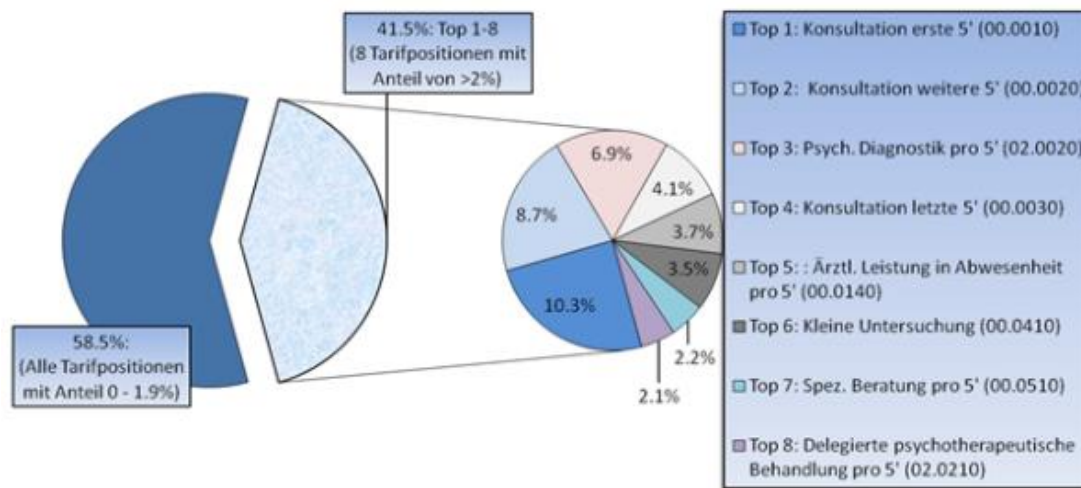
Innerhalb der über 4500 Tarifpositionen besteht jedoch eine starke Konzentration auf einzelne Leistungen. Es wird berichtet, dass die Top 8 Leistungen 42% des gesamten Taxpunktwertes ausmachten, davon die Top 1-Leistung, Pauschale für die ersten 5 Minuten, alleine 20 Prozentpunkte (Abbildung 3). Es fällt auf, dass sieben dieser Top 8 Positionen im

---

<sup>36</sup> 2014 lagen die kantonalen Punktwerte zwischen 0,82 und 0,97 Schweizer Franken.

Grunde Zeittarife für je 5 Minuten darstellen, und zwar sechs davon aus dem Bereich der Grundleistungen, und zwei aus dem Bereich Psychiatrie.

Abbildung 3: Anteile der Top 8 TARMED Positionen gemessen am gesamten Taxpunktwert, 2010



Quelle: <https://www.monsieur-sante.ch/de/2013/03/14/hitliste-der-tarmed-positionen-tarmed-orientierungslauf-4/>.

Auch wenn es in der TARMED-Revision vom 29.01.2009 zu einer Aufwertung der Grundversorgung gekommen ist, wird doch geklagt dass diese durch die Tarifverträge schlechter gestellt sei als die fachärztliche Versorgung.<sup>37</sup>

Bestätigt wird diese Sichtweise durch die Evaluation des TARMED durch die Schweizer Finanzkontrolle (EFK 2010). Die damaligen Erkenntnisse wurden folgendermaßen zusammengefasst:

- Ziel der Kostenrealität: teilweise erreicht. In gewissen Bereichen stellen Verhandlungslösungen (speziell bei den sogenannten Minutagen) und veraltete bzw. fehlende Berechnungsgrundlagen die Kostenrealität stark in Frage. (Die Tarifpartner sind sich zwar über die Notwendigkeit einer großen Revision einig, diese scheitert aber über Jahre u.a. an der Regel der Einstimmigkeit von Entscheidungen, siehe Abschnitt zu den Aktuellen Entwicklungen).
- Ziel der verbesserten Transparenz: erreicht. Das Potenzial der nun vorhandenen Daten wird jedoch für objektive Analysen (z.B. zur Verbesserung der Kostenrealität) nicht genutzt. Stattdessen streiten die Tarifpartner über die Gültigkeit der Daten, die nicht aus ihrer eigenen Datenbank stammen („Datenparität“). Die existierenden Statistiken sind unvollständig.

<sup>37</sup> Durch die TARMED Revision vom 29.01.2009 wurde beispielsweise die Besuchsinkonvenienzpauschale eingeführt und die Notfall-Inkonvenienzpauschale angehoben.

- Ziel der finanziellen Aufwertung der ärztlichen Leistungen: eher nicht erreicht, mit Ausnahme der Psychiatrie. Längere Konsultationen werden zwar etwas besser vergütet als früher, die Einkommensunterschiede zwischen den technischen Fachspezialitäten und den Grundversorgern nehmen aber zu, statt ab. Dies begründen die AutorInnen der Evaluation u.a. mit den kurz vor Abschluss des TARMED durchgeführten Änderungen zugunsten der Fachspezialitäten.
- Ziel der Kostenneutralität: erreicht. Die Kostenneutralität wurde durch die Tarifpartner operationalisiert (vom Bundesrat genehmigt) und in Arztpraxen monitorisiert. Die Analyse bestätigt, dass das Ziel im statistischen Sinn erreicht wurde, d.h. die Ausgaben steigen gleich stark wie vor der Einführung von Tarmed. An anderer Stelle bemängeln die AutorInnen der Evaluation jedoch, dass Kostenrealität im Sinne einer Übereinstimmung zwischen betriebswirtschaftlich kalkulierten nötigen Ausgaben und Tarifhöhe zu wünschen übrig lässt, und Ungleichgewichte fortbestehen, die eher historisch als betriebswirtschaftlich begründbar sind.
- Ziel der Tarifpflege: nicht erreicht. Das Revisionsprojekt Tarmed 2010 ist seit Jahren blockiert und die Gefahr besteht, dass erforderliche jährliche Korrekturen des Tarmed mit Verweis auf dieses Revisionsprojekt ins Ungewisse verschoben werden (eine Befürchtung von 2010, die sich inzwischen bewahrheitet hat).

Die Eidgenössische Finanzkontrolle führte folgende Kritik zum Stand der Kostenrealität aus (EFK 2010:4):

- Unsystematische Festlegung der Zeiten, die für die Ausführung einer Leistung notwendig sind, sowie Fehlen transparenter und allgemein akzeptierter Kriterien und Methoden für ihre Festlegung.
- Fehlende Nachvollziehbarkeit einiger Produktivitätsfaktoren, die in die Berechnung der ärztlichen Leistungen einfließen.
- Fortbestand historischer Unterschiede bei den Taxpunktwerten, anstelle von kantonalen Kostenunterschieden bei Lohn und Mieten.
- Großer Handlungsspielraum für die Ärzteschaft bei der Fakturierung, mit resultierenden Überschneidungsmöglichkeiten von Einzelpositionen.
- Fehlende Kontrollmöglichkeiten für die Versicherten bezüglich der Tarmed-Rechnungen, obwohl vom KVG vorgesehen; Fortbestand unverständlicher Codes und Details bei gleichzeitigem Fehlen zentraler Informationen, wie der gesamt verrechneten Zeit, auch nach zehn Jahren Tarmed.
- Trotz umfassendem Leistungskatalog Verwendung von Analogiepositionen für gewisse (noch) nicht tarifierte Leistungen; Fehlen einzelner Leistungen im Tarmed, die bereits von der verantwortlichen Kommission in den Leistungskatalog der OKP aufgenommen wurden.

Die Schwierigkeiten beim Abschluss einer großen Revision des TARMED führen Kommentatoren neben dem Gebot der Kostenneutralität und seiner umstrittenen Interpretation auch darauf zurück, dass beim ursprünglichen Abschluss kein verbindliches Prozedere vereinbart wurde, wie mit technologischem Fortschritt und Wandel im Tarifwerk umzugehen ist. Interessanterweise wird auch die Notwendigkeit jener einheitlichen Anwendung des TARMED kritisiert, die aus österreichischer Sicht attraktiv erscheint, und zwar u.a. mit Hinweis auf die im Schweizer Spitalsbereich eben nicht geforderte Einheitlichkeit der Vergütungsstruktur. (Gyger, Moser 2016).

### 2.6.5. Leistungskatalog

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 Krankenversicherungsverordnung (**KVV/OAMaL**) und der Gesundheitsleistungsverordnung (**KLV/OPAS**).

Artikel 32-34 des KVG/LAMaL spezifizieren als Voraussetzungen, dass die Leistungen wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen, was auch periodisch zu überprüfen ist. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.<sup>38</sup> In der Praxis umfasst der Leistungskatalog jene ca. 4.600<sup>39</sup> Einzelleistungen, die im TARMED gelistet sind.

Pietro et al. (2015:53) beschreiben den Prozess, wie neue Gesundheitsleistungen in den Katalog der zu finanzierenden Leistungen aufgenommen werden. Neue Leistungen, die von ÄrztInnen oder ChiropraktikerInnen erbracht werden können, sind aufgrund eines Vertrauensgrundsatzes automatisch durch die Versicherungen zu finanzieren, solange keine relevante Partei eine Bewertung der Leistung verlangt. In letzterem Fall kommt es dann zu einer Bewertung, wenn die Eidgenössische Kommission für Leistungs- und Grundsatzfragen<sup>40</sup> nach Beratung durch FMH und die Krankenversicherungen entscheidet, dass der Nutzen der Leistung umstritten ist. Konkrete Informationen, wie diese Bewertungen erfolgen, liegen uns nicht vor.

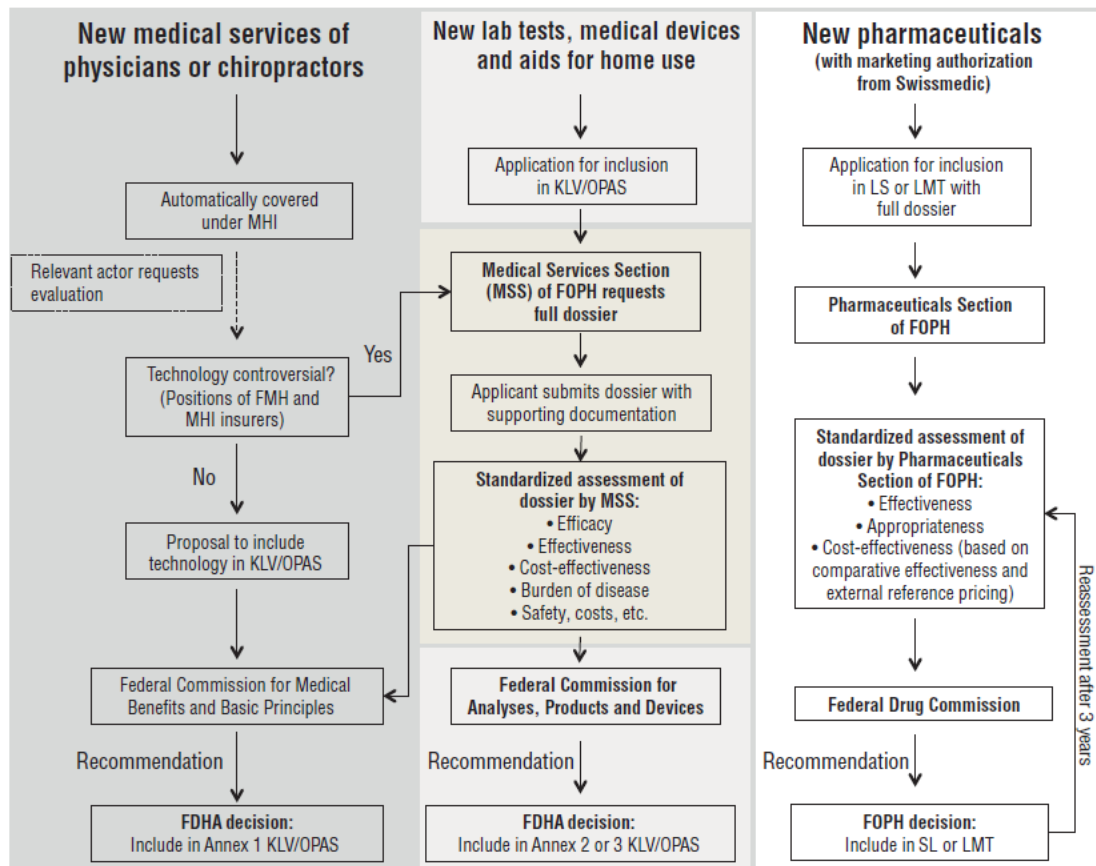
---

<sup>38</sup> Vergleiche hierzu aber folgende Einschätzung: Health Technology Assessments oder andere unabhängige Verfahren kommen zur Zeit nur in unzureichendem Ausmaß zum Einsatz, um die Entscheidungen in die Aufnahme in den Leistungskatalog und damit letztendlich die öffentliche Finanzierung zu fundieren (De Pietro et al. 2015: XXIX)

<sup>39</sup> [http://www.fmh.ch/ambulante\\_tarife/tarmed-tarif.html](http://www.fmh.ch/ambulante_tarife/tarmed-tarif.html)

<sup>40</sup> Diese Kommission ist eine außerparlamentarische Beratungskommission mit 19 Mitgliedern, die dem Departement des Inneren zugeordnet ist. Die Mitglieder vertreten die wichtigen Stakeholder, wobei außerparlamentarische Kommissionen in ihrer Tätigkeit konsensorientiert und über die reine Interessensvertretung hinausgehend sein sollen.

Abbildung 4: Vereinfachte Darstellung des Prozedere für die Aufnahme in den Leistungskatalog



Quelle: Di Pietro et al. (2015), S. 54.

## 2.7. Vereinigtes Königreich

### 2.7.1. Ambulante Versorgung im Landeskontext

Seit im Jahr 1997 die Verantwortung für die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens bei den vier Ländern des Vereinigten Königreiches liegt, haben sich diese in der konkreten Ausgestaltung auseinanderentwickelt. In allen vier Ländern besteht jedoch nach wie vor ein staatlicher Gesundheitsdienst, der jeweils der gesamten Bevölkerung universellen Zugang zu einem umfangreichen Leistungsangebot bietet, das zumeist ohne private Zuzahlungen genutzt werden kann. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich größtenteils auf England.

England gehört zu jenen Ländern, denen gemeinhin eine gute Primärversorgung attestiert wird. Im Vergleich zu anderen Ländern sind außer der Allgemeinmedizin relativ viele weitere Berufe in der Primärversorgungspraxis vertreten, nämlich im Median fünf je Praxis. Damit wird England in Europa diesbezüglich nur von Litauen, Finnland, Spanien und Zypern übertroffen (Groenewegen et al. 2015). Entsprechend sind auch Einzelpraxen selten, ihr Anteil wird mit 11 % angegeben, Tendenz fallend. Unterstützend für die Primärversorgung stehen weiters sogenannte *Walk-In-Center* zur Verfügung. Die Motivation für ihre Einführung könnte hier darin liegen, dass das strikte Gatekeeping den Zugang z.B. bei arbeitsbedingter Entfernung zwischen Aufenthalts- und Praxisort erschweren könnte.

### 2.7.2. Eingebundene Parteien und Institutionen

Das **Finanzministerium** (*United Kingdom Treasury*) errechnet das Budget für Gesundheitsleistungen und für eine Reihe sozialer Dienste für England. Schottland, Wales und Nordirland erhalten ein proportional ähnliches Budget gemäß einer dafür entwickelten Berechnungsbasis, der sogenannten Barnett-Formel.

Der/Dem **GesundheitsministerIn** (*Secretary of State for Health*) obliegt die generelle Finanz- und Leistungskontrolle über den gesamten staatlichen Gesundheitsdienst (**NHS**). Das Gesundheitsministerium ist seit 2012 weniger für die eigentlichen Leistungen des NHS verantwortlich, sondern entwickelt strategische Ausrichtung und Politikziele für das Gesundheits- und Sozialwesen und legt diese fest. Die Verantwortung für die Leistungserbringung ist auf eine neu eingerichtete Organisation übergegangen, nämlich NHS England.

**NHS England** ist zwar nicht Teil des Gesundheitsministeriums, ist aber dem Gesundheitsministerium sowie der Öffentlichkeit berichtspflichtig. Obwohl eine nationale Organisation, ist NHS England in vier regionale Zuständigkeitsbereiche geteilt. Zum umfangreichen Aufgabengebiet gehört unter anderem die Auftragsvergabe (*Commissioning*) für Primärversorgungsleistungen und einige fachärztliche Leistungen. Auch die Aufsicht über

und die Ressourcenzuteilung an die **Clinical Commissioning Groups (CCGs)** gehören zum Aufgabenbereich von NHS England.

Im Jahr 2012 wurden einige zuvor zuständige Institutionen durch NHS England ersetzt. Die zehn sogenannten *Strategic Health Authorities* wurden abgeschafft, und die *Primary Care Trusts* durch 221 von GPs geführte CCGs abgelöst.<sup>41</sup> Die Idee dabei war, dass GPs durch ihre Bevölkerungsnähe die Bedürfnisse besser kennen und daher mehr Kontrolle über die Mittelverteilung haben sollten. CCGs sind typischerweise zuständig für Commissioning für die Notfallversorgung, Elektivoperationen, psychische Gesundheit, Mutter-Kind-Gesundheit und anderes. Wenn/Wo sie auch die Zuständigkeit für die Primärversorgung haben, sollen Interessenskonflikte (lokale GPs auf beiden Vertragsseiten) durch die Beteiligung von NHS England ausgeschaltet werden. Unterstützung im Commissioning finden CCGs durch unterschiedliche, oft multi-professionelle Beratungsgruppen und Netzwerke (*Clinical Senates*).

In England sind die Gestaltung und Durchsetzung des Regulierungsrahmens für die Leistungserbringung und die Auftragsvergabe in den Händen der öffentlichen Körperschaft **Monitor**, der ökonomischen Regulierungsstelle im Gesundheitswesen, die auch für die Lizenzierung von AnbieterInnen im NHS zuständig ist. Monitor ist ebenso wie die *Care Quality Commission* nicht Teil eines Ministeriums und dem Parlament gegenüber verantwortlich.

