

Projektbericht
Research Report

Bezahlungssysteme in der Primärversorgung

Thomas Czypionka
Markus Kraus
Frank Kronemann



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES

Vienna

**Projektbericht
Research Report**

Bezahlungssysteme in der Primärversorgung

**Thomas Czypionka
Markus Kraus
Frank Kronemann**

Endbericht

**Studie im Auftrag von Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger**

Februar 2015

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

Kontakt:

Dr. Thomas Cypionka

☎: +43/1/599 91-127

E-mail: thomas.cypionka@ihs.ac.at

Bemerkungen

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht, auch wenn sie sich auf Männer und Frauen gleichermaßen beziehen.

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Literaturrecherche	2
3. Länderbeispiele	3
3.1. Dänemark.....	3
3.1.1. Einleitung.....	3
3.1.2. Vergütungssystem von Hausärzten.....	3
3.1.3. Pilotprojekt: Zusatzvergütung zur Versorgung chronisch kranker Personen.....	4
3.2. Deutschland.....	5
3.2.1. Einleitung.....	5
3.2.2. Vergütung von Hausärzten.....	5
3.2.3. Hausarztzentrierte Versorgung.....	6
3.2.4. Vorzeigemodell: Ärztenetzwerk.....	11
3.3. Finnland.....	18
3.3.1. Einleitung.....	18
3.3.2. Vergütungssystem von Hausärzten.....	18
3.4. Frankreich.....	21
3.4.1. Einleitung.....	21
3.4.2. Vergütungssystem von Hausärzten.....	21
3.4.3. Bestrebung: Einführung eines <i>gate-keeping</i> Systems.....	23
3.4.4. Projekt: Neues Vergütungssystem auf Basis von <i>pay-for-performance</i>	23
3.5. Niederlande.....	24
3.5.1. Einleitung.....	24
3.5.2. Vergütungssystem von Hausärzten.....	24
3.5.3. Ausblick.....	27
3.6. Schweden.....	28
3.6.1. Einleitung.....	28
3.6.2. Vergütungssystem von Hausärzten.....	29
3.6.3. Systemumstellung: Neues System zur Berechnung der Kopfpauschalen.....	29
3.7. Belgien.....	31
4. Interne Organisations- und Finanzierungsstruktur von Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland	34
4.1. Einleitung.....	34
4.2. Vorgehensweise.....	36
4.3. Rechtsformen von MVZ.....	38

4.4.	Verteilung der Kosten und Gewinne.....	39
4.5.	Dienstrechtliche Formen und Verdienste von Ärzten	40
4.5.1.	MVZ1 – Gesellschaft bürgerlichen Rechts	42
4.5.2.	MVZ2 – Gesellschaft bürgerlichen Rechts	45
4.5.3.	MVZ3 – Gesellschaft mit beschränkter Haftung	46
4.5.4.	MVZ4 – Gesellschaft mit beschränkter Haftung	47
4.5.5.	MVZ5 (= 2 MVZ) – Gesellschaft mit beschränkter Haftung	47
4.5.6.	MVZ6 (= 3 MVZ) – gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung.....	48
4.5.7.	MVZ7 – Gesellschaft mit beschränkter Haftung	49
4.6.	Dienstrechtliche Formen und Verdienste von medizinischem Personal	50
4.7.	Abrechnung der erbrachten Leistungen mit dem KV	51
4.8.	Erkenntnisse	52
5.	Analyse und Empfehlungen	54
5.1.	Analyse	54
5.2.	Empfehlungen	55
5.3.	Verteilung der Vergütung.....	58
5.4.	Gesundheitspolitische Betrachtungen.....	58
6.	Literaturverzeichnis	61
7.	Appendix	65
7.1.	Befragte Experten nach Länder	65
7.2.	Fragebogen und Interviewleitfaden für MVZ in Deutschland	67

Tabellen

Tabelle 1: Exemplarische Vergütungen aus Verträgen über die hausarztzentrierte Versorgung	7
Tabelle 2: Vergütungsempfehlungen der finnischen Ärztekammer für Ärzte	20
Tabelle 3: Auszug aus Tarifikatalog	22
Tabelle 4: Tarife für Hausärzte	25
Tabelle 5: Verteilung von Kosten und Gewinnen in befragten MVZ	40
Tabelle 6: Monatsentgelte bei einer Wochenarbeitszeit von 42 Stunden für TV-Ärzte an Universitätskliniken, gültig ab 1. März 2014, in EUR	43
Tabelle 7: Monatsentgelte bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden für TV-Ärzte an Krankenhäusern, gültig ab 1. Jänner 2014, in EUR	46
Tabelle 8: Gehälter für medizinische Fachangestellte	51

Abbildungen

Abbildung 1: <i>Bundled payments</i> in den Niederlanden	26
Abbildung 2: Durchschnittliche Arbeitsgröße (Ärzte/MVZ)	35
Abbildung 3: Anzahl MVZ im Zeitverlauf	36
Abbildung 4: Ausgewählte Rechtsformen bei MVZ	39
Abbildung 5: Art der ärztlichen Berufsausübung (Gesamtentwicklung)	41
Abbildung 6: Häufigste IGe-Leistungen in Prozent	44

1. Einleitung

Das Ziel dieser Studie ist es, unterschiedliche Bezahlungssysteme von Primärversorgungseinheiten darzustellen. Die Idee und die Struktur des Primärversorgungskonzepts werden in diesem Bericht nicht dargestellt sondern als bekannt vorausgesetzt, sie folgt zielgemäß den Beschreibungen des Papiers der Arbeitsgruppe in der Gesundheitsreform. Eine umfassende Beschreibung des Primärversorgungskonzepts an sich findet sich in Cypionka und Ulinski (2014). Kern des Auftrags ist eine rasche Analyse, wie Primärversorgungseinheiten, die in Österreich im Zuge der Gesundheitsreform 2013 geplant werden und zunächst pilothaft in Projekten realisiert werden sollen, vergütet werden können.

Ein weiteres Ziel dieser Studie war es, die interne Organisations- und Finanzierungsstrukturen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) in Deutschland zu analysieren. Diese Analyse ist losgelöst von Länderländerbeispiel Deutschland (vgl. Abschnitt 3.2) in Abschnitt 4 dargestellt.

Die vorliegende Studie gliedert sich wie folgt: in Abschnitt 2 wird das Vorgehen bei der Literaturrecherche beschrieben, in Abschnitt 3 werden die Vergütungssysteme von Hausärzten in ausgewählten Ländern näher beschrieben, in Abschnitt 4 wird die interne Organisations- und Finanzierungsstruktur von MVZs dargestellt, in Abschnitt 5 werden die gewonnenen Erkenntnisse analysiert.

2. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche fand im Rahmen dieses Projektes in einem schrittweisen Prozess statt:

- Im **ersten Schritt** wurde die vom Auftraggeber zur Verfügung gestellte Literatur gesichtet.
- Im **zweiten Schritt** wurde eine vertiefende Literaturrecherche zum Kern des Projektes, den exakten Vergütungsmechanismen von Primärversorgungseinheiten, durchgeführt. Um detaillierte Informationen und *best-practice* Beispiele zu Vergütungsmechanismen zu eruieren, wurden verschiedene Datenbanken nach Artikel aus wissenschaftlichen Journalen sowie das Internet nach Berichte von wissenschaftlichen Instituten und Pressemitteilungen durchsucht und eine Vielzahl von Internetseiten von Primärversorgungszentren gesichtet.