Die Interessenvertretung der KonsumentInnen liegt bei **Healthwatch England**. Die gesetzlich verankerten Beratungsrechte umfassen zwar keine Durchsetzungsrechte, Healthwatch kann aber schriftliche und öffentliche Erklärungen einfordern, warum von den Empfehlungen abgewichen wurde. Healthwatch ist in allen lokalen und einigen nationalen Gesundheitsbehörden vertreten.

**NHS Employers** vertritt die Arbeitgeberseite bei Lohn- und Gehaltsverhandlungen und informiert und berät diese auch generell in Personalfragen. Diese Organisation arbeitet im gesamten Vereinigten Königreich, wobei für Schottland, Wales und Nordirland auch Abweichungen vereinbart werden können. NHS Employers ist eine Non-Profit-Organisation, die sich als Arbeitgebervertreterin in der Partnerschaft mit Regierung, Gewerkschaften und anderen Stakeholdern versteht. Ihr Aktionsrahmen wird vom Gesundheitsministerium festgelegt, ihre Zielsetzungen von der Arbeitgeberseite.<sup>42</sup> Ihre Vereinbarungen betreffen rund eine Million NHS Beschäftigte.

Die **British Medical Association (BMA)** wurde 1832 gegründet und ist heute eine unabhängige und alle medizinischen Fächer übergreifende Gewerkschaft und

<sup>41</sup> Im Juni 2016 nennt die Webpage von NHS England eine Anzahl von 209 CCGs. (<https://www.england.nhs.uk/commissioning/> )

<sup>42</sup> <http://www.nhsemployers.org/about-us/about-nhs-employers>

Berufsvertretung der britischen ÄrztInnen. BMA beschäftigt in London und den regionalen Geschäftsstellen rund 600 Personen. Die Mitgliedschaft ist freiwillig und mit 169.000 Mitgliedern (Stand laut BMA-Webpage, 23.11.2016) weltweit bei ca. 181.600 berufsausübenden ÄrztInnen im Vereinigten Königreich (2015, OECD Health Statistics 2016), sehr hoch. In Gehalts- oder Vertragsverhandlungen vertritt die BMA die ärztliche Seite. Obwohl die BMA keine (weitere) offizielle Rolle in der Gesundheitspolitik innehat, gilt sie als sehr einflussreiche Interessensvertretung (Cylus et al. 2015:7).

Das **General Medical Council (GMC)** wurde im Jahr 1858 gegründet und ist die wesentlichste Regulierungsstelle für den ärztlichen Beruf. Als solche setzt GMC Standards für Aus- und Fortbildung, Berufsausübung und Berufsethik. Der GMC führt das Register der zugelassenen ÄrztInnen und wacht über die Einhaltung der beruflichen Standards. Seit April 2013 sind die Agenden für die Belegschaftsplanung sowie für die Ausbildung in den Bereichen Commissioning (insbesondere im strategischem Einkauf) und Leistungserbringung in der Zuständigkeit von *Health Education England* zusammengefasst (Cylus et al.2015:59).

Werden ÄrztInnen gemäß nationaler Vereinbarungen bezahlt – was für die Mehrheit zutrifft – so berät der unabhängige **Doctors' and Dentists' Review Body** UK-weit die eingebundenen Regierungsmitglieder, und die Regierung entscheidet dann in diesem Lichte. Der Review Body wiederum stützt sich in seinen Empfehlungen über die jährliche Honoraranpassung auf Informationen der Regierungen der vier Länder, der BMA, von NHS Employers und anderen Interessensvertretungen.

**NICE** (*National Institute for Health and Care Excellence*) ist eine operativ regierungsunabhängige Stelle, die dem MoH verantwortlich ist und auch von diesem finanziert wird. NICE erarbeitet Richtlinien, Qualitätsstandards und andere Informationsgrundlagen für die verschiedenen Stakeholder. Verbesserte Effizienz und Effektivität stehen oft im Mittelpunkt der Arbeit.

### 2.7.3. Verhandlungsablauf

Die Vertragsabschlüsse inklusive der vorgelagerten Verhandlungen über die durch ÄrztInnen zu erbringenden Leistungen sowie die dafür zu zahlenden Honorare zählen in der englischen Gesundheitsversorgung zum sogenannten „Commissioning“. Dieses wird in England für die meisten Gesundheitsleistungen seit den 1990ern auf der lokalen Ebene durchgeführt, wobei sich die ausführenden Institutionen und die von ihnen abzudeckende Personenzahl im Zeitablauf geändert haben. (Cylus et al. 2015:24)

Die letzten größeren Änderungen im Bezahlssystem für Gesundheitspersonal erfolgten in den Jahren 2003 und 2004. Seither werden Verträge für GPs, FachärztInnen in Krankenhäusern, JungärztInnen und andere Gesundheitsberufe zumeist jeweils einheitlich für das ganze

Vereinigtes Königreich festgelegt. Hierbei vertritt NHS Employers die Arbeitgeberseite. Gehaltsschema und Arbeitsbedingungen der meisten NHS-Beschäftigten werden seit 2004 in der sogenannten *Agenda for Change*-Vereinbarung geregelt. Ausgenommen sind manche Leitungspersonen, sowie jene Personen, für die das DDRB zuständig ist, also im Prinzip auch ÄrztInnen. (Cylus et al. 2015:56ff)

Ebenfalls im Jahr 2004 wurde ein neues Vertragswerk für GPs und FachärztInnen in Krankenhäusern zwischen BMA und NHS Employers ausverhandelt. Die für GPs maßgeblichen Verträge, *General Medical Services (GMS) agreements* oder *contracts*, beziehen sich auf die gesamte Praxis, nicht wie früher auf einzelne Personen. Dies ist bedeutsam, da die Zahl der in Praxen angestellten ÄrztInnen (im Gegensatz zu Praxis-PartnerInnen) wächst. Es besteht ein festes nationales Budget (*global sum*), das als Obergrenze für die nationalen Ausgaben für die wesentlichsten Ausgabenkategorien im GP-Bereich fungiert. Berechnungsbasis für dieses nationale Budget ist die sogenannte Carr-Hill Formel, ein verfeinertes gewichtetes Kopfpauschalensystem, das die Alters- und Geschlechtsverteilung im PatientInnenstamm berücksichtigt, sowie die Anzahl von Neuzugängen, das lokale Morbiditätsprofil in der Bevölkerung sowie Urbanitäts- und wirtschaftliche Faktoren miteinbezieht (Boyle 2011).

Um in der Übergangsphase sicher zu gehen, dass keine Praxis an Einkommen verliert, wurde eine spezielle Einkommensgarantie (*minimum practice income guarantee; MPIG*) vereinbart. In den Verhandlungen von 2013 wurde vereinbart, dass diese ab 2014/15 jährlich um ein Siebentel reduziert wird, und dann im Finanzjahr 2020-2021 gänzlich auslaufen soll. Die BMA widersprach diesem Vorhaben mit dem Argument, dass über 400 wirtschaftlich schlecht gestellte Praxen darunter leiden würden und einige geschlossen werden müssten. Das Ministerium hingegen bestand darauf, dass alle Praxen gemäß Formel bezahlt werden sollen, sobald die Mittel wieder in das globale Budget resorbiert seien. Praxen können aber zusätzliches Einkommen generieren, indem sie ergänzende oder umfangreichere bzw. spezialisierte Services anbieten (Cylus et al. 2015:59).

Alternativ zu GMS Verträgen können GPs *Personal Medical Services (PMS)*-Vereinbarungen abschließen, die auf lokaler Ebene ohne Mitwirkung von Gesundheitsministerium oder Ärztekammer bzw. BMA verhandelt und abgeschlossen werden können. Obwohl schon seit 1997 bestehend, wird diese Vertragsform erst seit den letzten Jahren stärker genutzt und bildet inzwischen für ca. 40% der Praxen den vertraglichen Hintergrund.

Ein Review kam im Februar 2014 zu dem Schluss, dass in PMS-Verträgen offenbar höhere Preise vereinbart wurden als für vergleichbare Leistungen in GMS-Verträgen. Konkret wurde nach Berücksichtigung einer Reihe von Faktoren ein unerklärter Rest von 258 Millionen Pfund errechnet. Laufen die MPIG-Vereinbarungen bei GMS-Verträgen aus und das freiwerdende Budget fließt wie vorgesehen in das GMS-Globalbudget zurück, fällt die unerklärte Lücke in der Remuneration für PMS-Verträge auf 235 Millionen Pfund, was

umgerechnet einer impliziten PMS-Prämie von 9,80 Pfund je gewichtetem Patient/ gewichteter Patientin entspricht. (NHS England 2014)

Daher wurde eine genauere Untersuchung durchgeführt, worauf genau diese PMS-Prämie zurückzuführen ist. Im Mai 2016 hat NHS England eine Orientierungshilfe an die Direktoren des Commissioning herausgegeben, wie die sich daraus ergebenden Budgetkürzungen oder –aufstockungen implementiert werden sollen. Festgehalten werden Punkte, die den Eindruck erwecken, dass Fair Play und größere Verteilungsgerechtigkeit sehr hoch gehaltene Maximen sind:

- CCGs müssen Reinvestitionspläne erstellen und veröffentlichen und weiters sicherstellen, dass diese mit nationalen Versorgungszielen konform gehen. Diese Pläne bilden die Grundvoraussetzung, um durch den PMS-Review aufgedeckte Umschichtungspotenziale antasten zu können.
- Diese Umschichtungspotenziale sollen im Primärversorgungsbereich desselben CCG-Einzugsbereiches verbleiben und über einen Zeitraum von mindestens vier Jahren re-alloziert werden, um den PMS-Praxen realistische Anpassungszeiten zu bieten.
- Prinzipiell können „zu hohe“ Beträge dann in der entsprechenden Praxis bleiben, wenn ihnen ein entsprechender Mehrwert gegenübersteht, also bessere Versorgung von benachteiligten Gruppen oder Services, die über das übliche Repertoire einer GP-Praxis hinausgehen oder in einem erhöhten Qualitätsstandard erbracht werden.
- Wird die Vergütung für derartige Leistungen mit einer Praxis vereinbart, so müssen auch andere Praxen der CCG-Region, die diese Leistungen anbieten wollen und können, entsprechende Verträge erhalten, die das ermöglichen.

Entsprechend einer nationalen Direktive von NHS England begutachten regionale Teams in England die lokalen PMS-Vereinbarungen, um die Honorarmodalitäten von PMS- und GMS-Verträgen wieder aneinander anzunähern, mit der ursprünglichen Absicht, diesen Annäherungsprozess im März 2016 zu starten. Laut BMA wurde tatsächlich aber in vielen Teilen Englands bereits früher mit dem Prozess einer Annäherung begonnen. Die Empfehlung der BMA für Praxen mit PMS-Vertrag ist, auf einen GMS-Vertrag umzusteigen. Als Begründung wird angeführt, dass PMS-Verträge zu viele Sonderleistungen und Verpflichtungen für die ÄrztInnen enthalten könnten, die in den national (und eben ärzteseitig durch BMA verhandelt) geregelten GMS-Verträgen nicht enthalten sind. ÄrztInnen haben das gesetzliche Recht, von PMS auf GMS umzusteigen.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> <https://www.bma.org.uk/advice/employment/contracts/gp-partner-contracts/personal-medical-services>

## ÄrztInnen in Ausbildung (*Junior doctors*)

BMA und NHS Employers verhandeln eigene Verträge für ÄrztInnen in Ausbildung, separat für GPs und FachärztInnen. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf die Einhaltung der Europäischen Arbeitszeitdirektive gelegt, die zur Gesundheitserhaltung der Angestellten Arbeits- und Ruhezeiten festlegt, was sich wiederum positiv auf die Gesundheit der PatientInnen auswirken sollte. Dementsprechend dürfen ÄrztInnen in Ausbildung im halbjährigen Durchschnitt maximal 48h/Woche arbeiten, und ihre Ruhezeit muss mindestens 11 zusammenhängende Stunden pro Tag umfassen.

### 2.7.4. Berechnungsgrundlagen und Tarifgestaltung

Der GMS Vertrag von 2004 baute die finanzielle Belohnung von Qualität in der Versorgung aus, was zugleich eine massive Veränderung im Entlohnungssystem für alle GPs bedeutete. In der letzten Gehaltsverhandlungsrunde (2016/17) wurde jedoch angekündigt, Untersuchungen bezüglich einer Beendigung dieses Systems durchzuführen.

**Tabelle 5: Aufteilung der Praxiseinnahmen unter GMS-Vertrag, England**

Income streams	Approximate percentage of practice income
Global sum (including MPIG)	Up to 60%
QOF	Up to 15%
Enhanced services, for example extended opening hours and annual seasonal influenza vaccinations	Up to 15%
NHS England administered funds, for example premises' reimbursements, locum fees (to reimburse practice costs relating to cover of maternity leave and so forth) and seniority payments	Up to 15%
NHS incentive schemes and private services, for example GPwSI services, preparing insurance certificates, external tribunals	Up to 5%
Dispensing this only applies to dispensing practices and relies on the size of the dispensing list	Up to 50%

Quelle: <https://www.bma.org.uk/advice/employment/gp-practices/service-provision/prescribing/the-gp-practice/nhs-contracts-for-primary-medical-services>.

Bis zu 15% des Praxiseinkommens sind nun an die Erfüllung von bestimmten, im **Quality and Outcomes Framework (QOF)** (dt.: Qualitäts- und Ergebnisrahmen) festgelegten, Kriterien gebunden. Ein Hauptziel bei der Einführung des QOF war die Verbesserung im Management chronischer Krankheiten, und damit einhergehend die Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte. Das QOF gibt Zielwerte in Form von Leistungsindikatoren vor, die sich auf vier Bereiche beziehen (Klinisch, Praxisorganisation, Patientenerfahrung, zusätzliche Leistungen), in denen insgesamt maximal 1000 Punkte erreicht werden können. Werden die Zielwerte erreicht, so erhalten die ÄrztInnen eine vorbestimmte Anzahl an Punkten und entsprechend der Punkte schließlich Bonuszahlungen. (Cylus et al. 2015:59)

Als Vorteil des QOF gegenüber den früheren Anreizprogrammen wurde vor allem gesehen, dass das QOF ein breites Spektrum an Themenbereichen abdeckt. Da die Entlohnung von der Summe der erreichten Punkte abhängt, erlaubt es die Struktur des QOF, dass die einzelnen Praxen ihre jeweiligen Prioritäten und Behandlungsschwerpunkte selbst setzen. Zudem wird über das System des QOF immer die gesamte Praxis anstatt einzelner ÄrztInnen für die erbrachten Leistungen belohnt. Es wurde erwartet, dass dies die Zusammenarbeit und gegenseitige Kontrolle fördert. (Smith and York 2004: 114-116)

Das QOF wurde von einer Gruppe von GesundheitsexpertInnen im Auftrag von BMA und NHS erstellt. Das QOF sollte dynamisch sein, also laufend an neue medizinische Erkenntnisse und Technologien angepasst werden. In der Praxis erwies sich, dass die Zielwerte schneller als erwartet erreicht wurden. Infolgedessen wurden dann mehrere Anpassungen vorgenommen, um stärker auf tatsächliche Verbesserungen zu fokussieren und reinen Mitnahmeeffekten entgegenzuwirken. So wurden auch im Vertrag für das Finanzjahr 2013/14 die Bonusschwellen angehoben und neue Maßnahmen für Kosteneffektivität eingeführt, deren Einhaltung dann von NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) kontrolliert werden soll. (Cylus et al. 2015:59). Im laufenden Budgetjahr beschränkt sich die QOF-Änderung auf eine Valorisierung des Punktwertes, bei gleichbleibender maximal erreichbarer Punktesumme.

### Exkurs: Weiterentwicklung der Carr Hill-Formel

Mit der Einführung der CCGs als regionale Bezugsgröße für die Budgetzuteilung, wurde die Errechnung einer darauf abgestimmten **neuen Berechnungsformel** beauftragt, die die als Carr-Hill Formula bekannte alte Formel ablösen soll. Auch die neue Formel nimmt die pro Patientenkontakt anfallende Arbeitszeit als Ausgangsbasis. Diese wird operationalisiert als jene Zeit, während der die entsprechende Patientenakte offen ist. Als erklärende Faktoren werden Alter und Geschlecht, Deprivation (gemessen als Dezil im Index Multipler Deprivation), die Zahl neuer Registrierungen und ein Stadt/Land-Faktor herangezogen. Andere Faktoren wurden zwar in Betracht gezogen, waren aber entweder im anonymisierten Datensatz nicht vorhanden oder von unzureichender Qualität, oder für zu wenige GP-Praxen verfügbar. (Gardiner, Everard 2016)

Als wesentlichstes Ergebnis wurde die Arbeitspensum pro PatientIn, stratifiziert nach Alter<sup>44</sup> und Geschlecht, neu berechnet; diese dient als relatives Pro Kopf-Gewicht in den Budgetzuteilungen. Ein Stadt/Land-Faktor konnte zwar neu berechnet werden, gleich wie bei der zuvor verwendeten Carr-Hill Formula wurde schlussendlich aber kein Stadt/Land-Faktor berücksichtigt. Hierbei spielte wohl die Überlegung eine Rolle, inwieweit unterschiedliche Inanspruchnahme der GPs aufgrund unterschiedlicher Verfügbarkeit anderer Versorgungsformen eine Rolle für die beobachtbaren Unterschiede spielt. Für die Operationalisierung der neuen Formel müssen zwei Modelle gerechnet und eingesetzt werden: für neue PatientInnen liegen die Deprivations-Werte noch nicht vor. Gleichzeitig kann aber nicht von einer Zufallsverteilung der Neuzugänge ausgegangen werden, sondern es wird mit überwiegend jungen bzw. alten Neuzugängen gerechnet. Daher müssen für die Neuzugänge Werte für den Deprivations-Index imputiert werden, was die Berechnung zweier Modelle (vor/nach Imputation) erzwingt. (Gardiner, Everard 2016)

Das neue Modell führt im Vergleich zur Carr Hill Formel zu einer engeren Verteilung<sup>45</sup> der Gewichte, was darauf hinausläuft, dass sowohl Praxen mit depriviertem PatientInnenstamm relativ weniger Gewicht erhalten als zuvor, als auch die am wenigsten deprivierten relativ höher Anteile. Die Abweichung zwischen beiden Formeln ist keineswegs vernachlässigbar; der Korrelationskoeffizient der relativen Gewichte je Praxis beträgt nur 0,53. Die Zahl der Gewinner und der Verlierer ist etwa gleich groß. Eigenartigerweise, und nicht im beschreibenden Paper kommentiert, geht durch die neue Formel die Stetigkeit der durchschnittlichen Gewichte nach Deprivationsdezilen verloren (es ist nicht mehr automatisch bei höherem Index auch das Gewicht höher, sondern das Gewicht für Indexwert 6 liegt unter jenem für Indexwert 5, und analog die Gewichte für Indexwert 9 und 8). (Gardiner, Everard 2016)

<sup>44</sup> 0-4, 5-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75-84 und 85 Jahre und darüber.

<sup>45</sup> Die Index-Werte der mittleren 90% aller Praxen liegen im neuen Modell ohne Stadt/Land-Faktor zwischen 0,87 und 1,16, im Vergleich zu 0,83 und 1,20 unter Anwendung der Carr-Hill Formel (Gardiner, Everard 2016:11)

### 2.7.5. Leistungskatalog

Der Leistungskatalog unterscheidet sich zwischen den Vertragsformen:

#### **GMS Vertrag – General Medical Services**

Sogenannte *Essential services* müssen von jeder Praxis unter Vertrag abgedeckt werden. Hierin erfasst ist neben der eigentlichen Versorgung auch das Patientenmanagement in Fällen von akuten, chronischen und terminalen Krankheiten. *Additional services* werden in der Regel zwar von allen Praxen abgedeckt, allerdings können Praxen auch optieren, diese nicht zu erbringen. Zu diesen Leistungen gehören beispielsweise das Zervix-Screening, die Schwangerschaftsverhütung, Impfungen in der Kindheit und Immunisierungen sowie die Mutter-Kind-Gesundheit. Praxen steht es frei, darüber hinaus *Enhanced services* anzubieten.<sup>46</sup> Unter dieser Bezeichnung zusammengefasste Leistungen erfordern meist eine zusätzliche technische Ausstattung oder Qualifikationen, und dürfen nur nach entsprechender Vereinbarung angeboten bzw. verrechnet werden. Zu dem *Enhanced Services* zählen zum einen erweiterte Öffnungszeiten, aber auch spezielle Programme wie beispielsweise Gesundheitschecks für Kinder mit Lernschwierigkeiten, Programme für den Umgang mit gewalttätigen PatientInnen oder jene zur Vermeidung ungeplanter Krankenhausaufenthalte.

Essential Services sind nicht taxativ aufgelistet, d.h. es gibt in diesem Sinne keinen Leistungskatalog. GPs sind in diesem Zusammenhang vielmehr verpflichtet, innerhalb der Kernzeit jene Leistungen zu erbringen, die erwartet werden können und angemessen sind, und eben sowohl bei terminalen und bei chronischen Krankheiten, als auch bei Krankheiten, bei denen Besserung bzw. Heilung generell erwartet werden kann. Unter die zu erbringenden Leistungen fallen auch Beratungen, Untersuchungen und Überweisungen. (NHS England 2015)

#### **PMS Vertrag – Personal Medical Services**

Der wesentliche Unterschied zu GMS-Verträgen ist, dass PMS-Verträge lokal ausverhandelt werden und angepasst werden können. Ihre Regelungen lehnen sich ansonsten in vielen Aspekten an GMS-Verträge an. Konkretere Informationen sind aufgrund der bestehenden Vielfalt weit spärlicher verfügbar als bei GMS-Verträgen.

---

<sup>46</sup> <https://www.bma.org.uk/advice/employment/gp-practices/service-provision/prescribing/the-gp-practice/nhs-contracts-for-primary-medical-services>

## 3. Recherche über die Praxis der Tariffestlegung in Europa via Fragebogen

### 3.1. Durchführung der Befragung

Aufgrund der geringen Erkenntnisse aus der Literatur wurde auf Wunsch des Auftraggebers die Literaturrecherche durch eine Befragung nationaler Stakeholder in europäischen Gesundheitssystemen ergänzt. Basierend auf den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche entwickelte das IHS im Herbst 2016 einen Fragebogen, der in mehreren Besprechungen mit dem Auftraggeber abgestimmt wurde. Der Fragebogen wurde als Pre-Test von zwei nicht in das Projekt involvierten Angestellten des Auftraggebers ausgefüllt, wovon ein Experte den Fragebogen für Österreich ausfüllte und eine Expertin mit Hintergrundwissen und Erfahrungen im ungarischen Gesundheitssystem jenen für Ungarn. Die aufgrund der Erkenntnisse aus dem Pre-Test adaptierte Version wurde sodann mit einem Begleitbrief versehen und Ende Januar 2017 über zwei Netzwerke, in die der Auftraggeber eingebunden ist, an europäische AdressatInnen via e-Mail versandt. Der Fragebogen wurde auf Englisch verfasst und als Excel-Tabelle versandt, verbunden mit der Bitte, die Antworten direkt an das IHS zu übermitteln. Im Fragebogen wurde versucht, Formulierungen zu finden, die nicht nur auf Verträge, sondern auch auf andere Regelungen anwendbar sind. Somit konnten in die Befragung auch jene Länder eingeschlossen werden, in denen Tarife eher staatlich festgesetzt sind und nicht in einem Verhandlungsprozess entwickelt werden.

Der Fragebogen besteht aus fünf Frageblöcken:

1. Allgemeines zur ambulanten Versorgung,
2. Geltungsbereich der Verträge/Regelungen,
3. Prozess der Entstehung von Verträgen bzw. Regelungen,
4. Inhalt von Vertrag bzw. Regelung,
5. Leistungsumfang<sup>47</sup>.

Im April 2017 lagen schließlich ausgefüllte Fragebögen für folgende Länder vor: Belgien (BE), Deutschland (DE), Estland (EE), Frankreich FR), Italien (IT), Lettland (LV), Litauen (LT), Österreich (AT), Polen (PL), Schweiz (CH), Tschechische Republik (CZ), Ungarn (HU). Die Angaben in den Fragebögen wurden anhand allfällig vorhandener weiterer Quellen (insbesondere HiT Berichte der jeweiligen Länder) auf Plausibilität geprüft und ergänzt.

Die Darstellung der Fragebogenergebnisse in den folgenden Kapiteln erfolgt tabellarisch, wobei die Ergebnisse je Tabelle nach Ländergruppen angeordnet sind: am Beginn der

---

<sup>47</sup> Der Fragebogen wies in diesem Kapitel einige Unschärfen auf, die die Auswertung verzerren würden. Im entsprechenden Berichtskapitel werden daher nicht die Ergebnisse des Fragebogens, sondern Ergebnisse aus einem leider bereits etwas älteren EU-Projekt referiert.

Tabelle finden sich die „alten“ EU-Mitgliedsstaaten und die Schweiz als Länder mit schon länger etablierten Sozialversicherungssystemen, anschließend die „neuen“ EU-Mitgliedsländer und abschließend steht Italien als einziges „altes“ EU-Mitgliedsland dieses Samples mit staatlichem Gesundheitsdienst.

Eine Besonderheit ist in den Fragebogen-Ergebnissen für die Schweiz zu beachten: es bestehen zum Teil erhebliche organisatorische Unterschiede zwischen traditionell per Einzelleistungssystem abrechnenden Krankenversicherungen, die rund 87% der Bevölkerung versorgen, und Health Maintenance Organizations (HMO), die die restlichen 13% versorgen. Soweit hier Unterschiede bestehen, werden beide Varianten ausgewiesen. Hierbei dient die Abkürzung „FFS“ für die auf Einzelleistungsvergütung basierenden Bereiche, und die Abkürzung „MC“ für die HMO-Versorgung in Managed Care-Form, die weit stärker auf Kopfpauschalen abstellt.

Bei der Interpretation der dargestellten Ergebnisse sind jedoch zwei generelle Einschränkungen zu beachten: Erstens wurde für fast alle Länder nur ein einziger ausgefüllter Fragebogen retourniert, die Einschätzungen unterliegen also möglicherweise einer individuellen Verzerrung. Da die Fragebögen an offizielle Stellen verschickt wurden, und die Antworten zumeist in Kopie an andere Personen derselben Institution ergingen, besteht hier jedoch ein gewisses Korrektiv. Zweitens wurde der Fragebogen über ein Netzwerk des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger verschickt. Eine ähnliche Befragung, verschickt über ein Netzwerk der Ärztekammer, könnte durchaus zu abweichenden Ergebnissen kommen.

### **3.2. Ergebnisse: Hintergrund zur ambulanten Versorgung**

Bei Sichtung der ausgefüllten Fragebögen kristallisierte sich bald die Notwendigkeit heraus, „alte“ und „neue“ Sozialversicherungsländer in einigen Fragen getrennt darzustellen, da sich die historisch gewachsenen Strukturen doch voneinander unterscheiden. In den *neuen Sozialversicherungsländern* wurden zwar durchaus unterschiedliche Formen von Sozialversicherung gebildet, aber in einigen Ländern ist die starke nationalstaatliche Prägung aus der sozialistischen Vergangenheit auch noch in den aktuellen Strukturen spürbar. So wird beispielsweise in Ungarn die Organisationsform als *Sozialversicherung* bezeichnet, allerdings weist die dortige Konstruktion nicht sehr viele Gemeinsamkeiten mit den in Deutschland oder Österreich etablierten Grundsätzen einer sozialen Krankenversicherung auf. Ähnlichkeit besteht insofern, als dass der Krankenversicherungsfonds vom staatlichen Budget getrennt wird, und die Regierung keinen Zugriff auf allfällige Überschüsse hat. Unterschiede bestehen insofern, als dass Defizite in diesem Fonds als Defizite im staatlichen Budget aufscheinen und der Staat sich dafür verantwortlich zeichnet, diese auszugleichen. Auch wird der Krankenversicherungsfonds von einer staatlichen Abteilung administriert, die nur beschränkten Einfluss auf Einkaufsentscheidungen und kaum Einfluss auf die Mitteleinhebung und das eigene Budget

hat. Beispielsweise erfolgt die Einhebung der Beiträge durch die staatliche Finanzverwaltung. Die regionalen und lokalen Untereinheiten dieser Abteilung sind zwar ausführende Organe der nationalen Krankenversicherungsabteilung, haben aber keine Autonomie in Fragen der Vertragsabschlüsse und Bezahlung der jeweiligen Gesundheitsdienstleister. (Gaal et al. 2011:32) Obwohl die Primärversorgung inzwischen zum größten Teil „funktional privatisiert“ ist, d.h. von unter Vertrag genommenen selbstständig arbeitenden ÄrztInnen übernommen wird, arbeiten diese noch gegen Bezahlung über Kopfpauschale in Praxen, die den Gemeinden (als den Hauptverantwortlichen für die Primärversorgung) gehören. Bei Übernahme einer Praxis liegt die Entscheidung, wer die Planstelle bekommt, bei der Gemeinde, aber eine Zahlung für den „Kauf“ der Praxis geht an die/den VorgängerIn. (Gaal et al. 2011:133)

Alle eingelangten Fragebögen wurden für jenes Versorgungssystem ausgefüllt, das auch für die große Bevölkerungsmehrheit Gültigkeit hat. Polen, wo das dargestellte Versicherungssystem 89% der Bevölkerung erfasst, und Deutschland, wo aufgrund der 10% Privatversicherten „nur“ 90% der Bevölkerung vom dargestellten öffentlichen Versicherungssystem erfasst sind, sind somit die Länder mit dem geringsten Abdeckungsgrad bezüglich der versicherten Bevölkerung. Dass hauptsächlich Antworten aus Ländern vorliegen, die ein Sozialversicherungssystem im Gegensatz zu einem staatlichen Gesundheitsdienst implementiert haben, spiegelt sich darin wieder, dass in allen erfassten Ländern, außer Lettland und Italien, der Versichertenstatus maßgeblich für die Möglichkeit zur Inanspruchnahme ist. In Lettland und Italien hingegen ist die Teilnahmebedingung der Einwohner-Status bzw. die Staatsbürgerschaft. (Tabelle 16 im Anhang)

Nicht in allen vorliegenden Fragebögen wurden Angaben dazu gemacht, ein wie hoher Prozentsatz aller GPs am dargestellten Versorgungssystem teilnimmt. Wenn Angaben vorliegen, wurden Werte von oder nahe 100% angegeben. In Belgien und Deutschland ist formal die Mitgliedschaft in der verhandelnden Organisation die Bedingung für die Teilnahme am System, diese Bedingung erfüllen jedoch (nahezu) alle GPs. Schließlich bildet dieses Kriterium eine regionale, nicht eine inhaltliche Abgrenzung für die Teilnahme am System. In mehreren Ländern ist die Teilnahme der GPs am System nur bei bestehendem Vertrag möglich. Eine Besonderheit ist hier Frankreich: Notwendig ist nur das Bestehen eines Gesamtvertrags. Bereits die Benachrichtigung der regionalen Gesundheitsbehörde über die Eröffnung der ärztlichen Praxis impliziert, dass die Ärztin/der Arzt sich an die Tarifstruktur halten wird, solange sie/er nicht explizit den Austritt daraus bekanntgibt. Regulierung der Primärversorgungskapazitäten durch einen Stellenplan ist daher kein Thema<sup>48</sup>, was allerdings in einer sehr ungleichen Versorgungsdichte resultiert. In einigen neuen EU-

---

<sup>48</sup> Stellenplanung erfolgt in gewisser Weise auf einer vorgelagerten Ebene in der Ausbildung: Sowohl Studienplätze als auch Plätze für die Facharztausbildung unterliegen einem Numerus Clausus, der regionale Ungleichgewichte auszugleichen versucht, (Chevreul et a. 2015:36f) aber wohl nur bedingt Einfluss auf den Ort einer späteren Niederlassung hat.

Mitgliedsländern, deren Strukturen z.T. noch Elemente der stark verstaatlichten Versorgung aufweisen, ist bereits die Approbation ausreichend, um am Versorgungssystem teilzunehmen.

Das gleiche Vertragswerk, das die Erbringung von Primärversorgungsleistungen in Einzelpraxen regelt, wird zumeist auch auf Gruppen-Praxen und Primärversorgungszentren angewandt. Ambulatorien und Krankenhausambulanzen sind kaum in den *etablierten*, aber öfter in den *neuen Sozialversicherungsländern* in das gleiche Vertragswerk eingebunden. Hier dürfte allerdings auch das im jeweiligen Land traditionelle Primärversorgungssetting eine Rolle spielen: Da in Österreich Ambulatorien traditionell nur eine marginale Rolle in der Primärversorgung spielen, war auch die explizite Anwendbarkeit der vertragsärztlichen Tarife zu ihrer Finanzierung kaum Thema, im Gegensatz zu den nordöstlichen Nachbarländern.

Allerdings fragt der Fragebogen nicht ab, ob oder wie das Versorgungssetting in der Tariffhöhe berücksichtigt wird. In Deutschland beispielsweise werden niedergelassene ÄrztInnen und medizinische Versorgungszentren (MVZ) prinzipiell gleichermaßen nach EBM abgerechnet (vgl. Kapitel 2.2.4). Allerdings wird bei den MVZ berücksichtigt, dass für eine Einzelperson, die mehrere Leistungen aus unterschiedlichen Fächern in Anspruch nimmt, nicht im gleichen Maße Pauschalen verrechnet werden dürfen wie bei Inanspruchnahme der gleichen ÄrztInnen in getrennten Praxen. Der im Gegenzug verrechenbare „Kooperationszuschlag“ gleicht den Ausfall dieser Pauschalen aber nicht völlig aus, was aus Sicht der Zahler durch Synergien begründbar ist.<sup>49</sup>

In der Entscheidungsfindung bezüglich Entgelthöhe und –struktur spielen in acht der zwölf Länder vor allem Verhandlungen zwischen der Vertretung der ÄrztInnen und jener der Financiers eine große Rolle, in vier neuen EU-Mitgliedsländern (LV, LT, PL, HU) sind Verhandlungen hingegen unbedeutend und das Tarif- bzw. Entlohnungsgerüst wird nationalstaatlich festgesetzt.

Die Entscheidungsfindung im ambulant-fachärztlichen Bereich ist in den meisten Ländern ähnlich angelegt wie im hausärztlichen Bereich. Vor allem in den neuen EU-Mitgliedsländern erfolgt die fachärztliche Versorgung weit stärker in Zentren oder Ambulatorien als in Einzelpraxen, so dass FachärztInnen oft angestellt sind. Generell ist die Honorarstruktur im fachärztlichen Bereich stärker an Einzelleistungen und Fallpauschalen ausgerichtet als im allgemeinmedizinischen Bereich. (Tabelle 6)

---

<sup>49</sup> <http://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/>

Tabelle 6: Grundsätzlicher Modus der Vergütungsentscheidung im ambulant-ärztlichen Bereich

	Art der Entscheidungsfindung	Vergütung im ambulant-fachärztlichen Bereich analog zu hausärztlichem Bereich?
AT	Verhandlung	Ähnlich, aber höherer Anteil an Einzelleistungen
BE	Verhandlung	Grundsätzlich ähnlich
CH	Verhandlung	FFS: gleich. MC: keine FÄ in Kopfpauschalen-Systemen
DE	Mischung aus Verhandlungen und gesetzlich vorgesehener Verteilung der Budgets je Fach durch regionale ärztliche Interessenvertretung	Analoger Prozess, aber höherer Anteil an Einzelleistungen
FR	Mischung aus Verhandlungen und staatl. Regelung auf nationaler Ebene	Grundsätzlich ähnlich
CZ	Verhandlung	Ähnlicher Prozess, aber Vergütung per Einzelleistungen
EE	Verhandlung	Unterschiede bei Verhandlungsprozess, Berechnung und Remunerationsform
LV	Staatl. Regelung auf nationaler Ebene	Ähnlicher Prozess, aber Vergütung per Fallpauschalen, Einzelleistungen, etc.
LT	Staatl. Regelung auf nationaler Ebene	Ähnlicher Prozess, aber Vergütung per Fall- und Konsultationspauschalen
PL	Staatl. Regelung auf nationaler Ebene	Ähnlicher Prozess, aber Vergütung über einheitlichen Katalog mit Verrechnungspunkten je Einzelleistung, verrechenbar für Vertragspartner
HU	Staatl. Regelung auf nationaler Ebene	FÄ arbeiten für Gehalt in unabhängigen oder Krankenhaus-Polikliniken, die sich auf FFS-Basis finanzieren
IT	Verhandlung	FÄ arbeiten ausschließlich in öffentlichen Ambulatorien, Verrechnung nach Stundensatz

Quelle: IHS.