Die verwendeten Datenbanken waren neben dem konventionellen österreichischen Bibliothekenverbund vorwiegend Datenbanken internationaler Journals, wie z. B.:

- Pubmed
- Jstor
- SciVerse
- ScienceDirect

Mit Hilfe der oben beschriebenen Literaturrecherche reichte zur Beantwortung der spezifischen Fragestellung dieses Projektes nicht aus. Es konnten zwar basale Informationen zu Vergütungsmechanismen von Primärversorgungseinheiten gewonnen werden, detaillierte Informationen ließen sich heraus jedoch nicht ableiten.

In einem **dritten Schritt** wurden deshalb

- Experten zur Primärversorgung an Universitäten, wissenschaftlichen Forschungsinstituten, Ministerien,
- Ansprechpartner von innovativen Primärversorgungskonzepten sowie
- sich für das Gesundheitssystem verantwortlich zeigende Behörden in Bundesländern, Provinzen und Landkreisen

in folgenden Ländern befragt: Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, die Niederlande, Norwegen, Schweden. Eine Liste sämtlicher befragten Experten/Institutionen/etc... befindet sich im Appendix unter Abschnitt 7.1.

3. Länderbeispiele

3.1. Dänemark

3.1.1. Einleitung

Das dänische Primärversorgungsmodell hat einen starken *gate-keeping* Charakter und ähnelt insofern dem Modell der Niederlande. Der Großteil der Bevölkerung ist über lange Zeit bei einem festen Hausarzt eingeschrieben, welcher für den Erstkontakt und damit für nicht-akute Gesundheitsprobleme aus allen Spezialgebieten zuständig ist. Die Rolle des *gate-keepers*, das Leistungsspektrum/Behandlungsspektrum und die Rolle des Hausarztes in der Primärversorgung, sind im Vergleich zu anderen europäischen Ländern stärker ausgeprägt.

3.1.2. Vergütungssystem von Hausärzte

Nahezu alle dänischen Hausärzte sind selbstständige Fachkräfte, die vertraglich mit der jeweiligen Gemeinde zusammenarbeiten und Ihre Dienstleistungen aus eigenen Praxen anbieten, bzw. in seltenen Fällen auch Räume von öffentlich-betriebenen Kliniken anmieten. Das Einkommen der Hausärzte besteht aus folgenden zwei Komponenten:

- **Einzelleistungsvergütungen** (*fee-for-service*)
- **Kopfpauschalen** (*capitation*)

Die Tarife der Einzelleistungsvergütungen, die ca. 70% des Einkommens ausmachen, werden regional angepasst und zwischen der jeweiligen Region und dem dänischen Hausärzteverband ausgehandelt¹. In Einzelfällen kommt es auch dazu, dass, neben den regionalen Tarifen, Zusatzverträge mit Hausärzten abgeschlossen werden. Der Tarifkatalog beinhaltet nicht alle hausärztlichen Dienstleistungen, jedoch machen die sonstigen Gebühren der Hausärzte nur einen marginalen Teil des Einkommens aus (z.B. manche Impfungen, Gesundheitszertifikat für den Führerschein, andere Zertifikate). Das kombinierte System aus Einzelleistungsvergütung und Kopfpauschale ist historisch gesehen immer schon das relevante Vergütungssystem in Dänemark und hat sich über die letzten 100 Jahre weiterentwickelt. Die Regionen versuchen seit jeher, Anreize für die Hausärzte zu entwickeln die Patienten selber zu behandeln, anstatt an einen Facharzt oder ins Krankenhaus zu überweisen. Nachdem nicht alle Dienstleistungen im Tarifkatalog enthalten sind und dem Fall eines Überangebots von unnötigen Dienstleistungen entgegengewirkt werden soll, ist

¹ Die Region verhandelt ebenso die Einzelleistungsvergütungen für Physiotherapeuten, Psychologen, Chiropraktikern und Zahnärzte. In diesen Vereinbarungen ist keine Kopfpauschale enthalten.

die Kopfpauschale für den wirtschaftlichen Ausgleich und ein hinlängliches Einkommen gedacht. Seit 1987 besteht die Stärkung der Einzelleistungsvergütung und seit diesem Zeitpunkt ist die Anzahl an Überweisungen zu anderen Fachkräften stetig zurückgegangen. Ein Kritikpunkt besteht in dem Fehlen einer Kostenkontrolle. Im Krankenhaussektor können budgetäre Mittel adjustiert werden, wohingegen keine Möglichkeit für die Regionen besteht Umsatzerlöse von Hausärzten zu kontrollieren. Sobald der Umsatz eines Hausarztes den durchschnittlichen Hausarzt-Umsatz um einen gewissen Prozentsatz überschreitet, kann der Hausarzt auf diese Umstand hingewiesen werden bzw. diese Gegebenheit zwischen Vertretern der Region und Vertretern des Hausärzterverbandes erörtert werden. Möglichkeiten zur Einflussnahme auf Produktivität des Hausarztes oder auf Rückzahlungen bestehen nicht. Da Hausärzte 90% ihrer Patienten selbst behandeln ohne sie in ein Krankenhaus zu überweisen, würde ein Verringern des finanziellen Anreizes Patienten selbst zu behandeln, zu einer ungewollten Verschiebung in Richtung stationären Sektor führen. (Olejczak et al. 2012, OECD 2013)

Die Hausärzte haben unterstützendes Personal angestellt, wie zum Beispiel Krankenpflegefachkräfte, Labortechniker oder Sekretäre. Die Höhe des Gehalts wird in Abstimmung mit der jeweiligen Region festgesetzt. Es ist ein erklärtes Ziel der öffentlichen Hand Hausärzte zu ermuntern zusätzliches Hilfspersonal einzustellen, damit die grundlegenden ärztlichen Agenden nicht in den Hintergrund geraten.

3.1.3. Pilotprojekt: Zusatzvergütung zur Versorgung chronisch kranker Personen

In Dänemark wurde mit der Gesundheitsreform 2007 ein Pilotprojekt gestartet, das einen finanziellen Anreiz für die Koordination von Patienten mit Diabetes schaffen soll. Hausärzte die an diesem Programm teilnehmen erhalten eine jährliche Kopfpauschale von 156 EUR pro chronisch erkrankter Person im Voraus, anstatt der sonst üblichen Einzelleistungsvergütung in Höhe von 17 EUR pro Konsultation. Die Teilnahme an diesem Projekt war freiwillig. Sie war einzig an die Bedingungen geknüpft, ein bestimmtes Datenerfassungssystem zu installieren und sich an die Richtlinien der Dänischen Hochschule für Allgemeinmedizin (*Dansk Selskab for Almen Medicin*) zu halten. Da das Projekt immer noch nicht abgeschlossen ist, gibt es noch keine Evaluierung. Zusätzlich gibt es Bestrebungen erweiterte Betreuung für chronisch erkrankte Personen mittels Telefon- bzw. E-Mail-Konsultation anzubieten. Gesundheitszentren die diese Art von Konsultation anbieten, erhalten ebenfalls eine Zusatzvergütung. (Hernández-Quevedo 2013)

3.2. Deutschland

3.2.1. Einleitung

Eine Primärversorgung im klassischen Sinn mit einem Hausarzt als *gate-keeper* existiert in Deutschland nicht. Die ambulante Gesundheitsversorgung liegt überwiegend in den Händen von privat-gewinnorientierten Leistungsanbietern, zu denen Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Physiotherapeuten, etc... zählen. Die Mehrheit der Ärzte ist in Einzelpraxen tätig (Busse und Riesberg 2005). Zunehmend werden auch Medizinische Versorgungszentren ein Teil der ambulanten Gesundheitsversorgung. Eine umfassende Darstellung dazu findet sich in Cypionka et al. 2012.