### 3.3. Ergebnisse: Eingebundene Parteien und Institutionen

Tabelle 7 bietet einen Überblick darüber, welche Organisationen die Verträge mit den GPs verhandeln bzw. in die entsprechende Entscheidungsfindung eingebunden sind. In den *etablierten Sozialversicherungsländern* liegen die Verhandlungen auf **Finanzierungsseite** in den Händen eines bzw. des Versicherungsverbandes. Im Fall der Schweiz, wo mehrere

Verbände nebeneinander bestehen, sind die beiden großen Verbände eingebunden, in Frankreich der Verband der drei großen Versicherungen, und in Deutschland der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen. Österreich passt theoretisch in dieses Bild, da offiziell der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die Verträge auf Finanzierungsseite abschließt, de facto verhandeln und entscheiden aber die Krankenversicherungsträger selbständig, und der Hauptverband führt nur den Formalakt des Vertragsabschlusses durch.

In den neuen EU-Mitgliedsländern wird die Finanzierungsseite durch die Krankenversicherungsträger vertreten, nur in Ungarn durch die Regierung. Dies bedeutet in den meisten der hier dargestellten Länder mangels Konkurrenz eine hohe Verhandlungsmacht für die Finanzierungsseite. Lediglich in Tschechien stehen die sieben Krankenversicherungen in einer gewissen Konkurrenz zueinander (nicht aber in Litauen, da die territorialen Zweige der litauischen Krankenversicherung jeweils auf ihre Region beschränkt sind).

Auf **ärztlicher Seite** führen in den meisten Ländern ärztliche Interessensvertretungen die Verhandlungen bzw. bringen die ärztliche Sichtweise in die von Finanzierungsseite entworfene Tarifgestaltung ein. Die Ausnahmen sind hier einerseits die baltischen Länder, wo die Primärversorgungseinrichtungen zum Teil direkt verhandeln. Andererseits besteht in Deutschland und Österreich insofern eine Abweichung vom internationalen Bild, als hier Berufsverbände mit verpflichtender Mitgliedschaft die Verhandlungen führen, während dies in den meisten anderen Ländern Interessensvertretungen mit freiwilliger Mitgliedschaft übernehmen. Letztere Ärztevereinigungen können daher auch parallel und in einer gewissen Konkurrenzbeziehung zueinander bestehen. Auch in der Schweiz ist die Mitgliedschaft in der verhandlungsführenden Vereinigung FMH zwar freiwillig, die Tatsache dass eine Teilnahme am Schweiz-weiten Tarifikatalog TARMED aber für Nicht-Mitglieder kostenpflichtig ist, dürfte hier ein gewichtiges Argument für die Mitgliedschaft darstellen<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> Die FMH gibt an, als Dachverband von über 70 Ärzteorganisationen über 40.000 Mitglieder zu vertreten, was angesichts 36.175 berufsausübenden Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz im Jahr 2016 laut FMH Ärzttestatistik recht hoch erscheint. (FMH 2016)

Tabelle 7: Verhandelnde bzw. entscheidende Organisationen

	Verhandelnde - Finanzierungsseite	Verhandelnde - Leistungserbringung	Weitere Beteiligte
AT	Jeweilige Krankenversicherung	Ärzttekammer (pfl.)	--
BE	INAMI-RIZIV (nationales Institut für Kranken- und Invalidenversicherung)	Ärztliche Vereinigungen (freiw.)	Krankenversicherungsgesellschaften als Versichertenvertretung
CH	Santésuisse und Curafutura (Verbände)	FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum, freiw.)	Ministerium kann bei offenen Punkten der Verhandlung entscheiden
DE	GKV-Spitzenverband (Bundesebene) Kassenarten-Verband (Landesebene)	KBV (Bundesebene) regionale KV (Landesebene)	Gemeinsamer Bundesausschuss (Evidenzbasierte Entscheidung und Bewertung bei In/Exklusion)
FR	UNCAM (Verband der drei großen Krankenversicherungen)	Ärztliche Gewerkschaften (freiw.)	
CZ	Jeweilige Krankenversicherung	ärztliche Interessensvertretung (freiw.)	
EE	Nationale Krankenversicherung	Estn. Verband der FamilienmedizinerInnen (freiw.)	
LV	Nationale Krankenversicherung	ÄrztInnen(gruppen), bei größeren Änderungen im Regelwerk hausärztlicher Verband	
LT	Territoriale Krankenversicherung	Primärversorgungseinrichtungen	MoH setzt Procedere fest, nat. Krankenversicherung fixiert Vertrag
PL	Nationale Krankenversicherung (NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia)	Keine Verhandlung, aber Ärztevertretung kann Vertragsentwurf kommentieren	3 unabh. (Verbände der ÄrztInnen, der HausärztInnen, der Pflege) und ein vom MoH eingerichtetes Gremium beraten generell, zwei Arbeitgeber-Verbände im Gesundheitswesen beraten insb. zu Tarifen
HU	Staatl. Krankenversicherungsabteilung NIHFA	keine	Ärzttekammer hat Veto-Recht
IT	Gesundheitskonferenz von Staat und Regionen	SISAC (Vertretung der Gesundheitsberufler mit Vertrag beim Staat) (freiw.)	

Quelle: IHS. Anmerkung: freiw.: Interessensvertretung mit freiwilliger Mitgliedschaft, pfl.: Interessensvertretung mit verpflichtender Mitgliedschaft.

### 3.4. Ergebnisse: Verhandlungsablauf

Wie bereits in Kroneman (o.J.:13) dargestellt, findet die Verhandlung über die Bezahlung von GPs in europäischen Ländern oft auf zwei Ebenen statt, insbesondere in den **traditionellen Sozialversicherungsländern**: Auf nationaler Ebene wird zuerst ein Rahmenwerk vereinbart, wobei die Regierung oder nationale Verbände in der Regel die Finanzierungsseite vertreten, und eine/die ärztliche Interessensvertretung die Seite der Leistungserbringung. Die Vereinbarung auf nationaler Ebene kann ein Vertrag sein, in Gesetzesform oder beides in Kombination.

Basierend auf diesem Hintergrund regeln sodann Vereinbarungen auf der zweiten Ebene in der Regel die Teilnahme der Leistungserbringer an diesem System. In einigen Ländern entfällt aber die konkrete Vertragsbildung bzw. ist implizit in einen anderen Akt eingebettet. In der Schweiz beispielsweise regelt das Gesetz, wer mit welcher Gültigkeit Tarifverträge abschließen darf, und vor diesem Hintergrund schließen die Interessensvertretungen das TARMED-Tarifgerüst (und damit den Leistungskatalog) mit Gültigkeit für alle am traditionellen Schweizer Versicherungswesen teilnehmende ÄrztInnen und Versicherungen ab. Auf Versicherungsebene wird sodann die in den jeweiligen Kantonen gültige Tariffhöhe fixiert. Alle Mitglieder der für die Ärzteseite verhandelnden Organisation dürfen nun zu diesen Tarifen abrechnen. Ein expliziter Beitritt zum Tarif ist nur für Nicht-Mitglieder notwendig, da die verhandelnde Organisation freiwillige Mitgliedschaft hat. In Ungarn und Frankreich ist die Teilnahme am bestehenden Finanzierungssystem implizit Teil des Antrags auf Praxiseröffnung, der obligatorisch bei der lokalen Gesundheitsbehörde zu stellen ist. Diese Antragstellung beinhaltet somit eine Willenserklärung zur Teilnahme am bestehenden Abrechnungssystem. (Tabelle 8)

In den **neuen Sozialversicherungsländern** – die mit Ausnahme von Polen ja nur geringere Einwohnerzahlen haben – sind staatliche Strukturen in der Tarifgestaltung noch präsenter. In den meisten Ländern wird die Tarifstruktur nicht formell mit der Vertretung der LeistungserbringerInnen verhandelt, aber in einzelnen Ländern hat diese ein Anhörungsrecht. Beispielsweise halten Gaal et al. (2011) für Ungarn ein Veto-Recht für die Tariffhöhe fest. Dementsprechend sind keine eigentlichen Gesamtverträge vorhanden, sondern es bestehen lediglich Einzelverträge, die die Teilnahme am System vor dem Hintergrund nationaler Tarif- oder Bezahlungssysteme regeln.

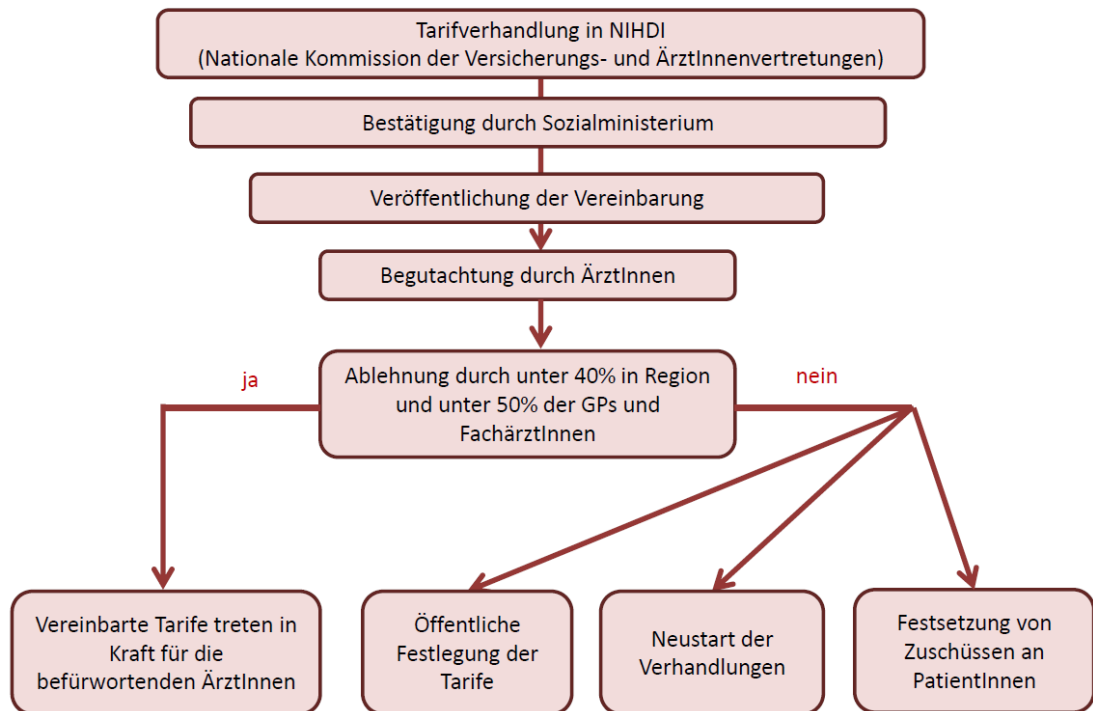
Gemäß den mehrfachen Regelungsebenen ist auch für die Frage nach der **Dauer der Vereinbarungen** oft eine Unterscheidung notwendig: Die Tarifstruktur bzw. der Leistungskatalog haben in der Regel eine längere Gültigkeit, oft unbeschränkt oder bis zum Abschluss eines neuen Katalogs. In den meisten Ländern werden die Tarife alle ein bis drei Jahre angepasst.

### Prozedere bei Scheitern von Verhandlungen

Die unterschiedliche typische Genese der Tarifstruktur – Verhandlung versus staatliche Festlegung mit mehr oder minder großem Einfluss der ärztlichen Vertretung – erklärt zum Teil bereits, dass auch in unterschiedlichem Maße eigene Einrichtungen und Verfahrensregeln für jene Fälle notwendig werden, in denen keine Einigung erzielt wird. In den *etablierten SV-Ländern* mit der **traditionellen Verhandlungskultur** ist meist ein spezifisches Vorgehen festgelegt (Tabelle 9): In Deutschland z.B. wird der gemeinsame Bewertungsausschuss um weitere Mitglieder erweitert, und dieser darf ohne die Erfordernis der Einstimmigkeit entscheiden. Da gesetzlich nicht nur die Krankenkassen, sondern auch die ärztliche Seite verantwortlich für die Versorgungssicherung ist, besteht auch ein beiderseitiges Interesse daran, zu einer Einigung zu gelangen. Zudem hat die Finanzierungsseite eine weitere Handhabe, einen „vertragslosen Zustand“ zu verhindern: nehmen nicht ausreichend viele ÄrztInnen an der hausärztlichen Versorgung teil, so kann der Zulassungsausschuss (in dem allerdings auch die ärztliche Vereinigung vertreten ist) u.a. Krankenhausambulanzen zur Erbringung von Primärversorgungsleistungen ermächtigen. In Frankreich hingegen sind die Vertragsparteien angehalten, eine schlichtende Person zu nennen; im Fall einer fehlenden Einigung auf eine solche Person ist bereits ein Schlichtungsgremium vorgesehen. Kommt es in der Schweiz zu keiner Tarif-Einigung – was aktuell bei der großen Überarbeitung des TARMED droht – so darf das MoH einen Vorschlag machen. Generell gilt in den betrachteten *etablierten SV-Ländern*, dass die Versorgungssicherheit nicht wesentlich beeinträchtigt ist, wenn es zu keiner Einigung kommt: in den meisten Fällen gilt währenddessen der alte Vertrag weiter. Solange die Ärzteseite in der aktuellen Verhandlung höhere als die noch geltenden Tarife durchsetzen möchte, hat sie somit ein Interesse daran, zu einer Einigung beizutragen.

Eine etwas aus dem Rahmen der anderen Länder fallende Regelung gilt in Belgien: die verhandelte Entgeltstruktur und –höhe wird nach Genehmigung durch das Ministerium allen betroffenen ÄrztInnen zur Kenntnis gebracht. Wird diese Regelung von einem ausreichend hohen Anteil der ÄrztInnen akzeptiert, wird dieser ausverhandelte Vorschlag für die Befürworter zur Abrechnungsgrundlage. Langen zu viele Ablehnungen ein, kann das MoH eine von drei Aktionen setzen: (1) selbst die Tarifhöhe bestimmen, (2) neu verhandeln, (3) jene Beträge festsetzen, die die PatientInnen nach Arztbesuch remunert erhalten. Mit der letztgenannten Option entscheiden somit die Ärzte selbst, welche Differenzzahlung sie ihren PatientInnen zumuten. (Abbildung 5)

Abbildung 5: Tarifverhandlungsprozedere in Belgien



Quelle: adaptiert nach Gerkens et al. (2010).

In jenen Ländern, in denen die Tarifhöhe staatlich ohne Verhandlung bestimmt wird, entfällt die Notwendigkeit für den vertragslosen Zustand vorzusorgen (Tabelle 10). Oft liegt in diesen Ländern die Herausforderung eher darin, den heimischen ÄrztInnen eine Entgelthöhe zu bieten, die noch ausreicht um eine Emigration in reichere Länder zu vermeiden - ein Problem mit dem u.a. die baltischen Staaten zu kämpfen haben -, ohne die heimischen Gesundheitsbudgets zu sprengen (OECD 2016).

Wo die Versorgung über Primärversorgungszentren oder ähnliche Einrichtungen erfolgt, werden Verträge oft direkt zwischen Financier und Zentrum geschlossen, aber auch derartige Verträge könnten scheitern oder stocken. Auch kommt es mitunter aus anderen Gründen zur Beendigung von Verträgen, beispielsweise wenn gewisse Auflagen nicht (mehr) erfüllt werden. Für solche Fälle besteht meist eine Ausweichregelung derart, dass die Bevölkerung auf andere Einrichtungen ausweichen kann, z.B. in benachbarte Orte.

Tabelle 8: Vertragsdauer und Vertragsebenen

	Gültigkeitsdauer	Zahl	Art der Regelung
AT	Unbefristet, i.d.R. 1-3 Jahre	Zwei (kassenspezifisch, individuell)	<b>Kassenspezifischer Gesamtvertrag</b> auf Ebene der Dachorganisationen über Leistungskatalog und Tarife, <b>Einzelvertrag</b> über Teilnahme zwischen individuellen GPs und Versicherungsträgern
BE	Bis zum nächsten Vertrag, i.d.R. 2 Jahre	Eine (national)	<b>Gesamtvertrag</b> verhandelt in NIHDI, <b>individuelle</b> Opting-Out Möglichkeit für ÄrztInnen <b>Gültigkeit der Tarife</b> für den Tarif befürwortende ÄrztInnen
CH	FFS: unbefristet MC: variiert	FFS: national MC: individuelle HMO	FFS System: TARMED gilt für alle approbierten GPs und FÄ, MC: Vertrag zwischen (Gruppe von) Versicherungen und (Gruppe von) ÄrztInnen
DE	Unbefristet, i.d.R. jährl. Anpassung des Orientierungsrichtwertes	Eine (Gesamtvertrag) aber plus gesetzliche Regelung	<b>Gesamtvertrag</b> (Mantelvertrag) zwischen Krankenkasse und regional zuständiger kassenärztl. Vereinigung <b>Kein Vertrag</b> zwischen GP und Krankenkasse, da GPs Pflichtmitglieder in ihrer zugehörigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und diese die Gesamtvergütung an ihre VertragsärztInnen verteilt
FR	5 Jahre, Ergänzungen möglich. Verhandlungen dauern max. 6 M	Eine (national, plus impliziter individueller Beitritt)	<b>Gesamtvertrag</b> auf Ebene der Dachorganisationen über Leistungskatalog und Tarife, Per <b>Aufnahmeantrag an lokale Gesundheitsbehörde</b> akzeptieren GPs die bestehenden Bedingungen
CZ	unbefristet	Eine	<b>Einzelverträge</b> zwischen individuellen GPs und Versicherungsträgern
EE	Allgemeine Bedingungen 5 Jahre, jährl. Review und ggfs Anpassung	Eine	<b>Einzelverträge</b> zwischen individuellen GPs und Versicherungsträgern
LV	Ein Jahr, Tarife i.d.R. alle 3 Jahre	Eine	<b>Einzelverträge</b> zwischen individuellen GPs und Versicherungsträgern
LT	Ein Jahr	Eine (Einzelvertrag) aber plus gesetzliche Regelung	<b>Einzelverträge</b> zwischen den 5 Regionalstellen der nationalen Versicherung und den Anbietern (GPs bzw. PHC Centers), basierend auf den <b>Vereinbarungen</b> zwischen Versicherung und MoH
PL	Regeln lt. Gesetz, z.Zt. max. 5 J. Tarifupdate jährlich / auf Anfrage	Eine	Regeln lt. Gesetz <b>Einzelverträge</b> zwischen individuellen GPs und Versicherungsträgern
HU	unbefristet	Eine (nationale Kopfpauschale)	<b>Leistungsumfang</b> wird auf lokaler Ebene entschieden <b>Tarife</b> (Kopfpauschale inkl. Zuschlägen) werden national von Krankenversicherung errechnet
IT	Bis Neuabschluss, i.d.R. 3 Jahre	Zwei	<b>Gesamtvertrag</b> zwischen Regierung und Ärztevertretung, <b>Einzelvertrag</b> über Teilnahme zwischen individuellen GPs und Versicherungsträgern

Tabelle 9: Prozedere bei Scheitern von Verhandlungen – „alte“ EU-Länder und Schweiz

	Gibt es eine Schlichtungsstelle?	Häufigkeit von Scheitern der Verhandlungen	Erfahrungen	Wird keine Entscheidung erzielt, ...
AT	Ja, aber nur für Überbrückungslösung	Kam vor	Nur beschränkte Konsequenzen, da neuer Vertrag erzielt wurde	... zahlen PatientInnen erst privat, Ausgaben müssen aber gemäß Wahlarztregelung rückerstattet werden, d.h. in Höhe von 80% der „alten“ Tarife laut Gesamtvertrag
BE	Keine spezifische Einrichtung	selten		... entscheiden Einrichtungen wie MoH
CH	MoH	FFS: erstmals 2016 MC: öfter		... gilt letzter Vertrag bis zur Schlichtung weiter (FFS) bzw. wird TARMED wieder gültig (MC)
DE	Um 3 unparteiische Mitglieder erweiterter Bewertungsausschuss	Kam vor	dank Mehrheitsentscheidung mit drei zusätzlichen Unparteiischen war Entscheidungsfindung möglich	... besteht alter Vertrag bis zur Schlichtung weiter. Bei Ausstieg der ÄrztInnen aus Vertrag können KH-Ambulanzen zur Leistung ermächtigt werden
FR	Schlagen beide Parteien gemeinsam eine Schlichtungsstelle vor, die das MoH dann einsetzt. Bei fehlender Einigung schlichtet das ExpertInnengremium HCAAM	2010: Schlichtung bei ÄrztInnen; 2017: „kleine“ Schlichtung bei ZahnärztInnen (läuft unter früherem CEO von CNAMTS)		... besteht alter Vertrag während Dauer des Schlichtungsverfahrens weiter
IT	--	--		... besteht alter Vertrag weiter

Quelle: IHS.

Tabelle 10: Prozedere bei Scheitern von Verhandlungen – „neue“ EU-Länder

	Gibt es eine Schlichtungsstelle?	Häufigkeit von Scheitern der Verhandlungen	Erfahrungen	Wird keine Entscheidung erzielt, ...
CZ	--	oft		... entscheidet MoH ohne (weitere) Verhandlungen.
EE	--	--	--	... wird weiter verhandelt, alter Vertrag besteht währenddessen weiter.
LV		--	Manchmal wurden Verträge aus persönlichen Gründen ausgesetzt, oder nach Intervention d. Gesundheitsamts.	... zahlen PatientInnen privat, können aber auf LeistungserbringerInnen mit gültigem Vertrag ausweichen.
LT	Keine spezifische Einrichtung, sondern nationale Krankenversicherung und MoH agieren als Schlichtungsstelle	--		... besteht alter Vertrag weiter. Wird Vertrag aufgrund von Mängeln nicht verlängert, wird den PatientInnen Wechsel angeboten.
PL	Keine spezifische Einrichtung	selten	Zahler verpflichtet sich, zumindest für Notfall-, Krankenhaus- u. a. stationäre Leistungen aufzukommen	... kann MoH entscheiden, was aber Zugang zu Leistungen unsicher machen würde.
HU		Kommt nicht vor		... können PatientInnen auf GPs (mit Vertrag) im Nachbarbezirk ausweichen.

Quelle: IHS.

### 3.5. Ergebnisse: Berechnungsgrundlagen und Tarifgestaltung

In Tabelle 11 zeigt sich ein frappanter Unterschied zwischen *alten und neuen SV-Ländern* bezüglich der **überwiegenden Honorierungsform**. Während in den *etablierten SV-Ländern* Entgelte zumeist über Pauschalien und Einzelleistungsvergütung gezahlt werden, dominieren in den *neuen SV-Ländern* eindeutig Formen von Kopfpauschalen. In den *alten SV-Ländern* hingegen sind Kopfpauschalen einerseits in Belgien von eingeschränkter Bedeutung und stellen andererseits im Schweizer HMO-Markt das Hauptvergütungselement dar. Da in den *etablierten SV-Ländern* der wesentlichste Nachteil von Einzelleistungsvergütung, nämlich die Tendenz zu Überversorgung und das z.T. ungerechtfertigte Ausgabenwachstum, wohl dokumentiert ist, und gerade die *neuen SV-Länder* mit knapp bemessenen Gesundheitsbudgets zu kämpfen haben, ist es naheliegend anzunehmen, dass diese Länder aus der Erfahrung der *etablierten SV-Länder* gelernt haben und daher auf budgetschonendere Vergütungsformen setzen<sup>51</sup>. Ohne eine Tradition von Honorierungsformen, die stärker den ärztlichen Einkommensinteressen als den Budgetinteressen der Krankenversicherungen entgegenkommen, ist den *neuen SV-Ländern* somit die Umsetzung einer nachhaltigeren Entgeltform gelungen. Die wenig ausgeprägte Tradition von Vertragsverhandlungen zwischen gleichberechtigten Partnern gepaart mit der langjährigen Gewöhnung an einen durchsetzungsstarken Staat dürfte zudem dazu beigetragen haben, Kopfpauschalen-Systeme durchzusetzen.

*Alten und neuen SV-Ländern* ist gemein, dass spezifische Qualitätsanreize im Vergütungssystem zwar durchaus in einigen Ländern Thema sind, aber in aller Regel erst einzelne Versorgungssegmente oder geringe Budgetanteile betreffen.

---

<sup>51</sup> Einen weiteren Beitrag zur leichteren Einführung hat vermutlich die große Verbreitung von IT-Systemen in der Phase des Umbruchs geführt, im Vergleich zur Zeit der Etablierung der traditionellen Vergütungsformen in den *alten SV-Ländern*.

Tabelle 11: Entgelt-Formen (in % des Gesamtentgelts)

	Gehalt	Kopf-pauschale	Pauschalen/Pat.	Einzelleistungen	andere	Qualitätsanreize
AT			25% Quartals-pauschalen (GKKs: 27%)	25% (GKKs: 30%)	50% (GKKs: 43%, insb. Ordinationspauschalen)	Nur in DMP-Programmen
BE	2%	10%	Gering, in DMP-Programmen	80%		8% (Weiterbildung)
CH		MC	FFS	FFS		MC: Manche Versicherer vereinbaren höhere Boni bei Qualitätssteigerung
DE	(in MVZ)		50%	50%		
FR	(Nur in den wenigen not-for-profit Gesundheitszentren)		Hauptkomponente bei <i>Medecins traitants</i>			(1) Nach individuellem Erreichen von Struktur-Charakteristika (IT...) (2) P4P für Public-Health Ziele
CZ		50%		50%		
EE		67%		20%	11% Praxispauschale	1%, steigender Budgetanteil in Diskussion
LV	27,5% (Practice Nurse, Assistenz)	42,7%		6,4%	1,7%	21,7% (Zuschläge für ländlichen Raum, Krebs-Früherkennung, etc)
LT		73,5%		17,8%	7,2%	1,5%
PL		99,5%		0,5%		
HU		50-60%	25-35%		5%	5%
IT		70%		20%	10%	

Quelle: IHS. Österreich – GKKs: Jung (2016), Estland: Lai et al.(2013:87).  
Anmerkung: DMP... Disease Management Programme.

Tabelle 12 und Tabelle 13 listen für beide Ländergruppen getrennt auf, welche **Bestimmungsgrößen in der Tarfberechnung** von Bedeutung sind. Leider waren nur qualitative, nicht quantitative Informationen hierzu verfügbar.

Einzelne Bestimmungsgrößen gehen zwar in den alten Ländern der EU, weit weniger aber in den neuen Mitgliedsländern in die Entgeltberechnung ein. Hierzu zählen Abstufungen nach medizinischem Fach oder Zusatzqualifikation sowie Limitierungen bezüglich der maximalen Verrechnungshäufigkeit, letzteres vor allem in Deutschland und Österreich. Regionale Abstufungen sind ebenfalls gebräuchlich, wobei diesem Umstand in den neuen Mitgliedsländern durch die Berücksichtigung des Grads der Urbanität Rechnung getragen wird. In diesem Unterschied spiegelt sich möglicherweise die sehr zentrale Organisation in der Vergangenheit und die Größe der meisten der betroffenen Länder wider.

Tabelle 12: Bestimmungsgrößen der Entgelthöhe – „alte“ EU-Länder und Schweiz

	Region	Urbanität	Anzahl behand. PatientInnen	Anzahl Behandlungen / PatientInnen	Qualifikation	Anderes
AT	Ja: eigene Leistungskataloge je Versicherungsträger		Ja: Limits, Deckel	Ja: Limits, Deckel	Ja: manches nur bei Zusatzqualifikation verrechenbar	
BE					Ja: Fortbildung kann honoriert werden	
CH	FFS, MC: Abstufung nach Kanton u. regionalen Durchschnittskosten				FFS: manche Positionen abhängig von Fach und Dignität	MC: Es gibt Rückversicherung der Versicherer für sehr teure Fälle
DE	regional abweichende Punktwerte		Manchmal Limits	Ja: insb. Pauschalen, aber auch andere	Ja: Qualifikation und Kassengenehmigung möglich	z.T. je Kasse unterschiedliche Budgetierungsregeln
FR						Relative Komplexität, siehe Kapitel 2.3.4
IT	Ja: gemäß regionalen Integrationsvereinbarungen			Ja		

Quelle: IHS.

Tabelle 13: Bestimmungsgrößen der Entgelthöhe – „neue“ EU-Länder

	Region	Urbanität	Anzahl behand. PatientInnen	Anzahl Behandlg. / PatientInnen	Qualifikation	Anderes
CZ			Ja			(Ja: Kopfpauschale abhängig vom Alter der PatientInnen)
EE		Ja: Zuschlag ländlicher Raum	Bei manchen Positionen; Zahl <u>registrierter</u> Pat. ist aber wichtiger			
LV		Ja: Zuschlag ländlicher Raum				(Ja: Altersstruktur der registrierten PatientInnen)
LT		Ja: Kopfpauschalen am Land höher	Ja: Listengröße			Finanzielle Belohnung für Akkreditierung in Planung
PL						Ja, z.B. steigt Tarif d. Überweisers mit Trefferquote bei Krebs-Diagnosen
HU	Ja: Lage-Zuschlag	Ja			Ja: Kopfpauschalen – Multiplikator	Ja: Qualitätsindikatoren, Distriktgröße, Seniorität

Quelle: IHS.

Der Berechnung von Entgelten gehen häufig Berechnungen voraus, die zum einen eine Grundlage für eine angemessene Bezahlung liefern sollen, und zum anderen die Ausgabenwirkung für die Zahler-Organisation abschätzen sollen. Derartige Berechnungen werden in den *etablierten SV-Ländern* oft in eine Organisation oder ein Gremium ausgelagert, in dem beide Seiten, Leistungserbringung und Finanzierung, vertreten sind. Das ist der Fall in Deutschland, der Schweiz im Rahmen von TARMED, und Frankreich. In Österreich werden derartige Berechnungen bei Bedarf von den Versicherungsträgern selbst, und in Belgien von NIHDI (Nationales Krankenversicherungsinstitut) übernommen. In den *neuen SV-Ländern* ist in dieser Phase häufig die Rolle des Ministeriums stärker als in den *etablierten SV-Ländern*, indem entweder das Ministerium selbst die **Durchführung der Berechnungen** übernimmt, oder eine mit dem Ministerium verflochtene Organisation. (Tabelle 14) Ein Vorteil derartiger Konstruktionen könnte sein, dass allfällige Streitigkeiten von den direkten Verhandlungspartnern mit ihrer z.T. ausgeprägten Rolle als Interessensvertretung auf einen kleineren und stärker an Sachfragen und Pragmatismus orientierten Personenkreis übertragen wird. Dadurch könnte auch eine mit der Interessensvertretung verbundene einseitige Sichtweise gemildert werden. Gesetzlich wird dies oft verstärkt, indem der berechnenden Organisation Neutralität vorgeschrieben wird. Dass dies keinesfalls eine Garantie für Gelingen ist, zeigen die aktuellen langwierigen Verhandlungen um eine TARMED-Revision.

Welche **Kostenarten** in die Berechnung der Zahlungen an die ÄrztInnen finden, ist eng verknüpft mit der Frage des Arbeits- oder Praxissettings. Praktizierender ÄrztInnen in eigener Praxis, so muss ihr Honorar auch ausreichen, um den Praxisstandort, Betriebsmittel, Angestellte etc. zu finanzieren. Dies kann durch eigens dafür bereitgestellte Finanzierungen erfolgen oder implizit als Aufschlag auf die ärztlichen Honorare. Auch diese Zahlungen können im Prinzip entweder in einem allgemeingültigen Rahmen ausverhandelt werden, wie es in Deutschland und der Schweiz durch die technische Leistungskomponente erfolgt, oder individuell verhandelt werden<sup>52</sup>. Ein Mittelweg wird in Frankreich beschritten, wo in den neun Tariffindungskommissionen (CHAP) national einheitliche Berechnungen für unterschiedliche Gebiete erarbeitet werden.<sup>53</sup> Praktizierende ÄrztInnen hingegen in Einrichtungen der Gemeinde, der Krankenversicherung oder einer anderen öffentlichen Stelle (Beispiel Ungarn), so müssen diese Ausgaben nicht notwendigerweise durch die Honorare, sondern können von diesen Institutionen abgedeckt werden. In den neuen EU-Ländern sind ansonsten einfachere Festsetzungen der zu remunerierenden Kosten (wie das Fortschreiben und Anpassen historischer Beträge) noch verbreiteter als in den *etablierten SV-Ländern* (Tabelle 15).

<sup>52</sup> Durch Schwierigkeiten in der Nachbesetzung von GP-Praxen in ländlichen Gegenden bieten manche österreichische Gemeinden derzeit gerade bei diesen Praxis-bezogenen Kosten öffentliche Unterstützung an. Diese individuelle Unterstützung ist aber Teil der Regionalpolitik, nicht der Verträge mit der Sozialversicherung.

<sup>53</sup> <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/regles-de-facturation/presentation-de-la-ccam/methodologie-de-hierarchisation-du-travail-medical.php>  
[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/methodo\\_actes\\_04.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/methodo_actes_04.pdf)

Tabelle 14: Durchführende Organisation relevanter Berechnungen und Recherchen

	Für das Entgelt	Für die Aufnahme in den Leistungskatalog
AT	Krankenversicherungsträger	Krankenversicherungsträger
BE	NIHDI (Nationales Krankenversicherungsinstitut)	Verhandlung zw. Anbietern und Versicherung im Rahmen von NIHDI
CH	TARMED: TARMED Suisse, eine eigens zur Pflege und Weiterentwicklung des TARMED gegründete Gesellschaft, in der die relevantesten Stakeholder vertreten sind MC: Versicherung	
DE	Institut des Bewertungsausschusses (neutral)	Institut des Bewertungsausschusses (neutral)
FR	CHAP (Commission de hiérarchisation des actes et procédures ; unabhängig)	Versicherungsverband auf Antrag von ÄrztInnen, MoH oder Gesundheitsfonds.
CZ	Ministerstvo zdravotnictví (MoH)	MoH
HU	Országos Egészségbiztosítási Pénztár (Verband der Krankenversicherungen; seit 1.1.2017 nicht mehr unabhängig)	Nicht anwendbar, da gesetzliche Aufgaben definiert sind
EE	Estnische Krankenversicherung (unabhängig)	Estnischer Versicherungsfonds und Anbiertvertretung
LV	Nacionālais veselības dienests (Nationaler Gesundheitsdienst; dem MoH unterstellt)	MoH
LT	Valstybinė ligonių kasa (Krankenversicherung; dem MoH zugeordnet, aber finanziell dem Finanzministerium unterstellt)	MoH
PL	Polnische Krankenversicherung, in speziellen Fällen Agencja oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), eine mit dem MoH assoziierte Organisation	MoH
IT	Landes- und Regionsregierungen	SISAC (Vertretung der Personen in Gesundheitsberufen mit Vertrag beim Staat)

Quelle: IHS.