Da, wie bereits oben erwähnt, Deutschland über kein *gate-keeping* System verfügt, haben die GKV-Versicherten freie Wahl unter den als Vertragsarzt zugelassenen niedergelassenen Ärzten. Zwar sind gemäß Sozialgesetzbuch (§ 76 SGB V) die GKV-Versicherten aufgefordert, einen Hausarzt zu wählen, welchen sie innerhalb des Abrechnungsquartals nicht wechseln sollen, aber die Einhaltung der Regelungen wird nicht kontrolliert. (Busse und Riesberg 2005)

3.2.2. Vergütung von Hausärzten

Die deutschen Hausärzte werden über den kostenrechnungsbasierten EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) remuneriert. Eine detaillierte Beschreibung der Funktionsweise des EBM findet sich in Cypionka et al. (2010). Der Vorteil besteht in der anreizkompatibleren Ausgestaltungsmöglichkeit, da Honorar und Kosten in ein entsprechendes Verhältnis gesetzt werden können. Die Tendenz im EBM geht zu einer stärkeren Pauschalierung von Leistungen.

Hierzu leisten die gesetzlichen Krankenversicherungen jedoch keine direkten Zahlungen an die einzelnen Vertragsärzte. Vielmehr zahlen sie eine sogenannte Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen², welchen alle Vertragsärzte eines Bundeslandes als Mitglieder angehören. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen diese Gesamtvergütung auf Basis eines Honorarverteilungsmaßstabs an die an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte.

² Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind deckungsgleich mit den Bundesländern, lediglich das Bundesland Nordrhein-Westfalen ist in zwei Kassenärztliche Vereinigungen unterteilt.

3.2.3. Hausarztzentrierte Versorgung

Seit einer Gesetzesnovelle im Jahr 2007 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten.

Die Teilnahme für die Versicherten ist jedoch freiwillig. Wenn sie daran teilnehmen, müssen sie sich aber verpflichten, einen Arzt aus dem Kreis der mit ihrer Kasse kontrahierenden Hausärzte zu wählen und Fachärzte nur auf dessen Überweisung hin aufzusuchen (Ausnahme: Augenärzte und Gynäkologen). Die Kassen haben die Möglichkeit in ihren Satzungen unter anderem zu regeln, ob und welche Anreize bzw. Vergünstigungen den an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten gewährt werden.

Wie für die Versicherten ist auch für die Vertragsärzte (beschränkt auf Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten) die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig. Die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte müssen bestimmte Bedingungen erfüllen: Hierzu zählt z.B. die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln und an speziellen Fortbildungskursen für Hausärzte, die Orientierung an anerkannten Konzepten zum Qualitätsmanagement sowie die Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien.

Die Vergütung für die zusätzlichen im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung verrichteten Tätigkeiten wird in Selektivverträgen (gemäß hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V) der Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung für Vertragsärzte geregelt. Das GKV-Finanzierungsgesetz vom 20. Dezember 2010 hat festgelegt, dass in nach dem 22. September 2010 zustande gekommenen Verträgen die Höhe der Vergütung sich am Grundsatz der Beitragssatzstabilität orientieren soll und die durchschnittlichen Fallwerte in entsprechenden Verträgen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nicht überschreiten sollen. Ferner sind diese Verträge der für die Krankenkasse zuständigen Aufsicht vorzulegen.

Die in diesen Selektivverträgen festgesetzten Vergütungen/Tarife für die Zusatzleistungen variieren sehr stark zwischen den einzelnen Krankenkassen. In Tabelle 1 sind exemplarische Vergütungen aus Verträgen über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V dargestellt.

Tabelle 1: Exemplarische Vergütungen aus Verträgen über die hausarztzentrierte Versorgung

Bundesland	Krankenversicherung	Art der Zusatzleistung	Tarif, EUR
Bayern	BKK	Steuerungspauschale (pro Quartalskontakt)	9,00
		Zuschlag bei Disease Management Programme Patienten	5,00
	LLL	Information, Beratung, Einschreibung	11,00
Nordrhein-Westfalen	AOK	Zusätzliche Koordinierungsleistung (pro Patient pro Quartal)	4,00
		Zuschlag bei Disease Management Programme Patienten (pro Quartal)	4,00
		Gesamt Betreuungspauschale bei Disease Management Programme (im I. und II. Quartal)	12,50
		Information, Beratung, Einschreibung Disease Management Programme	25,00
		Disease Management Programme Unterlagen (Erstellung und Versand)	10,00
		Überleitungsmanagement persönlich I	40,00
		Überleitungsmanagement persönlich II	81,00
		Überleitungsmanagement telefonisch	18,00
		Betreuung Behandlungspflege Erstverordnung	75,00
		Betreuung Behandlungspflege Folgequartal	35,00
	Fundierter Arzneimittelcheck	80,00	
	Fachübergreifender Arzneimittelcheck (240min)	160,00	
	BKK	Information, Beratung, Einschreibung	9,00
		Steuerungspauschale (pro Quartal)	9,00
		Pauschale pro Patient (pro Quartal)	4,00
Knappschaft	Medikationscheck	80,00	
	Fachübergreifender Medikationscheck	160,00	
Berlin	BIG	Prävention Früherkennung	4,15
		Prävention Hautkrebs	4,15
		Prävention Beratung kolorektal Karzinom	4,15
		Prävention Früherkennung bei Kindern	4,15
		Prävention chronische Krankheiten	4,15

	BKK	Information, Beratung, Einschreibung	11,00
		Steuerungspauschale (pro Quartalskontakt)	9,00
Hamburg	AOK	Betreuungspauschale (je Quartal)	5,00
		Zuschlag Betreuungspauschale bei Disease Management Programme (je Quartal)	5,00
		Zuschlag Betreuungspauschale bei Disease Management Programme (im I. und II. Quartal)	10,00
		Einmalzahlung Disease Management Programme-Einschreibequote von 80% (pro Jahr)	500,00
		Überleitungsmanagement I	81,00
		Überleitungsmanagement II	30,00
		Betreuung Behandlungspflege Erstverordnung	75,00
		Betreuung Behandlungspflege Folgequartal	35,00
		Fundierter Arzneimittelcheck	80,00
		Fachübergreifender Arzneimittelcheck (240min)	160,00
	Knappschaft	Pauschale pro Patient (pro Quartal)	4,00
		Medikationscheck	80,00
		Fachübergreifender Medikationscheck	160,00
Brandenburg	AOK	Für Teilnahme an HzV (pro Jahr und Versicherten)	20,00
		3 Ziele erreichen, mind. 1 mit Priorität 1	1.000,00
		4 Ziele erreichen, mind. 1 mit Priorität 1	1.500,00
		>4 Ziele erreichen, mind. 2 mit Priorität 1	2.000,00
		Medikationscheck	15,00
		Screening Früherkennung von Krankheiten (mit positiv Befund) (einmal zusätzlich im Folgequartal)	15,00
Sachsen-Anhalt	AOK	Zusätzliche Koordinierungsleistung (pro Patient pro Quartal)	20,00
		Qualitätsmanagement-Software	5,00
		Einmalzahlung ab 200 AOK Patienten	1.500,00
		Früherkennungsscreening	15,00
		Folgebehandlung nach positivem Screening	15,00

		Medikationscheck (nach AOK Liste)	15,00
IKK		Zusätzliche Koordinierungsleistung (mit Software-Nachweis, pro Patient pro Jahr)	25,00
		Zusätzliche Koordinierungsleistung (ohne Software-Nachweis, pro Patient pro Jahr)	10,00
		Einmalfinanzierung Software bis 03/14	340,00
		Einmalfinanzierung Software bis 06/14	290,00
		Einmalfinanzierung Software bis 9/14	150,00
		Ziele Stufe 1a erreicht (pro Praxisarzt, pro Jahr)	500,00
		Ziele Stufe 1b erreicht	250,00
		Ziele Stufe 2a erreicht	1.000,00
		Ziele Stufe 2b erreicht	800,00
		Ab 30 eingeschriebene IKK-Versicherte (Zahlung einmal jährlich)	300,00
		Hausbesuch	17,00
		Mitbesuch	12,50
		Medikationscheck (pro Jahr, gesonderte Verträge)	20,00
		Erweiterte Check-ups (z.B. bei Chronikern)	46,13

Quelle: IHS HealthEcon (2014), Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Besonders erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang die Erreichungsprämie, welche die AOK Brandenburg im Rahmen der Verträge zur hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V mit den Vertragspartner vereinbart.