Tabelle 15: Durch das Honorar abzudeckende Kostenarten und ihre Berechnungsart

	Praxis-Betrieb (Miete...)	Medizinische Betriebsmittel	Medizinische Investitionen	ICT-Investitionen	anderes
AT	Ja: Verhandelt	Ja: adaptierte histor. Beträge	Ja: adaptierte histor. Beträge	Ja: Verhandelt	
BE	Nein	Nein	Nein	Nein	Med. Software
CH	Tarmed: im Rahmen der „Technischen Leistung“ MC: Die verhandelte Kopfpauschale muss langfristig Vollkostendeckung erlauben; wie dies erfolgt liegt im Ermessen der jeweiligen Anbieter				
DE	Ja: im Rahmen der „technischen Leistungskomponente“				Personal
FR	Die Tarifberechnung berücksichtigt auf möglichst neutraler Basis jene Faktoren, die zur Erstellung der Leistung erforderlich sind				Komplexität der Behandlung
CZ	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
EE	Ja: ABC-Costing	Ja: anfallende Kosten	Ja: ABC-Costing	Ja: ABC-Costing	
LV	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
LT	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
PL	Ja: adaptierte historische Beträge	Ja: Kostenrechnung/ Marktpreise	Ja: Verhandelt	Ja: Verhandelt	Kosteneffektivität
HU	Ja: adaptierte historische Beträge	Ja: adaptierte histor. Beträge	Nein (Region/Gemeinde als Eigentümerin zuständig)	Nein (Region/Gemeinde als Eigentümerin zuständig)	Med. Personal
IT	Ja	Nein	Nein	Ja: Verhandelt	

Quelle: IHS.

Anmerkung: ICT ... Informations- und Kommunikationstechnologie.

Erfahrungsgemäß sind in jedem Land auch Faktoren für die Ableitung und/oder den Verhandlungsprozess der Tarife oder Preise wesentlich, die in kein formelles oder gar quantitativ nachvollziehbares Korsett gegossen sind. Um diese Faktoren zumindest ansatzweise abzubilden, wurden einige denkbar mögliche Ansatzpunkte im Fragebogen angeführt, mit der Bitte an die LänderexpertInnen, die Wichtigkeit dieser Faktoren auf einer vierteiligen Skala (sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / nicht wichtig) zu beurteilen. Eine derartige Beurteilung wurde getrennt für die Erstbestimmung von Tarifen und für die Anpassung bestehender Tarife erbeten. Die Ergebnisse sind in Abbildung 6a-d und Abbildung 7a-d dargestellt; zu beachten ist, dass die Schweiz in den Abbildungen insofern überrepräsentiert ist, da hier beide Modelle, traditionelle Einzelleistungsabrechnung und *Managed Care*-Modelle, selbständig dargestellt sind. Die Abbildungen lassen sich wie folgt zusammenfassen<sup>54</sup>:

- ▶ Die **Kostenrechnung** wird in *traditionellen* wie in *neuen Sozialversicherungsländern* mit ähnlicher Häufigkeit als „wichtig“ bis „sehr wichtig“ eingestuft, nur in Frankreich als „weniger wichtig“.
- ▶ Auch die **aufgewandte Arbeitszeit**, die ja als ein Teilbereich der Kostenrechnung angesehen werden kann, wird in beiden Ländergruppen mit etwas geringerer Häufigkeit als „wichtig“ bis „sehr wichtig“ eingestuft. In Schweizer *Managed Care*-Modellen und in Ungarn spielt sie offenbar keine, in Österreich und Litauen nur eine untergeordnete Rolle. Österreich ist damit offenbar das einzige *etablierte Sozialversicherungsland*, in dem die aufgewandte Arbeitszeit kaum maßgeblich für die ärztliche Tarifhöhe ist<sup>55</sup>. Dies fällt insbesondere deshalb auf, da beide deutschsprachigen Nachbarländer hier bereits sehr formalisierte Systeme einsetzen.
- ▶ Die Anlehnung an **historische Summen** ist offenbar vor allem in Deutschland und Österreich besonders wichtig; in der Schweiz hingegen fällt auf, dass diese zwar bei *Managed Care*-Anbietern, nicht aber im traditionellen Einzelleistungssystem als bedeutend angesehen werden. Man könnte hierin einen gewissen Widerspruch zur ansonsten großen Verwandtschaft zwischen TARMED- und deutschem EBM-System erkennen. Dass die *neuen Sozialversicherungsländer* sich weniger stark an historischen Summen orientieren, sehen wir in Zusammenhang mit der kürzeren Historie dieses Systems und mit den von Beginn an größeren Möglichkeiten für sachlich begründete Tarifhöhen, da die „neuen“ Länder ja bereits auf internationale Erfahrungen aufbauen können/konnten.

---

<sup>54</sup> Im Text wird erst auf die Sozialversicherungsländer abgestellt, und der Vergleich mit Italien als einzigem alten EU-Mitgliedsland mit staatlichem Gesundheitssystem ausgeblendet.

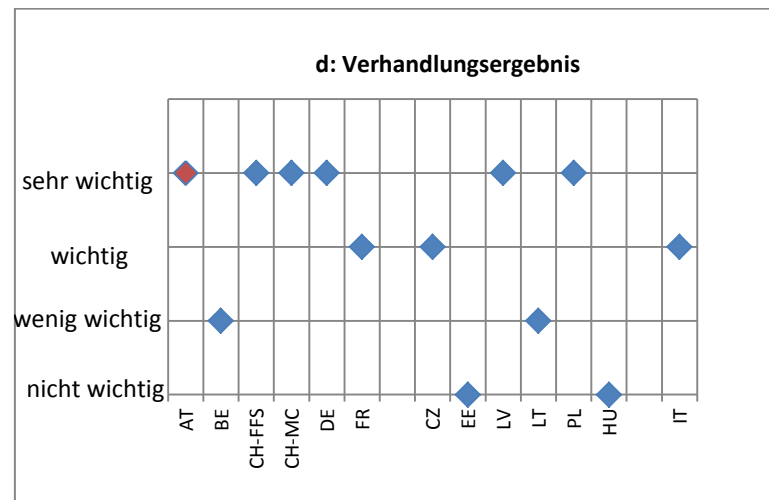
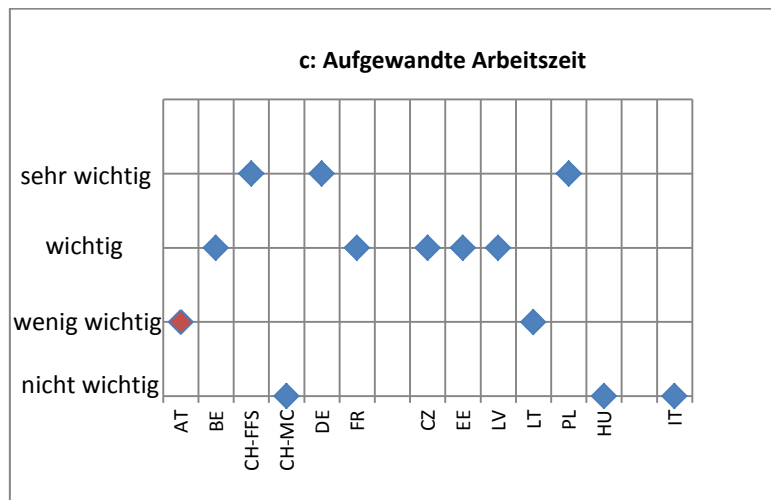
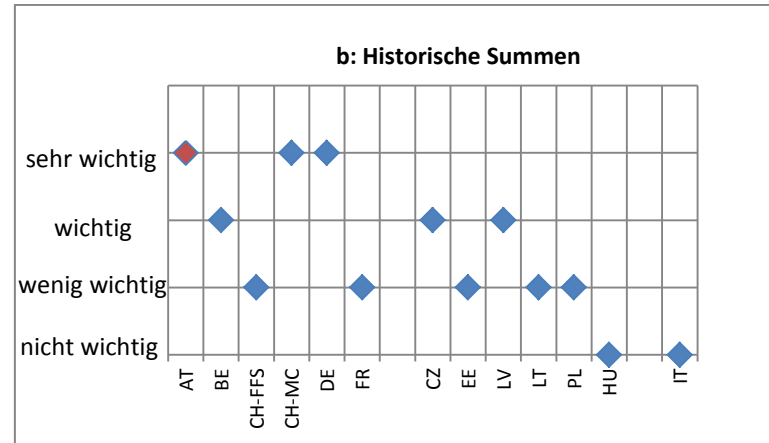
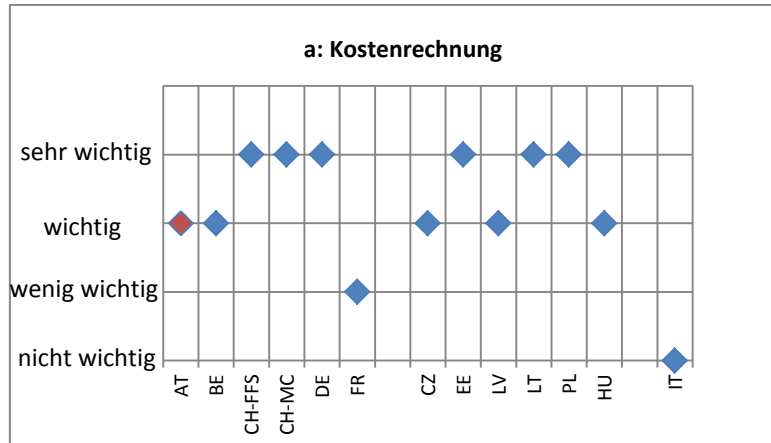
<sup>55</sup> Das Schweizer *Managed Care*-Modell fällt durch das angewandte Kopfpauschalen-System hier ebenfalls aus der Reihe.

- ▶ Diese Interpretation passt auch zu dem Befund, dass in den *traditionellen SV-Ländern* die Tarifhöhe wohl vor allem ein **Verhandlungsergebnis** ist, in den neuen hingegen in weit geringerem Ausmaß.

Die Wichtigkeit einzelner Faktoren bei der Festsetzung von **Anpassungen geltender Tarife** wurde getrennt erfragt. Hierbei wurde um die Einschätzung von ebenfalls vier möglichen Gruppen von Begründungen gebeten.

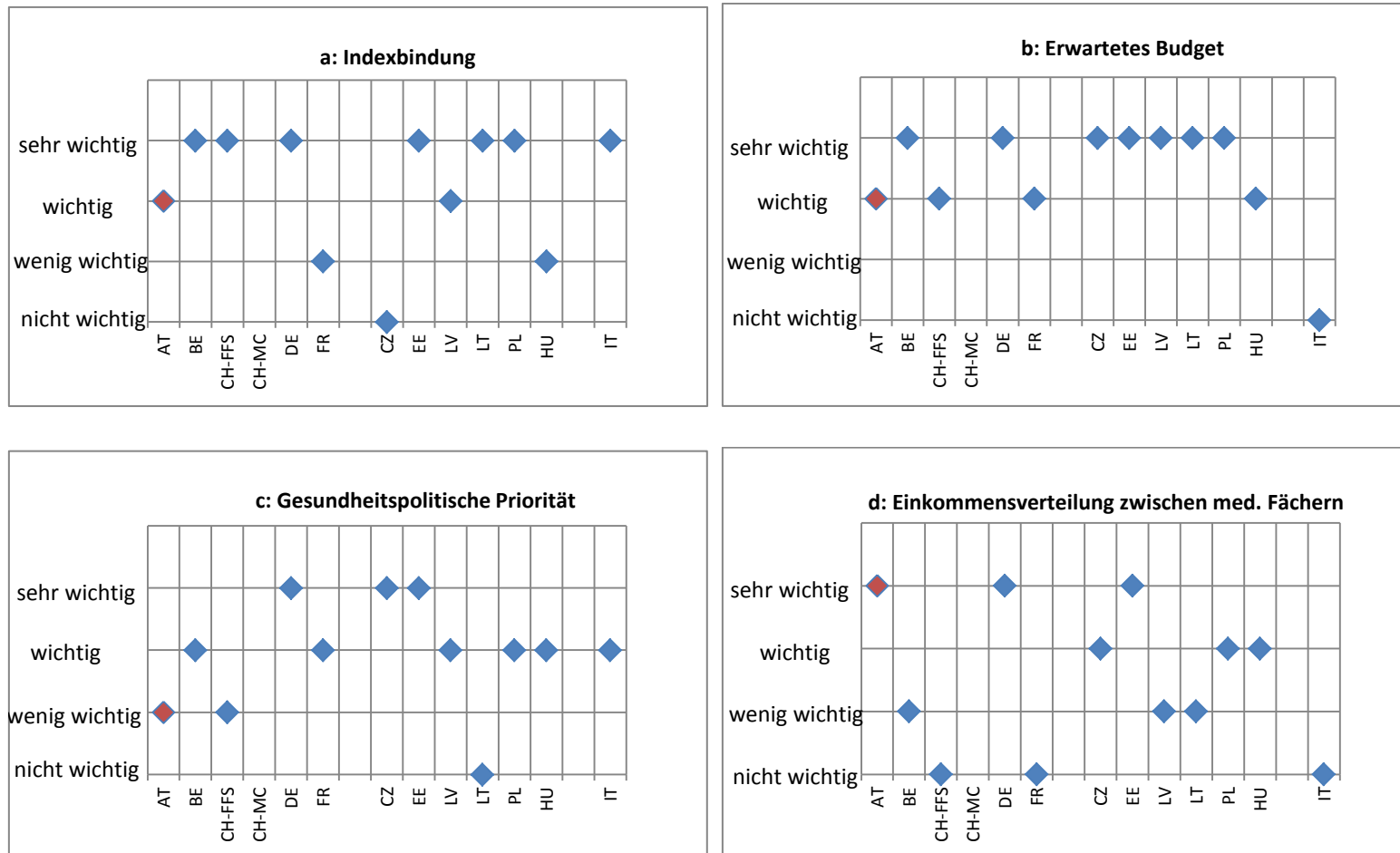
- ▶ In mehr als der Hälfte der Länder kommt der **Indexbindung** bei der Festsetzung von Tarifanpassungen hohe Bedeutung zu, und zwar in ähnlichem Ausmaß in *neuen* wie in *traditionellen Sozialversicherungsländern*. Allerdings wurden kaum Hinweise darauf gegeben, welche konkreten Indices hier Verwendung finden. Die Einschätzung für Österreich liegt bei der Indexbindung einen Grad unter jener der deutschsprachigen Nachbarn.
- ▶ In fast allen Ländern wird bei der Tarifanpassung auch Rücksicht auf das zu **erwartende Budget** genommen, was besonders in den neuen Ländern wichtig zu sein scheint.
- ▶ **Gesundheitspolitische Prioritäten** werden ebenfalls etwas mehr in *neuen SV-Ländern* bei der Tarifanpassung unterstützt und es wurden beispielsweise Qualitätsanreize (Frankreich, Abstimmung mit Public Health Zielen ist in Überarbeitung) sowie eine bessere Versorgung der ländlichen Bevölkerung (Ungarn) im Fragebogen angesprochen. Allein Litauen verzichtet gänzlich auf die Berücksichtigung dieses Aspekts.
- ▶ Die **Einkommens-Verteilung zwischen medizinischen Fächern** ist jener Aspekt der Tarifanpassung, der als einziger mehrfach als „nicht wichtig“ eingestuft wurde, nämlich für Frankreich und das Schweizer Einzelleistungssystem. In Österreich, Deutschland und vier der sechs *neuen SV-Länder* allerdings ist dieser Aspekt „(sehr) wichtig“.

Abbildung 6a-d: Verhandlung der Entgelthöhe: Relevante Faktoren



Quelle: IHS.

Abbildung 7a-d: Verhandlung von Entgeltanpassungen: Relevante Faktoren



Quelle: IHS.

### 3.6. Leistungskatalog

Bezogen auf die abgedeckten Leistungen in einem Gesundheitssystem unterscheiden Schreyögg et al. (2004) zwischen „Leistungskorb“ und „Leistungskatalog“. Mit *Leistungskorb* sind dabei jene Leistungen, Aktivitäten und Güter gemeint, die zumeist in Form einer allgemeineren, oft gesetzlich festgelegten Umschreibung definieren, was das Gesundheitssystem bereitzustellen hat. Der *Leistungskatalog* hingegen ist ein, oft sehr detailliertes, Verzeichnis jener konkreten Leistungen, Aktivitäten und Güter, für die das (öffentliche) Gesundheitssystem die leistenden Organisationen oder Personen bezahlt, oft parallel nebeneinander für einzelne Versorgungsstufen oder Behandlungssettings. Diese Kataloge können empfehlenden Charakter haben, aber auch konkrete Positiv- oder Negativlisten darstellen bzw. beinhalten.

Die Befragung von Schreyögg et al. (2005) identifizierte in den meisten teilnehmenden Ländern zwei Ebenen: In allen der untersuchten Länder<sup>56</sup> besteht auf nationaler gesetzlicher Ebene ein allgemeiner Rahmen, der oft im Sinne der OECD Systematik gegliedert jene Bereiche auflistet, in denen Gesundheitsleistungen zu erbringen sind (Leistungskorb). In Sozialversicherungsländern hat dieser Leistungskorb oft den Charakter einer Definition dessen, worauf die Versicherten im Bedarfsfall Anrecht haben, und kann, muss aber nicht national einheitlich sein (vergleiche z.B. die gesetzliche versus die private Krankenversicherung in Deutschland). Auf der anderen Seite bestehen – in SV-Ländern schon früher als in Ländern mit staatlichen Gesundheitssystem – Honorarkataloge, die die Basis für den Leistungskorb bilden.

Im Ländersample von Schreyögg et al. (2005) wurde Polen als das Land mit dem bei weitem explizitesten Leistungskorb identifiziert, der zudem in der Verfassung verankert ist. Deutschlands Sozialgesetzbuch hingegen stellte die vagueste Variante eines Leistungskorbes innerhalb des Ländersamples dar. Die zur Zeit der Schreyögg-Publikation gerade im Gange befindlichen Einführungen von Fallpauschalensystemen zur Krankenhausfinanzierung in Deutschland und den Niederlanden wurden als Beispiel dafür herangezogen, dass in den Sozialversicherungsländern eine Tendenz zur Etablierung konkreterer Leistungskataloge bestehe.

Bezogen auf die niedergelassene ärztliche Versorgung beobachten Schreyögg et al. (2005) einen direkten Zusammenhang zwischen Bezahlungsform und dem Ausmaß der „Explizitheit“ der Leistungskataloge. So stellt Bezahlung über Kopfpauschalen oder feste Budgets eine indirekte Beschränkung der Leistungsmenge dar, der Leistungskatalog ist in diesem Fall oft implizit durch Vorschriften geregelt, worin die Versorgungspflichten der ÄrztInnen bestehen. Derartige Vorschriften gehen aber meist nicht auf einzelne Leistungen ein, sondern sind allgemeiner gehalten. Basiert die Bezahlung hingegen hauptsächlich auf

<sup>56</sup> Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Niederlande, Polen, Spanien, Vereinigtes Königreich, Ungarn.

Einzeleistungen, so müssen diese spezifiziert werden, um Tarife für Leistungen oder Leistungskomplexe verhandeln und festsetzen zu können, da andere Leistungen oft nicht bezahlt werden. Auch hier variiert der Detailgrad der Spezifikationen international beträchtlich: Während Frankreich eine recht detaillierte Liste führt, definieren andere Länder lediglich Leistungskomplexe. So überlässt auch der deutsche EBM die Priorisierung der Leistungen schlussendlich der Angebotsseite, da ja die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Verteilung der Honorare vornimmt und die ÄrztInnen ihre Leistungen innerhalb eines Gesamtbudgets erbringen. Gemeinsamkeiten der meisten Systeme sind zum einen, dass die Leistungen i.d.R. nach medizinischen Fachgebieten gruppiert sind; zusätzlich mögen auch Leistungsgruppen bestehen, die sich auf bestimmte PatientInnengruppen oder Krankheiten konzentrieren. Zum anderen bestehen z.T. umfangreiche explizite Leistungsausschlüsse, oft als Negativlisten formuliert. Von letzteren sind häufig ähnliche Leistungen betroffen wie kosmetische Chirurgie, Impfungen gegen nicht heimische Krankheiten (z.B. bei Reisen) oder alternative Heilverfahren.

Werden Leistungskataloge expliziter und werden mehr Leistungen explizit von der Abdeckung durch die öffentliche Krankenversorgung ausgenommen, so gewinnt Transparenz über das Prozedere allfälliger Ausschlüsse sowie über die angewandten Kriterien an Bedeutung. Während jedoch viele der in der Befragung berücksichtigten Staaten mangelnde Effizienz oder Effektivität als wesentliche Ausschlussgründe nennen, blieben sie meistens Belege für eine einheitliche, konkrete, rationale Vorgehensweise dafür schuldig. Dies weckt den Verdacht, dass hier Lobbying einzelner Interessensgruppen breiten Raum findet, die Entscheidungsfindung zu beeinflussen. Gerade in Ländern mit sehr expliziten Leistungskörben erkennen Schreyögg et al. (2005) oft nur ein sehr unspezifisches Vorgehen, wofür sie Polen als Beispiel heranziehen. Länder mit sehr implizit definierten Leistungskörben (England, Deutschland) sind in der Beschreibung der Ausschlussverfahren weit deutlicher, weisen aber kürzere Listen von Leistungen auf, die dieser Ausschluss betrifft. Außerdem unterliegen oft nur einzelne Leistungsbereiche Evaluationen oder Effektivitätsbeurteilungen, wie insbesondere Medikamente.

## 4. Positionierung Österreichs

Die österreichische Praxis der **Vertragsverhandlung** nimmt bezüglich der eingebundenen Akteure auf beiden Seiten eine Außenseiterposition unter den *etablierten Sozialversicherungsländern* ein: Obwohl laut Gesetzestext die Verhandlungen durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abzuschließen sind, verhandeln de facto regionale oder berufsständische Versicherungsträger ziemlich unabhängig voneinander, was einige Kennzahlen auseinanderdriften ließ. Um hier größere Homogenität zu bewirken, wurde 2016 durch eine Arbeitsgruppe der Vertragspartnerdirektionen ein „Governanceprozess Vertragspartnerverhandlungen“ entwickelt, der nunmehr in einigen neu abzuschließenden Bereichen größere Einheitlichkeit bewirken soll. Auch wurden bereits einzelne Muster-Leistungskataloge entwickelt, die den Versicherungsträgern zur Verfügung stehen, um einem einheitlichen Leistungsstandard näher zu kommen. In den Verhandlungen stehen die Versicherungsträger jeweils einer ärztlichen Vertretung gegenüber, die durch Pflichtmitgliedschaft aller ÄrztInnen quasi über Monopolmacht verfügt. In anderen Ländern verhandeln hingegen meist Interessensvertretungen mit freiwilliger Mitgliedschaft.<sup>57</sup> Die Gebietskrankenkassen (**GKKs**) verzeichnen aber verglichen mit einigen bundesweiten Krankenversicherungen in Österreich niedrigere Einnahmen pro anspruchsberechtigte Person und können den ÄrztInnen daher nur ein niedrigeres Tarifniveau anbieten als Kassen mit höheren pro-Kopf-Einnahmen (vgl. Cypionka et al. 2017). Somit verdient eine Ärztin mehr, wenn sie dieselben Versorgungsleistungen an einem Beamten erbringt als an einem GKK-Versicherten. Diese ungleichen Einkommen pro versorgter Person können dann auf Seiten der Versicherten zu ungleicher Versorgung führen. In Ballungszentren mit entsprechend hohem Versichertenafkommen auch der bundesweiten Versicherungen und der Krankenfürsorgeanstalten haben ÄrztInnen somit aufgrund von deren großzügigeren Tarifniveaus einen Einkommensvorteil.

Weitere Abweichungen zur internationalen Praxis ergeben sich durch die Rolle, die die verhandelnden Krankenversicherungen innehaben:

- Sie bestimmen im Einvernehmen mit der Ärztekammer den Stellenplan, also für wie viele Planstellen in einer Region Verträge vergeben werden. Ein zusätzlicher Freiheitsgrad entstand für die Versicherungsträger aber dadurch, dass nunmehr freiwerdende Positionen im Stellenplan nicht mehr „automatisch“ nachbesetzt werden müssen.
- An welche Personen diese Planstellen vergeben werden, ergibt sich durch die Reihung der BewerberInnen auf der Warteliste. Die Reihungskriterien beruhen auf

---

<sup>57</sup> Unterschiedlich hoch fällt diese Mitgliedschaft in den einzelnen Ländern aus: in Frankreich sind im niedergelassenen Bereich 10-15% der ÄrztInnen in einer von mehreren Gewerkschaften organisiert, in der Schweiz hingegen übersteigt die kolportierte Mitgliederzahl die offizielle Anzahl an ÄrztInnen.

der Reihungskriterien-Verordnung nach ASVG und werden in Verhandlungen zwischen Sozialversicherung und Ärztekammer weiter konkretisiert. Möglichkeiten für selektive Kontrahierung bestehen in Österreich nicht.

- Außerhalb des durch den Gesamtvertrag abgedeckten Leistungskataloges bestehen nur sehr beschränkte Möglichkeiten, über zusätzliche Leistungen zu kontrahieren, und außerhalb des Stellenplanes vergibt die Krankenversicherung keine Verträge. (vgl. §3 der Einzelverträge, nach denen Sozialversicherungsträger und Ärztekammer gemeinsam in Ausnahmefällen die Abrechnung zusätzlicher Leistungen durch ausgewählte Vertragspartner zulassen können)

Damit hat die soziale Krankenversicherung in Österreich nur eine gewisse Mitwirkungsmöglichkeit bei der Erst- und Nachbesetzung von Planstellen. Auch dieses Prozedere ist im europäischen Vergleich suboptimal: in Belgien beispielsweise werden nur jene ÄrztInnen kontrahiert, die sich implizit mit dem Tarifgerüst einverstanden erklären (sofern das nötige Ausmaß an Zustimmung erreicht wird), während in Deutschland, Frankreich und der Schweiz das ausverhandelte Tarifgerüst im jeweiligen Grundmodell für alle Mitglieder gilt, und echte selektive Kontrahierung in Sondermodellen der Versorgung stattfindet. In den Niederlanden können zwar die Grundleistungen von allen ÄrztInnen, aber spezielle Leistungen (Segment 2 und 3) nur von den VertragsärztInnen abgerechnet werden. Die österreichische Besonderheit ist aber im Kontext zu sehen, nämlich der (noch) überdurchschnittlichen Ärztedichte: Bedarfsplanung für ÄrztInnen wird durchaus in einigen Ländern durchgeführt, allerdings erfolgt die Beschränkung des ärztlichen Angebots international bereits auf einer weit früheren Stufe, dem Zugang zum Medizinstudium, der in Österreich ja weit länger – bis 2005 – unreguliert war als in den üblichen Vergleichsländern. In einigen Ländern werden die Bedarfsplanungs- und Projektionsmodelle genutzt, um davon die gewünschten Ausbildungskapazitäten abzuleiten (OECD 2012). Durch diese (international) frühere Steuerung bzw. Beschränkung klaffen gesundheitspolitisch gewollte Kapazitäten und vorhandene Kapazitäten weniger weit auseinander als es in Österreich über einige Jahre der Fall war, was sich u.A. in langen Wartezeiten auf Turnus- und Facharztausbildungsplätze niederschlug, und in weiterer Folge die Sorge um angebotsinduzierte Nachfrage verstärkte.

Ein strikter Stellenplan der Versicherungsträger, der die Ärztwahl der Versicherten im niedergelassenen Bereich in so starkem Maße<sup>58</sup> einschränkt (wenn die Versicherten nicht zusätzliche „Wahlarztkosten“ in Kauf nehmen) ist in unserer internationalen Vergleichsgruppe einmalig, und wohl teilweise durch die im Vergleich immer noch hohe Ärztedichte in Österreich zu erklären. Natürlich bestehen auch in anderen Ländern Beschränkungen des ärztlichen Angebots, zu groß ist die Sorge um ungebremses Ausgabenwachstum. So kann und wird auch in Deutschland und der Schweiz die Vergabe

<sup>58</sup> Für Ende 2014 verzeichnet die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer rund 70% zumeist in Krankenanstalten angestellte ÄrztInnen, 20% ÄrztInnen mit zumindest einem Krankenkassenvertrag, und 10% ausschließliche WahlärztInnen (Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2017:12).

von weiteren Verträgen mit den Krankenversicherungen gestoppt, wenn eine definierte „Überversorgung“ einer Region mit bestimmten Fächern festgestellt wird; dies betrifft aber anteilmäßig weit weniger ÄrztInnen, medizinische Fächer und Landesteile, da eben schon seit längerer Zeit als in Österreich eine Beschränkung auf einer früheren Stufe, der Ausbildung, durchgeführt wird. Die österreichische Variante der Zugangsbeschränkung nach Ausbildung erscheint ineffizienter, schon allein weil somit auch potentiell „unnötige“ Ausbildungskosten im ohnehin schon aufwändigen Medizinstudium in Kauf genommen wurden, und damit wie bereits erwähnt Anreize gesetzt werden, Berufsgruppen inadäquat einzusetzen. (Czypionka et al. 2017) Allerdings haben inzwischen die Zugangsbeschränkungen die Drop-Out Quoten stark gesenkt sowie die Studiendauer verkürzt.

Bezüglich des **Verhandlungsprozedere** stimmt die österreichische Konstruktion nur auf den ersten Blick mit den internationalen Gepflogenheiten überein, nämlich bezüglich der Trennung in eine allgemeingültige Regelung zwischen kollektiven Vertragsparteien (Versicherung – Ärztekammer) über die Tarife (Gesamtvertrag bzw. Honorarordnung), und der jeweiligen einzelvertraglichen Regelung mit den ÄrztInnen über die Teilnahme am System (Einzelvertrag). Allerdings ist internationaler Standard, dass die Struktur der kollektiven Regelung landesweit gilt, regionale Abweichungen betreffen allenfalls das Tarifniveau und werden z.B. über Zu- und Abschläge geregelt. Diese beziehen sich in den *etablierten SV-Ländern* oft auf Regionen, in den *neuen SV-Ländern* oft auf den Grad der Urbanität. Generell unterschiedliche Tarifstrukturen wie bei österreichischen GKKs bestehen hingegen innerhalb unseres Ländersamples nicht.

I.d.R. gilt in den betrachteten *etablierten SV-Ländern*, dass Versorgungssicherheit auch dann weiter besteht, wenn es in den Tarifverhandlungen zu **keiner Einigung** kommt: in den meisten Fällen gilt währenddessen der alte Vertrag weiter. Solange die Angebotsseite in der aktuellen Verhandlung höhere als die noch geltenden Tarife durchsetzen möchte, hat sie somit ein Interesse daran, zu einer Einigung beizutragen<sup>59</sup>. Eine auf 12 Monate beschränkte Absicherung wie in Österreich ist uns für kein weiteres der an der Umfrage teilnehmenden Länder berichtet worden. Ein automatisches Weiterlaufen des Vertrages bis zum Abschluss eines neuen Vertrages würde hier den PatientInnen mehr Versorgungssicherheit bringen, zumal der Anspruch auf Rückerstattung der während eines „vertragslosen Zustands“ gezahlten Arzthonorare nicht für eine beliebige Rechnungshöhe gilt, sondern im Rahmen der Wahlarztregelung grundsätzlich in Höhe von 80% der (letzten) vertraglichen Tarife. Krankenversicherungsträger können in ihrer Satzung zwar eine höhere Kostenerstattung vorsehen, die GKKs als Krankenversicherung der Mehrheit der Bevölkerung in Österreich tun dies aber nicht. Eine Absicherung der PatientInnen in Österreich gegen allfällige den Tarif übersteigende Forderungen einzelner ÄrztInnen ist nicht gegeben.

---

<sup>59</sup> Dies muss jedoch nicht immer so sein, gerade wenn medizinisch-technischer Fortschritt die Dauer von einzelnen Eingriffen oder Behandlungen verkürzt, und die Dauer in die Tarifberechnung Eingang findet.

In den meisten *etablierten SV-Ländern* erfolgt die **Berechnung der Tarife** in ausgelagerten Organisationen, die teils an die verhandelnden Parteien angebunden sind, für die aber gesetzlich oft Unabhängigkeit oder Neutralität vorgesehen ist. Ein Vorteil einer solchen Konstruktion kann sein, dass allfällige Streitigkeiten von den direkten Verhandlungspartnern mit ihrer z.T. ausgeprägten Rolle als Interessensvertretung auf einen kleineren und stärker an Sachfragen und Pragmatismus orientierten Personenkreis übertragen werden. Dadurch sollte auch die oft mit der Interessensvertretung verbundene, etwas einseitige Sichtweise gemildert werden. Dass eine solche Quasi-Auslagerung der Verhandlungen aber auch keine Garantie für Gelingen ist, zeigen die langwierigen Verhandlungen um eine TARMED-Revision in der Schweiz.

Kroneman (o.J.) berichtet, dass international bis zur Hälfte der ärztlichen Entlohnung nicht für ihre Arbeitszeit, sondern für die Abdeckung von Sachausgaben anfällt. Österreich hielt längere Zeit mit seiner wenig strukturierten Form der **Abdeckung von Sachausgaben** nicht mit den sachorientierten Methodiken wie in Deutschland und der Schweiz mit. Zumindest bei ausgabenintensiveren Leistungen sind inzwischen jedoch Kalkulationen üblich geworden. In jenen Ländern, wo hierfür klare Berechnungsregeln angewandt werden, gelten sie i.d.R. in mehreren Behandlungssettings, bzw. wenden innerhalb desselben Rahmens auf die einzelnen Behandlungssettings abgestimmte Entgeltsätze an.

Worauf basiert die Berechnung der ärztlichen Honorarstruktur? Hierzu gibt der verwendete Fragebogen vier mögliche Kategorien vor: Kostenrechnung, aufgewandte Arbeitszeit, historische Beträge, oder reine Verhandlungssache. Gerade den beiden Bereichen, die eine sachliche Fundierung für die Tarifhöhe bieten (Kostenrechnung, Arbeitszeit) wird in Österreich weniger Bedeutung als in den relevantesten Vergleichsländern beigemessen, während historische Summen und Verhandlungsmacht hierzulande die dominierenden Einflüsse zu sein scheinen. In Deutschland und der Schweiz beispielsweise spielen diese Aspekte zwar auch bedeutend mit, aber eben neben Arbeitszeit und sonstiger Kostenrechnung. Österreich ist offenbar das einzige *etablierte Sozialversicherungsland*, in dem die aufgewandte Arbeitszeit kaum maßgeblich für die ärztliche Tarifhöhe ist. Dies fällt insbesondere deshalb auf, da beide deutschsprachigen Nachbarländer hier bereits sehr formalisierte Systeme einsetzen. Die österreichische Fokussierung ist zwar für ein historisch gewachsenes System verständlich, aber die resultierende Entgelthöhe und -struktur ist schwer sachlich zu rechtfertigen: Weder basiert sie auf einer soliden Kostenrechnung, noch auf einer Ausrichtung an gesundheitspolitischen Zielen oder Anreizwirkungen.