Der Hausarzt ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise im Bereich seiner veranlassten Leistungen verpflichtet. Hierzu sind

- insbesondere bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der Krankenkasse mit pharmazeutischen Unternehmen zu verordnen bzw. grundsätzlich „aut idem“ in der Apotheke zuzulassen. Außerdem ist unter der Berücksichtigung der medizinischen Gegebenheiten die Auswahl wirtschaftlicher Arzneimittel vorzunehmen
- Heilmittel, Hilfsmittel und die häusliche Krankenpflege wirtschaftlich zu verordnen.

Die Erreichungsprämie ist an eine wirtschaftliche Verordnungsweise gekoppelt. Die Vertragsparteien bestimmen zur Erreichung der Prämie Zielquoten in mindestens neun Handlungsfeldern³. Diese Zielquoten sind innerhalb der Vertragslaufzeit (diese beträgt in der Regel in Kalenderjahr) vom Hausarzt zu erreichen. In den jeweiligen Handlungsfeldern orientieren sich die jeweils von den einzelnen Hausärzten zu erreichenden Zielquoten an der Verordnungsweise des wirtschaftlichsten Fünftels der teilnehmenden Hausärzte.

Sofern der teilnehmende Hausarzt

- drei Ziele erreicht, erhält er eine Erreichungsprämie in Höhe von 1.000 EUR pro Jahr,
- vier Ziele erreicht, erhält er eine Erreichungsprämie in Höhe von 1.500 EUR pro Jahr oder
- fünf oder mehr Ziele erreicht, erhält er eine Erreichungsprämie in Höhe von 2.000 EUR pro Jahr

ohne gesonderte Abrechnung.

³ Beispiele für Handlungsfelder:

Handlungsfeld 1: der arztbezogene Anteil der verordneten Tagesdosen an Simvastatin und Pravastatin an der Gesamtmenge der verordneten Tagesdosen der Statine und Ezetimib (inklusive Kombinationen) ist in Höhe der Zielquote erreicht bzw. überschritten;

Handlungsfeld 2: der arztbezogene Anteil der verordneten Tagesdosen an Morphin an der Gesamtmenge der verordneten Tagesdosen der BtM-pflichtigen oralen Opiate (ohne Tilidin) ist in Höhe der Zielquote erreicht bzw. überschritten;

Handlungsfeld 3: der arztbezogene Verordnungsanteil an grün markierten Verbandmitteln in der Preisübersicht der AOK Nordost ist in Höhe der Zielquote erreicht oder überschritten

3.2.4. Vorzeigemodell: Ärztenetzwerk

In Deutschland gibt es eine Reihe von vielversprechenden Modellen die dem Grundgedanken der Primärversorgung folgen. Mit Hilfe dieser Modelle wird versucht, die Primärversorgung in Deutschland zu stärken. Sämtliche Modelle sind auf der Webpage: <http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de/> abrufbar.

Besonders erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang das Ärztenetz UGOM – Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co. KG sowie das Ärztenetzwerk ANSB – Ärztenetz Südbrandenburg, welche im Folgenden näher beschrieben werden.

Ärztenetzwerk UGOM – Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co. KG

Umfeld/Standort

Das Ärztenetzwerk befindet sich in Raum Amberg und Sulzbach-Rosenberg in Bayern. Der Landkreis Amberg-Sulzbach mit rund 103.352 Einwohnern verfügt neben den Städten Amberg und Sulzbach-Rosenberg über eher kleinere Ortschaften mit relativ geringer ärztlicher Versorgungsdichte. Die Stadt Amberg selbst ist rund 70 Kilometer von Regensburg und von Nürnberg entfernt und verfügt über ca. 43.500 Einwohner. In der Umgebung sind mehrere mittelständische Industrieunternehmen angesiedelt und die ärztliche Versorgung ist relativ gut. Sowohl in Amberg als auch Sulzbach-Rosenberg sind rund 28% der Bevölkerung 60 Jahre und älter.

Ausgangssituation und Konzept

Es fand sich eine Gruppe von rund 42 Haus- und Fachärzten in der Region Amberg zusammen und beriet über eine mögliche Optimierung der gesundheitlichen Versorgung in der Region. Mit Hilfe eines Gesellschafters wurde zur Etablierung des Ärztenetzwerkes zunächst eine eigene GmbH gegründet, welche danach in eine GmbH & Co. KG mit dem Namen UGOM – Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co. KG umgewandelt wurde. Relativ zeitnah wurde ein Vertrag zwischen der UGOM und der AOK Bayern zur integrierten Versorgung abgeschlossen, welchem sich das Klinikum St. Marien in Amberg sowie das Krankenhaus St. Anna in Sulzbach-Rosenberg und die St. Johannes Klinik in Auerbach als stationäre Einheiten anschlossen.

Das erklärte Ziel dieses Ärztenetzwerkes/der UGOM ist es, für die Patienten der Region eine verbesserte medizinische Versorgung zu schaffen, indem durch medizinische, organisatorische und technische Kooperationen eine vernetzte Versorgung aufgebaut wird. Das Herzstück dieser Kooperation bildet eine gemeinsame Netzsoftware durch die sämtliche

teilnehmenden Netzwerkpartner elektronisch miteinander verbunden sind. Die Software ermöglicht es den behandelnden Ärzten, mit Zustimmung der eingeschriebenen Patienten, alle medizinischen Informationen einzusehen. Durch den Einsatz von netzinternen Behandlungspfaden wird angestrebt, eine individuell und dadurch optimierte Versorgung für jeden Patienten zu erreichen.

In den Arztpraxen werden die Netzpatienten zusätzlich von sogenannten Kommunikations- und Service (KOSI)-Beauftragten betreut und unterstützt. Für die Weiterbildung zum KOSI-Beauftragten wurde eine eigene Fortbildungsakademie für medizinische Fachangestellte der Netzpraxen eingerichtet.

Größe des Netzwerkes

Derzeit sind 44 Hausärzte, 48 Fachärzte und drei Krankenhäuser miteinander vernetzt. Außerdem arbeiten rund 60 KOSI-Beauftragte in den Arztpraxen des Netzwerkes, von denen ein fünfköpfiges Kernteam für die Fortbildung zuständig ist

Finanzierung

Sämtliche am Netzwerk teilnehmende Arztpraxen sind Gesellschafter der UGOM und verfügen über eine kassenärztliche Zulassung, sprich einen Kassenvertrag. (Steinbach 2014)

Die Vergütung der am Netzwerk teilnehmenden Arztpraxen ist zweigeteilt. Sie erhalten einerseits **eine Vergütung als niedergelassener Kassenarzt in der Regelversorgung** (Vergütungssystem siehe oben) und andererseits **eine Vergütung als Gesellschafter/Netzwerkpartner der UGOM**.