Im Hinblick auf die regelmäßige **Anpassung bestehender Tarife** bestätigt sich das Bild, das bereits aus den Bestimmungsgründen für die grundsätzliche Tarifbestimmung gewonnen wurde. Dass das zu erwartende Budget zu berücksichtigen ist, entspricht dem gesetzlichen Auftrag der Krankenversicherungsträger. Dieses Budget entwickelt sich jedoch, zumindest teilweise, im Gleichklang mit der Lohnentwicklung, insofern wäre nicht nur von Kostenseite, sondern auch einnahmenseitig eine gewisse Indexbindung bei Tarifanpassungen

gesamtwirtschaftlich begründbar. Einer solchen Bindung wird in Österreich jedoch weniger Gewicht zugesprochen als in Deutschland und der Schweiz. Auch wird die Tarifierpassung kaum genutzt, um gesundheitspolitische Zielsetzungen zu unterstützen. Tarifierpassungen in Österreich dienen offenbar in stärkerem Maße der Einkommensverteilung zwischen den medizinischen Fächern. Damit erscheint die Tarifiersetzung in Österreich im Vergleich zu anderen Sozialversicherungsländern stärker standespolitisch und weniger gesundheitspolitisch motiviert als in anderen *traditionellen Sozialversicherungsländern*. Erst in jüngerer Zeit werden punktuell Regelungen stärker an z.B. epidemiologischen Kennzahlen ausgerichtet, wie im Rahmen des österreichweit einheitlich geregelten Brustkrebsscreenings. Das Motiv der Einkommensverteilung zwischen den medizinischen Fächern findet sich zwar auch im deutschen Ergebnis wieder, dort ist diese Verteilung aber im Prozedere der Honorarverteilung explizit gesetzlich eingebunden und liegt in den Händen der ärztlichen Vereinigungen, die zudem ja auch in den Versorgungsauftrag eingebunden sind - im Gegensatz zur österreichischen Situation.

Im Vergleich der Tarife einzelner Krankenversicherungen in Österreich kommen somit der relative „Reichtum“ der Krankenversicherungen und wohl auch das Verhandlungsgeschick der verhandelnden Parteien zum Ausdruck. Der relative Reichtum ist jedoch nur sehr bedingt von den Versicherungen zu beeinflussen, da hier auch Faktoren wie Morbidität, Altersstruktur, oder Zuordnung der Versicherten nach Erwerbsstatus auf Einkommens- wie auf Ausgabenseite eine Rolle spielen (Einige derartige Unterschiede fassen aktuell Cypionka et al. (2017, Kapitel 3) zusammen, die in diesem Zusammenhang das Fehlen eines systematischen Risikostrukturausgleichs zwischen allen Trägern der sozialen Krankenversicherung kritisieren). Die aus diesen und weiteren Ursachen resultierenden Unterschiede in den Behandlungsausgaben wurden bisher nicht systematisch in den Tarifverhandlungen berücksichtigt<sup>60</sup> und können es auch noch nicht sein. Schließlich fehlt derzeit noch eine solide und vergleichbare Kostenrechnung im niedergelassenen Bereich, die zudem von beiden Seiten (Sozialversicherung, ÄrztInnen) als ausreichend vertrauenswürdig angesehen wird, um dann darauf die zukünftigen Kosten- und Tarifierkalkulationen aufbauen zu können. Der gesetzliche Hintergrund (§342 (2a) ASVG) regelt für die Vereinbarung der Honorarordnungen eine dreifache Zielsetzung: eine qualitativ hochwertige Versorgung, eine nachhaltig ausgeglichene Gebarung des Trägers der Krankenversicherung und eine angemessene Honorarentwicklung, und gibt den Gesamtvertragspartnern hierfür vor, insbesondere wirtschaftliche Kriterien, aber auch den „Stand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie die Auswirkungen der demographischen Entwicklung und der Veränderungen der Morbidität“ zu berücksichtigen. Darüber hinausgehende Zielsetzungen wie die Erreichung gesundheitspolitischer Ziele werden nicht explizit erwähnt.

---

<sup>60</sup> Diese Unterschiede werden auch nicht systematisch im Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen berücksichtigt. Wäre dies der Fall, würde die Grundlage für eine Quersubventionierung zwischen „reicheren“ und „ärmeren“ Kassen teilweise wegfallen.

Die Fragebogenergebnisse bezüglich der Leistungskataloge sind leider lückenhaft, sodass hier auch auf Ergebnisse aus einem bereits älteren EU-Projekt Bezug genommen wird. Dieses Projekt konstatierte, dass **Leistungskataloge** mit der Zeit expliziter werden und eine steigende Zahl einzelner Leistungen explizit von der Abdeckung durch die öffentliche Krankenversorgung ausnehmen. Daher gewinnt Transparenz über das Prozedere allfälliger Ausschlüsse sowie über die angewandten Kriterien an Bedeutung. Während jedoch viele der in der älteren Befragung berücksichtigten Staaten mangelnde Effizienz oder Effektivität als wesentliche Ausschlussgründe nannten, blieben sie meistens Belege für eine einheitliche, konkrete, rationale Vorgehensweise hierfür schuldig. (Schreyögg et al. 2005)

Inzwischen wenden einzelne Länder regelmäßig formalisierte Verfahren an, um Evidenzbasierung im Leistungskatalog zu erreichen oder zu verbessern. So ist in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben, dass der EBM regelmäßig hinsichtlich seiner Aktualität auf Anpassungsbedarf überprüft wird. Das englische NICE liefert regelmäßige Bewertungen, die in die Entscheidungsfindung bezüglich der öffentlichen Kostenübernahme einfließen, und auch die französische HAS legt vor Aufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog ihre Einschätzung vor.

In diesem Feld gehört Österreich noch zur Mehrheit jener Länder, in denen eine umfassende und regelmäßige Bewertung der aus öffentlichen Geldern finanzierten ambulanten Leistungen nicht stattfindet. Um hier methodisch aufzuschließen zu können, müssten jedoch wesentliche Voraussetzung erst geschaffen werden. Hierzu zählt jedenfalls die bereits oben angesprochene Kostenrechnung. Um einer so zu schaffenden Kostenrechnungsbasis eine Nutzenrechnung gegenüber stellen zu können, wäre wohl auch eine verbesserte Diagnosedokumentation sinnvoll, die auch mit den für den stationären Bereich vorliegenden Informationen kompatibel sein sollte.

Erfahrungsgemäß werden Berechnungen, die mehrheitlich im Bereich nur einer der beiden Vertragsseiten (Sozialversicherung, ÄrztInnen) entstehen, auf der jeweils anderen Seite oft angezweifelt. Die internationalen Beispiele zeigen, dass die systematische Nutzenbewertung – zum Teil im Verein mit Qualitätssicherung – dies mit der Verortung der Zuständigkeit hierfür berücksichtigt. Die Zuständigkeit ist an eine unabhängige dritte Stelle ausgelagert (wie beim englischen NICE und der französischen HAS) oder einem Gremium zugeteilt, das von beiden Stakeholdern paritätisch besetzt wird (wie beim deutschen Bewertungsausschuss, der ebenfalls unabhängig agiert und für fehlende Einigkeit eine Erweiterung durch unabhängige Mitglieder vorsieht).

Auch in der österreichischen Situation erscheint es empfehlenswert, derartige Bewertungen an eine dritte Stelle auszulagern, um die beiderseitige Akzeptanz der Ergebnisse zu erleichtern. Eine unabhängige Institution, die dem Gesundheitsministerium verantwortlich ist

und auch von diesem finanziert<sup>61</sup> wird, erscheint insofern als sinnvoll, als damit in zweifacher Hinsicht relative Äquidistanz zu den Stakeholdern gewahrt wird, nämlich erstens zwischen intra- und extramuraler Versorgung sowie zweitens zwischen Leistungserbringungs- und Finanzierungsseite.

Eines der kardinalen Probleme im österreichischen Gesundheitswesen ist die Trennung zwischen intra- und extramuralem Bereich bezüglich Verantwortlichkeiten und Finanzierung. Um diese Trennung nicht zu perpetuieren, sollten Kosten- und Nutzenberechnungen so ausgestaltet sein, dass beide Bereiche sowohl getrennt als auch zusammengeführt analysiert werden können. Eine solche Vorgangsweise – wenn auch herausfordernd in der Umsetzung – hätte mehrere Vorteile:

- Verbesserte Transparenz darüber, in welchen Bereichen Verschiebungen von Aufgaben über diese Grenze hinweg zu nennenswerten Verschiebungen in der Finanzierungslast führen (oder eben nicht), und damit Beitrag zum Abbau der Hemmnisse der integrierten Versorgung.
- Größere<sup>62</sup> Kompatibilität mit internationalen Evaluationsergebnissen, die ebenfalls nicht von einer solchen Trennung in der Finanzierung ausgehen. Solche Kompatibilität ist insofern wünschenswert, als mit steigender Kompatibilität der Aufwand beim Übertragen internationaler Ergebnisse auf die österreichische Situation sinkt, und somit schneller und kostengünstiger eine Evidenzbasierung für Finanzierungsentscheidungen erzielbar ist.

---

<sup>61</sup> International gibt es teils staatliche Finanzierung, teils Finanzierung aus Krankenversicherungsmitteln. Als Signal für die Unabhängigkeit erscheint uns in Österreich eine staatliche Finanzierung sinnvoll aber nicht zwingend. Außerdem ist dadurch gewährleistet, dass diese Leistung für alle und nicht nur ausgewählte soziale Krankenversicherungen erbracht und relevant ist.

<sup>62</sup> Vollständige Kompatibilität erscheint illusorisch, da jeweils nationale Rahmenbedingungen und Besonderheiten die Ergebnisse beeinflussen können.

## 5. Literaturverzeichnis

- Blaauw JH (2016) Primary Care in the Netherlands: „Exit the lonely doctor“. Vortrag anlässlich der Vienna Healthcare Lectures, September 2016.
- Boyle S (2011) England: Health system review. *Health Systems in Transition* 13(1): 1-486.
- BVDN Niedersachsen (2016) Jahrestagung des BVDN Niedersachsen 2016 (Foliensatz).
- Chevreur K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. (2015) France: Health system review. *Health Systems in Transition* 17(3): 1–218.
- Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. (2015) United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition* 17(5): 1–125.
- Czypionka T, Riedel M, Röhrling G, Lappöhn S, Six E (2017) Zukunft der Sozialen Krankenversicherung. Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich. IHS-Projektbericht, Wien.
- De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. (2015) Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition* 17(4):1–288.
- Eidgenössische Finanzkontrolle EFK (2010) Tarmed - der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen. Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes.
- Feldstein PJ (1996) The politics of health legislation. An economic perspective. 2<sup>nd</sup> ed., Health Administration Press.
- FMH (2016) FMH Ärztestatistik 2016. Zahlen, Fakten. [[http://www.fmh.ch/files/pdf18/Poster\\_FMH-rztestatistik\\_2016.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf18/Poster_FMH-rztestatistik_2016.pdf), letzter Zugriff 16. Mai 2017].
- Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. (2011) Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition*; 13(5):1–266.
- Gardiner L, Everard K (2016) Primary medical care – new workload formula for allocations to CCG areas. NHS England Analytical Services (Finance), April 2016.
- Gerkens S, Merkur S. (2010) Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(5):1–266.

Greß S (2015) Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung. Gutachterliche Stellungnahme für den GKV-Spitzenverband. Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Gesundheit und Pflege, Hochschule Fulda.

Greß S (2016) Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung

Groenewegen et al. (2015) Primary care practice composition in 34 countries, Health Policy 119, 176-183.

Gyger P, Moser M (2016) Tarmed – Die Akteure haben sich verrannt. Neue Zürcher Zeitung, [<https://www.nzz.ch/meinung/kommentare/tarmed-die-akteure-haben-sich-verrannt-id.124757>, Zugriff am 28.10.2016].

Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2017) Vertragsärztinnen und –ärzte in Österreich, Bestandsaufnahme und Analyse. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Jung R (2016) Anteil pauschaler Vergütung in der Allgemeinmedizin. Ist es korrekt, von einem Einzelleistungssystem zu sprechen? Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016) Honorarbericht für das zweite Quartal 2012, Zahlen und Fakten. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Berlin.

Klose J, Rehbein I (2016) Ärzteatlas 2016. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) im AOK-Bundesverband GbR, Berlin.

Kroneman M (o.J.) Paying General Practitioners in Europe. NIVEL – Netherlands Institute for Health Services Research.

Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E (2013) Estonia: health system review. Health Systems in Transition; 15(6):1–196.

Mitenbergs U, Taube M, Misins J, Mikitis E, Martinsons A, Rurane A, Quentin W. (2012) Latvia: Health system review. Health Systems in Transition, 14(8): 1 – 191

National Health Service – Latvia (2016) News No. 22.

NHS England (2014) Review of PMS contracts. February.

NHS England (2015) Standard General Medical Services Contract 2015/16.

NHS England (2016) Implementing Personal Medical Services (PMS) Reviews. Publications Gateway Reference 05277. May 16.

Ono T, Lafortune G, Schoenstein M (2013) Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries, OECD Health Working Papers No. 62, OECD Publishing, Paris. [<http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>]

OECD (2016) OECD Reviews of Health Systems: Latvia 2016, OECD Publishing, Paris. [<http://dx.doi.org/10.1787/9789264262782-en>, Zugriff am 22.02.2017].

Schreyögg J et al. (2004) Defining the „Health Benefit Basket“ in nine European countries, European Journal of Health Economics (Suppl. 1) 6, 2-10.

Schweizerische Eidgenossenschaft (2013) Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung. Inhalt und Kommentar. Herausgegeben vom Eidgenössischen Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung. Bern.

Sheaff R, Chambers N, Charles N, Exworthy M, Mahon A, Byng R, Mannion R (2013) How managed a market? Modes of commissioning in England and Germany. BMC Health Services Research, 13(Suppl. 1):S8

## 6. Tabellenanhang: Ausgewählte Fragebogenergebnisse

Tabelle 16: Geltungsbereich und Teilnahmebedingungen

	Teilnehmende Bevölkerung in % aller EW	Teilnahmebedingung für Bevöl.	Teilnahme von GPs an Versicherung in % aller GPs	Teilnahmebedingung für GPs
AT	98%	Versicherte		Vertrag; sonst übernimmt Versicherung nur Kostenanteil
BE	99%	Versicherte	100%	Mitglieder der verhandelnden Organisation
CH	87% Arztwahl/FFS, 13% MC mit Kopfpauschale	EW (national)	FFS: Im Prinzip 100% (wenn nicht MC gewählt)	FFS: Approbierte GPs und FachärztInnen, MC nach freiw. Beitritt
DE	90%	Versicherte	Nahe 100 %	Mitglieder der verhandelnden Organisation
FR	100%	EW (national)	> 99%	Vertrag zw. Krankenkasse und Gewerkschaft
CZ	100%	Versicherte	99%	Vertrag
EE	95%	Versicherte		Approbierte GPs
LV	100%	StaatsbürgerInnen u rechtmäßige EW		Approbierte GPs
LT	100%	Versicherte		Bei PHC Centern wird der Vertrag direkt mit diesen geschlossen, nicht mit einzelnen GPs
PL	89%	Versicherte		Erfüllung vertragl. und gesetzl. Bedingungen
HU	98%	Versicherte	100%	Vertrag mit NHIFA (nationale Krankenversicherung)
IT	90%	EW (national)		Alle GPs der Region

Quelle: IHS.

Tabelle 17: Geltungsbereich nach Versorgungssettings

	Solo-Praxen	Gruppen-Praxen	PHC-Centers	Ambulatorien	Spitals-Ambulanzen
AT	ja	größtenteils ja	--	--	--
BE	ja	ja	ja	--	--
CH	ja	ja	ja	ja	ja
DE	ja	ja	ja	--	nur in den Ausnahmefällen, in denen sie dazu ermächtigt sind
FR	ja	ja	ja	FFS: ja Grundpauschalen: nein P4P: nein	FFS: ja Grundpauschalen: nein P4P: nein
CZ	ja	ja	ja	ja	ja
EE	ja	ja	ja	--	--
LV	ja	--	ja	ja	ja
LT	ja	ja	ja	ja	ja
PL	ja	ja	ja	ja	--
HU	ja	--	--	ja	--
IT	ja	ja	ja	ja	--

Quelle: IHS.

Tabelle 18: Weitere Fragebogenangaben zum Modus der Tarifberechnung

Land	Weitere Angaben
AT	Verhandlung
BE	k.A.
CH	Tarmed: k.A. MC: k.A., es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass verschiedene Anbieter dies unterschiedlich handhaben
DE	Standardbewertungssystem (StaBS): auf Vollkostenbasis mittels einer Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung; getrennt in Vergütung ärztlicher Leistungen (Minutenbasis) und technische Leistungen (Praxiskosten, Praxisbedarf). Quelle: verschiedene Kostenerhebungen (z. B. Kostenstrukturhebung des Statistischen Bundesamts). Manche Leistungen können normativ festgelegt werden.
FR	Bewertung der (ärztl.) Arbeitszeit hinsichtlich Stress, Schwierigkeit etc., Entgelt für Sachkosten gemäß tatsächlichem Aufwand. Ziel ist neutrale Kostendeckung ohne spezielle finanzielle Incentives.
CZ	<a href="http://www.mzcr.cz/dokumenty/kalkulacni-vzorec-pro-vypocet-bodove-hodnoty-vykonu-v-seznamu-zdravotnich-vykonu_11252_998_3.html">http://www.mzcr.cz/dokumenty/kalkulacni-vzorec-pro-vypocet-bodove-hodnoty-vykonu-v-seznamu-zdravotnich-vykonu_11252_998_3.html</a>
EE	ABC-Costing, Krankenhausrechnungen u.a.
LV	Berechnungsregeln gemäß Kabinettsverordnung
LT	Nationaler Krankenversicherungsfonds berechnet Normkosten für PatientInnengruppen basierend auf Angaben der LeistungserbringerInnen
PL	k.A.
HU	Siehe Berechnung der Kopfpauschalen sowie der Zuschläge
IT	Siehe Berechnung der Kopfpauschalen und <a href="http://www.sisac.info/antepriamaNewsHome.do?idArea=201011221610481056&amp;idNews=201012212148298322">http://www.sisac.info/antepriamaNewsHome.do?idArea=201011221610481056&amp;idNews=201012212148298322</a>

Quelle: IHS.

---

Autorin: Monika Riedel

Titel: Festlegung von Kassentarifen

Projektbericht/Research Report

© 2017 Institut für Höhere Studien (IHS), Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>

---