Die Vergütung als Gesellschafter/Netzwerkpartner der UGOM stellt sich wie folgt dar: Die UGOM hat einen Spezial- oder Selektivvertrag nach § 140a ff SGB V mit der AOK Bayern abgeschlossen. Hierbei übernimmt die UGOM die ökonomische Verantwortung für die Ausgaben der beim Netzwerk eingeschriebenen rund 14.000 AOK-Netzwerkpatienten. Zudem erhält die UGOM eine Kopfpauschale pro eingeschriebenen Patienten für die ärztliche Versorgung durch die Hausärzte sowie Neurologen, Orthopäden, HNO-Ärzte, Dermatologen und Kinderärzte des Netzwerkes. Diese von der AOK-Bayern erhaltenen finanziellen Mittel werden anhand eines UGOM-eigenen Honorarkatalogs quartalsweise unter den Leistungserbringern (Hausärzte, Neurologen, etc...) des Netzwerkes verteilt. (Steinbach 2014)

Diese Honorare gehen aber ebenso in die „Erfolgsbilanz“ der UGOM als Kosten mit ein wie alle anderen ärztlichen Leistungen, Arzneimittelkosten, Heil- und Hilfsmittelkosten, stationären Kosten, Reha-Kosten, sonstige Kosten (auch Kurkosten, Zahnarztkosten). Nur die Verwaltungskosten der AOK gehen nicht in die Leistungsbilanz mit ein. Andererseits

erhält die UGOM die Budget-Zuweisungen der AOK aus dem bundesweiten Gesundheitsfonds bzw. Risikostrukturausgleich für diese eingeschriebenen Netzpatienten als morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. (Steinbach 2014)

Weitere Spezifika

Über ein Angestelltenverhältnis beim Netzwerk verfügen nur Jungärzte, welche sich in der Facharztausbildung befinden, weil sie vor Abschluss der Fachausbildung nicht Gesellschafter der UGOM sein können. Derzeit sind ca. sieben Jungärzte in Arztpraxen und ca. vier Jungärzte bei medizinischer Versorgungszentren (MVZs) angestellt, die Anzahl ist jedoch schwankend. In Summe sind das also elf Jungärzte bzw. rund 12% - gemessen an der Anzahl der ärztlich niedergelassenen Gesellschafter. (Steinbach 2014)

Beim Netzwerk handelt es sich um ein reines Ärztenetzwerk, das heißt Netzwerkpartner sind niedergelassene Arztpraxen, MVZs und Krankenhäuser. Apotheken, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Diätologen, etc... sind keine Netzwerkpartner und es bestehen wenn dann auch nur sehr lose Kooperationen mit diesen Berufsgruppen.

Ärztienetzwerk ANSB – Ärztenetz Südbrandenburg

Umfeld/Standort

Das Ärztenetzwerk befindet sich im Landkreis Elbe-Elster und im Altkreis Senftenberg (beide Südbrandenburg). Der Landkreis Elbe-Elster und der Altkreis Senftenberg grenzen an den Freistaat Sachsen und das Land Sachsen-Anhalt. Diese Region verfügt über rund 146.000 Einwohner, welche durch den Wegzug der jüngeren Bevölkerung zwischen dem Jahr 2000 und 2011 um 22% zurückgegangen ist. Der Altersdurchschnitt der Bevölkerung liegt bei 65 Jahren.

Ausgangssituation und Konzept

Das Ärztenetzwerk wurde im Jahr 2004 auf Initiative eines niedergelassenen Kardiologen gegründet. Dieser wollte im südlichen Brandenburg einen übergreifenden Versorgungsansatz etablieren. Weitere Ärzte dieser Region wurden durch Kollegen auf dieses Projekt aufmerksam gemacht und traten dem Netzwerk bei. So konnte sich das Netzwerk von der Stadt Elsterwerda auf den Landkreis Elbe-Elster sowie den Altkreis Senftenberg ausbreiten.

Das Netzwerk wurde als Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR) gegründet. Anfang 2005 stieß die ANSB Consult GmbH zum Netzwerk, deren alleinige Gesellschafterin die

GbR ist. Die ANSB Consult GmbH übernimmt vorwiegend die administrativen Aufgaben des Netzwerkes.

Das Ärztenetzwerk betreibt seit 2012 auch ein eigenes Medizinisches Versorgungszentrum. Dieses dient vor allem dazu Jungärzten, welche das Risiko einer Selbstständigkeit in einer niedergelassenen Praxis nicht eingehen wollen, ein risikofreies Angestelltenverhältnis mit geregelten Arbeitszeiten zu gewähren.

Der Schwerpunkt des Netzwerkes liegt auf der Versorgung demenzkranker Personen. Hierzu wird Personen mit Demenz ein niedrigschwelliges Betreuungsangebot bereitgestellt, eine Demenzwohngemeinschaft mit 16 Plätzen geschaffen sowie eine Ausbildung von Demenzassistenten in den Netzpraxen initiiert.

Den Haus- und Fachärzten des Netzwerkes stehen eine elektronische Patientenakte jedes Patienten sowie interne Behandlungspfade zur Verfügung.

Größe des Netzwerkes

Insgesamt sind 62 Arztpraxen (44 Hausärzte, 18 Fachärzte) miteinander vernetzt. Davon sind 46 Arztpraxen Gesellschafter des Netzwerkes und 16 Arztpraxen sogenannte assoziierte Kooperationspartner, d.h. keine Mitglieder der GbR.

Das vom Netzwerk betriebene Medizinische Versorgungszentrum verfügt über elf Angestellte (drei Ärzte, sieben medizinische Fachassistenten, ein Geschäftsführer).

Finanzierung

Alle Ärzte des Netzwerkes sind eigenständige Vertragsärzte und somit indirekt über die Kassenärztliche Vereinigung in einem Vertragsverhältnis mit den Kassen. (Jäger 2014)

Die Vergütung der am Netzwerk teilnehmenden Arztpraxen ist zweigeteilt. Sie erhalten einerseits **eine Vergütung als niedergelassener Kassenarzt in der Regelversorgung** (Vergütungssystem siehe unten) und andererseits **eine Vergütung als Gesellschafter/Netzwerkpartner des ANSB**.

Für die Vergütung als Gesellschafter/Netzwerkpartner des ANSB hat das ANSB Add-on-Verträge mit Budgetverantwortung mit der Barmer GEK und der AOK Nordost abgeschlossen. Bei diesen Add-on-Verträgen handelt es sich um einen Selektivvertrag zur Integrierten Versorgung gemäß §§140a ff. SGB V. Dabei wird nach Vorlage der kostenrelevanten Daten für die eingeschriebenen Versicherten mit Hilfe mathematischer Verfahren berechnet, wie hoch die Normkosten wären, wenn es das Netzwerk nicht geben würde. Die Differenz zu den tatsächlich abgerechneten Kosten ist der Effizienzgewinn in Euro, welcher nach verhandelbaren Schlüsseln zwischen Netz und Kasse verteilt wird. In

diesem Zusammenhang werden nicht nur die ambulanten Kosten sondern auch die sogenannten „veranlassten“ Kosten, wie Krankenhaus, Medikation, Heil- und Hilfsmittel, Transporte, etc berücksichtigt. (Jäger 2014)

Damit stellt sich die Vergütung der Ärzte als Gesellschafter/Netzwerkpartner des ANSB wie folgt dar: Sie erhalten einerseits eine Vergütung aus Tätigkeiten der Integrierten Versorgung (gemäß §§140a ff SGB V) und andererseits eine Vergütung aus dem oben beschriebenen Effizienzgewinn (Normkosten MINUS tatsächlich abgerechnete Kosten).

Allerdings hat in der Realität eine „Ausschüttung“ des Effizienzgewinns auf die Gesellschafter noch nie stattgefunden. Vielmehr werden diese Gelder entweder in neue Projekte investiert oder zur Einführung neuer interner Vergütungspositionen genutzt, so dass die Gesellschafter erweiterte Möglichkeiten haben, über Leistungen in der Integrierten Versorgung Erlöse zu erzielen. Die Nicht-Ausschüttung des Effizienzgewinns ist eine interne Entscheidung des ANSB, um Effizienzgewinne nicht mit der „Gießkanne“ zu verteilen, sondern dadurch Anreize für Tätigkeiten zu setzen, welche wiederum höhere Effizienzen erzielen sollen. (Jäger 2014)

Weitere Spezifika

Über ein Angestelltenverhältnis beim Netzwerk verfügen nur „Jungärzte“, welche im Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.

Beim Netzwerk handelt es sich um ein reines Ärztenetzwerk. Das ist aufgrund der Tatsache, dass das Netzwerk ein eigenes Medizinisches Versorgungszentrum betreibt auch zwingend notwendig – sozialrechtlich dürfen an einem Medizinischen Versorgungszentrum keine „Nicht-Ärzte“ beteiligt sein. (Jäger 2014)

Das Netzwerk unterhält mit nahezu allen nicht-ärztlichen Berufsgruppen in der Region Kooperationsverträge, welche allerdings keine separate Honorierung beinhalten. Eine Ausnahme davon stellt die SAPV – Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung dar; hier erhalten die kooperierenden Palliativpflegedienste Wochenpauschalen für die spezialisierte Palliativpflege in den Wohnräumen der Patienten. (Jäger 2014)

Vollversorgungsvertrag aus Sicht der AOK Nordost

Die AOK Nordost sieht in der Kooperation mit regionalen Ärztenetzwerken, wie z.B. dem ANSB, ein geeignetes Instrument, um die Versorgung der Versicherten, insbesondere chronisch kranker Personen, an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen auszurichten und um die individuelle und grundsätzliche Abstimmung der an der Versorgung Beteiligten zu fördern. Insgesamt sollen mit derartigen Kooperationen die Entscheidungen über den Einsatz von Ressourcen stärker an der Frage des medizinisch Notwendigen und des

wirtschaftlich Sinnvollen ausgerichtet werden. Insbesondere soll dieses Ziel durch eine schrittweise Übernahme der Budgetverantwortung erreicht werden (AOK o.J.).

Derartige Kooperationen werden in Form von sogenannten (Voll-)Versorgungsverträgen geschlossen. Der Versorgungsauftrag derartiger Verträge umfasst die notwendige Sicherstellung einer am Versorgungsbedarf der Versicherten orientierten Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten, einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, welche allen an der Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss (AOK o.J.).

Die konkrete Ausgestaltung des Versorgungsauftrages ist auf der Grundlage von interdisziplinär-fachübergreifenden und verschiedene Leistungssektoren übergreifenden Behandlungspfaden sowie Verfahrensregelungen festzulegen und hat sich an denjenigen Leistungsbereichen zu orientieren, für welche ein Ärztenetzwerk die Budgetverantwortung übernimmt. Im Einzelnen sind das die Leistungsbereiche Arzneimittel, Krankenhaus, Häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel, Heilmittel, Rehabilitation (AOK o.J.). Darüber hinaus zählen auch folgende Leistungsbereiche hierzu (AOK o.J.):

- Optimierung der Inanspruchnahme von Leistungen des ambulanten fachärztlichen Versorgungsbereiches
- Nachhaltige Realisierung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“
- Versorgung mit Rehabilitationsmaßnahmen
- Optimierung der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten der AOK sowie
- Anderer Gesundheitsleistungen und Versorgungsprogramme der AOK, insbesondere strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) und Optimierung von Praxisöffnungs- und Wartezeiten

Vor Abschluss eines Vertrages muss mindestens ein Behandlungspfad vom Ärztenetzwerk erarbeitet und vereinbart sein.

Ein Ärztenetzwerk, welches einen (Voll-)Versorgungsvertrag, wie oben beschrieben, mit der AOK Nordost abgeschlossen hat, verpflichtet sich, bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität der Versorgung den Ressourceneinsatz in Bezug auf die Gesamtheit der einbezogenen Leistungsbereiche zu optimieren, d.h. das Ärztenetzwerk übernimmt die Budgetverantwortung. Um den Grad der Zielerreichung zu bestimmen, werden unter Einsatz eines Schätzverfahrens die morbiditätsadjustierten Vergleichsausgaben des Netzes berechnet und mit den tatsächlichen Ausgaben des Netzes verglichen. Der mit der Übernahme der Budgetverantwortung verbundene Aufwand wird dem Ärztenetz grundsätzlich im Falle einer positiven Differenz zwischen Vergleichsausgaben und den tatsächlichen Ausgaben vergütet. Unterjährig werden hierauf Vorauszahlungen fällig. Diese

werden mit dem tatsächlichen Vergütungsanspruch verrechnet. Ab dem vierten Vertragsjahr entsteht im Falle einer negativen Differenz ein Anspruch der AOK Nordost auf Rückzahlung (AOK o.J.).

Vollversorgungsvertrag aus Sicht der Barmer GEK

Bei dem Vertrag mit dem Ärztenetz, dem sogenannten Pro MED plus, handelt es sich um einen Integrierten Versorgungsvertrag im Sinne des Sozialgesetzbuches V (§§140a ff). Hier wird die ambulant ärztliche Versorgung unserer Versicherten mit Wohnsitz in Südbrandenburg geregelt. (Schreck 2014)

Die Barmer GEK verfolgt mit diesem Selektivvertrag folgende Ziele:

- Mittel- und langfristige Sicherung von adäquaten Versorgungsangeboten, insbesondere in strukturschwächeren Regionen
- Etablierung spezifisch nutzbarer Leistungsangebote komplementär zum Versorgungsmanagement der Kasse bzw. ausgerichtet auf eine indikationsübergreifende Betreuung von chronisch kranken und multimorbiden Patienten, auch in Hinblick auf eine zielorientierte Kundenbindung
- Schaffung eines partnerschaftlichen Miteinander von Ärzten, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse
- Erzielung synergetischer Effekte durch gezielte Vernetzung der Akteure im ambulanten wie stationären Sektor

Die Barmer GEK definiert folgende Punkte als Kernelement eines Selektivvertrages:

- Partnerschaftlich organisiertes Netzwerk von Kasse, haus- bzw. fachärztlichen Praxen, stationären und sonstigen Leistungserbringern
- Verbindliche Etablierung einer praxisübergreifenden EDV-Vernetzung, inklusive eines zeitnahen Termin-/Behandlungsmanagements
- Kooperative Verzahnung des internen Casemanagements der medizinischen Partner mit dem Versorgungsmanagement der Kasse
- Gemeinsam erarbeitete und damit verbindliche Regularien bei Disease Management Programmen, von indikationsspezifischen IV-Verträgen und bei der Arzneimitteltherapie
- Ermittlung des tatsächlichen Steuerungserfolges auf Basis einer gemeinsam definierten Logik

3.3. Finnland

3.3.1. Einleitung

In Finnland entscheiden die Gemeinden eigenständig über die Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen. Ein Großteil der Primärversorgung wird in öffentlichen Gesundheitszentren angeboten, welche meist integrierte Bestandteile der Gemeinden- oder Kommunalverwaltung sind. Im Jahr 2007 gab es eine Gemeinde (Karjaa) die alle Dienstleistungen der Primärversorgung an eine private NGO auslagerte. In den letzten Jahren werden zunehmend bestimmte Teilbereiche oder spezifische Dienstleistungen der Primärversorgung vom privaten Sektor übernommen. Die Entscheidung über Verteilung von Ressourcen und die Planung bzw. Organisation von Gesundheitsdienstleistungen liegt in der Gewalt des Gesundheitsgremiums der Gemeinde und wird jährlich neu beschlossen. Dazu dienen typischer Weise die Verteilungswerte aus den letzten Jahren, ohne spezifische Zielsetzungen oder Anreizbestimmungen. (Vuorenkoski et al. 2008)

3.3.2. Vergütungssystem von Hausärzten

Die Gesundheitszentren sind in der Regel multiprofessionell und bieten eine breitgefächerte Versorgung, von Prävention über Altenpflege bis zu Hausarztbesuchen, an. Das Vergütungssystem in diesen Zentren variiert zwischen den Gemeinden. Grundsätzlich besteht das Einkommen der in den Gesundheitszentren tätigen Hausärzte aus folgenden Komponenten:

- **Grundgehalt** (*salary*)
- **Kopfpauschale** (*capitation*)
- **Einzelleistungsvergütung** (*fee-for-service*)

In den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde für die Vergütung von Hausärzten in Gesundheitszentren ein neues Vergütungssystem eingeführt. Die Idee hinter diesem Vergütungssystem war, dass die Ärzte nicht „irgendwelche“ Patienten aus der Gemeinde betreuen, sondern einen ihnen speziell zugewiesenen Patientenstock (*personal doctor agreement*). Dieser Patientenstock umfasst zwischen 1.500 und 5.000 Personen. Mittlerweile werden rund 2/3 der in Gesundheitszentren tätigen Hausärzte nach diesem System bezahlt.

Das durchschnittliche Einkommen eines in einem Gesundheitszentrum tätigen Hausarztes betrug 6.469 EUR im Jahr 2012 und setzte sich aus folgenden Komponenten zusammen:

- monatliches **Grundgehalt**⁴ in Höhe von 2.777,06 EUR; das monatliche Grundgehalt steigt mit der Arbeitserfahrung (bei 5-jähriger Berufserfahrung +3%, bei 10-jähriger Berufserfahrung +8%; Stand 2014)
- monatliche **Kopfpauschalen**⁵ in Höhe von 1,87-2,21 EUR pro Patient, welche rund 500-1.000 EUR am gesamten monatlichen Gehalt ausmachen
- **Einzelleistungsvergütungen** in Höhe von 5,26-6,24 EUR pro Leistung, welche rund 1.500-2.000 EUR am gesamten monatlichen Gehalt ausmachen
- **Vergütungen für besondere Behandlungen** (z.B. für Behandlungen außerhalb der normalen Arbeitszeit) in Höhe von 200-800 EUR; diese Vergütungen können ebenfalls als Einzelleistungsvergütungen klassifiziert
- **individuelle Zusatzzahlungen/Bonuszahlungen aufgrund besonderer persönlicher Fähigkeiten** (z.B. spezielles Fachwissen)

Die bei den monatlichen Kopfpauschalen und Einzelleistungsvergütungen angegebenen Bandbreiten in der Höhe von 1,87-2,21 EUR bzw. 5,26-6,24 EUR pro Patient sind im Kollektivvertrag festgelegte Richtwerte. Die Gemeinden entscheiden autonom über die genaue Höhe der Kopfpauschalen bzw. Einzelleistungsvergütungen anhand dieser Richtwerte. Bei den monatlichen Kopfpauschalen besteht für die Hausärzte außerdem die Möglichkeit individuell einen höheren Betrag auszuhandeln, wenn der Hausarzt z.B. viele Immigranten oder ältere Personen betreut. Genaue Grenzwerte/Richtwerte existieren für diese Fälle allerdings nicht.

Für Hausärzte, welche noch nach dem alten Vergütungssystem remuneriert werden (rund 1/3 der in Gesundheitszentren tätigen Hausärzte), gilt ein ähnliches Vergütungsschema. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass das Grundgehalt (salary) der Hausärzte mit 3.187,02 EUR etwas höher ist, sie aber keine Kopfpauschalen erhalten. Auch in diesem Vergütungssystem haben die Hausärzte die Möglichkeit ein höheres Grundgehalt mit dem Arbeitgeber individuell auszuhandeln und auch hier variiert die Höhe der Einzelleistungsvergütung in Abhängigkeit von der Gemeinde (Tikkanen 2014).

Ein zentrales Problem der finnischen Primärversorgung stellt der Ärztemangel seit Ende der 1990er Jahre dar. Aufgrund dessen ist ein regelrechter Wettbewerb um Jungärzte von den Gesundheitszentren ausgebrochen. Manche Gemeinden erhöhten in diesem Zusammenhang das Grundgehalt um bis zu 3.000 EUR (Vuorenkoski et al. 2008, Kokko 2014). Darüber hinaus fingen Gemeinden an, sich Ärzte bei privaten Firmen auszuleihen. Der Anteil dieser Ärzte in Gesundheitszentren betrug 2004 5% und ist bis Oktober 2013 auf

⁴ Für einen Hausarzt mit 0-3 Jahren Arbeitserfahrung.

⁵ Die Kopfpauschale ist von der Häufigkeit des Patientenkontakts abhängig. Besucht ein Patient mehr als zwei Mal pro Jahr den Hausarzt werden die erbrachten Leistungen auf Basis einer monatlichen Kopfpauschale vergütet. Besucht ein Patient ein oder zwei Mal pro Jahr den Hausarzt werden die erbrachten Leistungen auf Basis von Einzelleistungen vergütet.

rund 12% gestiegen (Vuorenkoski et al. 2008, Tikkanen 2014). In Tabelle 2 finden sich die Empfehlungen der finnischen Ärztekammer (*Finlands Läkarförbund*) bezüglich des **Stundenlohns** von Ärzten, die für derartige private Firmen tätig sind. Ein Stundenlohn wird meist in Situationen angewandt, in denen die Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche gering ist (Kokko 2014, Tikkanen 2014).

Tabelle 2: Vergütungsempfehlungen der finnischen Ärztekammer für Ärzte

Kategorie	Stundenlohn	Bedingung
Gruppe I	63,90 EUR	0-3 Jahre Berufserfahrung
Gruppe II	80,76 EUR	>3 Jahre Berufserfahrung
Gruppe III	96,90 EUR	mit Spezialisierung als Fach-Allgemeinmediziner
Gruppe IV	136,46 EUR	Oberarzt, Arzt in leitender Position, oder Fach-Allgemeinmediziner mit besonderen Fähigkeiten
Gruppe V	Nach Vereinbarung	Bei sehr besonderen Aufgaben die eine Entlohnung höher als in Gruppe IV erfordern

Quelle: IHS HealthEcon (2014), Finnische Ärztekammer (2012).

Der bestehen Ärztemangel bedingt zwei Umstände in der Vergütung von Hausärzten. Erstens wird das Grundgehalt der Hausärzte in der Regel individuell festgelegt bzw. ausgehandelt. Positiv auf das Grundgehalt eines Hausarztes wirken sich die geografische Lage des Gesundheitszentrums und die Ausbildung aus. Ein Fach-Allgemeinmediziner verdient zwischen 500 EUR und 2.000 EUR mehr als ein Nicht-Fach-Allgemeinmediziner. (Kokko 2014). Zweitens variiert die Höhe der Kopfpauschale, der Einzelleistungsvergütungen und der Vergütungen für besondere Behandlungen zwischen den einzelnen Gemeinden (Tikkanen 2014).

Das Krankenpflegepersonal im finnischen Gesundheitssystem nimmt sowohl im Primärversorgungsbereich als auch im Sekundärversorgungsbereich eine immer wichtigere Rolle ein. Es ist mit einem Grundgehalt auf Basis ihrer Qualifikation und Erfahrung angestellt. Für Tätigkeiten außerhalb der regulären Arbeitszeit wird generell mehr bezahlt (rund 30%). Ferner können, ebenso wie bei den Ärzten, individuelle Zusatzverträge ausgehandelt werden, welche leistungsorientierte Zusatzzahlungen beinhalten. Diese Art der Zusatzvergütung ist von der Länge der Arbeitserfahrung abhängig (bei fünf Jahren +3%, bei zehn Jahren +8%; Stand 2014). Einzelleistungsvergütungen sind kein Bestandteil im Vergütungssystem von Pflegefachkräften. Im Jahr 2012 entsprach das Monatsgehalt einer Krankenpflegefachkraft durchschnittlich 3.091 EUR, wobei das Grundgehalt bei 2.236,42 EUR lag. Offiziell gibt es kein *gate-keeping* System, dennoch ist es üblich, dass Patienten vor dem Kontakt mit dem Arzt von Krankenschwestern begutachtet werden. Zudem

haben sie ergänzende Sprechzeiten für Aufgaben wie Injektionen, Blutabnahme oder dem Entfernen von Nähten. (Vuorenkoski et al. 2008, Tikkanen 2014)

3.4. Frankreich

3.4.1. Einleitung

Das klassische Primärversorgungskonzept existiert in Frankreich nicht. Vielmehr findet die Primärversorgung seit jeher in Arztpraxen von selbstständigen Hausärzten und Fachärzten statt. Seit den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gibt es Bemühungen ein *gate-keeping* System zu installieren und damit die Primärversorgung zu stärken.

3.4.2. Vergütungssystem von Hausärzten

Das Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte basiert seit langem auf einer Einzelleistungsvergütung. Im Jahr 2009 wurden eine Kopfpausche und eine leistungsbezogene Vergütung als ein zweites und drittes Element in der Vergütung von niedergelassenen Ärzten installiert. Damit soll die Prävention verbessert, die Qualität der Betreuung von chronisch kranken Personen gesteigert und die Kosten-Effektivität von Verschreibung gehoben werden. Im Zuge dessen stand eine Abänderung der Einzelleistungsvergütung zu keiner Zeit in Frage.

Damit besteht das vorherrschende Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte aus einer Mischvergütung aus:

- **Einzelleistungsvergütung** (*fee-for-service*)
- **Kopfpauschale** (*capitation*)
- **Leistungsbezogene Vergütung** (*pay-for-performance*)

Nach wie vor stammt das Gros des Einkommens eines niedergelassenen Arztes aber aus der Einzelleistungsvergütung.

Die Vergütung der Einzelleistungen stellt sich wie folgt dar: Der Patient bezahlt den Arzt direkt, bekommt für die erbrachten Leistungen eine Rechnung vom Arzt ausgestellt. Der Patient reicht diese Rechnung bei der gesetzlichen Krankenversicherung ein und bekommt den vom Arzt in Rechnung gestellten Betrag abzüglich eines Selbstbehalts in Höhe von 30% des von der Krankenversicherung vorgegeben Tarifes refundiert. In Frankreich herrscht damit das Geldleistungsprinzip vor. Dennoch kommt es immer öfter vor, dass Kosten direkt

von der Krankenversicherung übernommen werden. Das System wird Dritt-Mittel Vergütung (*tiers payant*) genannt und kommt vor allem in der ambulanten Versorgung und in Situationen mit hohen Behandlungskosten zum Tragen. (Chevreul et al. 2010)

Bei den vom Arzt in Rechnung gestellten Tarifen wird grundsätzlich zwischen Ärzten des „Sektors 1“ und Ärzten des „Sektors 2“ unterschieden:

- Ärzte des „Sektors 1“, zu denen 92% der niedergelassenen Ärzte zählen, sind bei der Verrechnung ihrer Tarife an die Tarifvorgaben⁶ der gesetzlichen Krankenversicherung gebunden. Die Einhaltung der Tarifvorgaben wird streng von der gesetzlichen Krankenversicherung kontrolliert. Ein Auszug aus den Tarifvorgaben/dem Tarifkatalog ist in Tabelle 3 dargestellt
- Ärzte „der Sektors 2“, zu denen nur 8% der niedergelassenen Ärzte gehören, sind bei der Verrechnung ihrer Tarife an keine Vorgaben gebunden und können damit ihre Tarife frei festlegen. Patienten, welche Leistungen von „Sektor 2“ Ärzten in Anspruch nehmen, bekommen den von der gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzten Tarif vergütet.

Tabelle 3: Auszug aus Tarifkatalog

Dienstleistung	Buchstabe	Vergütung pro Buchstabe, EUR	Koeffizient	Vergütung (gesamt)
Arztbesuch (Allgemeinmediziner)	C	22,00	1	22,00
Hausbesuch (Allgemeinmediziner)	V	28,60	1	28,60
Kleiner chirurgischer Eingriff				
• Im Gesicht (kleine Läsion)	KC	2,09	10	20,90
• Im Mundraum			15	31,35

Quelle: IHS HealthEcon (2014), nach Nomenclature générale des actes professionnels (2008).

Die Vergütung der Kopfpauschale stellt sich wie folgt dar: Wenn Ärzte die Koordinierung eines individuellen Pflegeplans von chronisch kranken Personen übernehmen, bekommen sie eine Kopfpauschale von 40 EUR pro Jahr und pro betreuter chronisch kranker Person ausbezahlt.

Die Vergütung der leistungsbezogenen Vergütung stellt sich wie folgt dar: Auf freiwilliger Basis werden zwischen Ärzten und der französischen Krankenversicherung Verträge über die Erreichung von Versorgungszielen in den Bereichen Prävention und Betreuung chronisch kranker Personen sowie von Verordnungszielen im Bereich von Generika über drei Jahre geschlossen. Der Arzt kann den Vertrag für eine leistungsbezogene Vergütung zu jeder Zeit einseitig kündigen. Der Erfolg der Hausärzte wird anhand von Messwerten beurteilt und mit bis zu 6.000 EUR vergütet. Eine Nicht-Erreichung der Ziele hat keine negativen Folgen. Nach den ersten neun Monaten profitierten bereits

⁶ Ursprünglich der *nomenclature générale des actes professionnels* (NGAP), jedoch immer mehr ersetzt durch den *classification commune des actes médicaux* (CCAM)

55% aller Hausärzte von einem Einkommenszuwachs von durchschnittlich 5% (3.000 EUR). (Or 2009, Chevreul et al. 2010)

Sowohl das Kopfpauschalen-Vergütungssystem als auch das leistungsbezogene Vergütungssystem bestehen zusätzlich zum Einzelleistungsvergütungssystem und berühren dieses nicht.

3.4.3. Bestrebung: Einführung eines *gate-keeping* Systems

Seit 1980 gab es Versuche ein *gate-keeping* System umzusetzen und damit der Idee einen klassischen Primärversorgungssystems zu folgen. Im Jahr 2004 wurde mittels einer gesetzlichen Bestimmung ein *gate-keeping* System eingeführt, welches den Behandlungspfad besser koordinieren soll. Die Patienten wurden aufgefordert sich bei einem Arzt einzuschreiben, welcher die Koordinierung des Behandlungspfad es übernimmt. (Chevreul et al. 2010)

Die Patienten haben jedoch auch die Möglichkeit aus diesem *gate-keeping* System hinaus zu optieren und Hausärzte und Fachärzte nach Belieben aufzusuchen. Hierzu müssen sie aber einen zusätzlichen Selbstbehalt (= 40% des gesetzlichen Krankenversicherungstarifs) bestreiten. Außerdem dürfen Ärzte des „Sektors 1“ den Patienten um rund 20% höhere Tarife verrechnen. (Chevreul et al. 2010)

Die Einschreiberate lag zwei Jahre nach der Einführung des *gate-keeping* Systems bereits auf 80%, wobei 99% einen Hausarzt als Erstkontakt-Arzt wählten. Zu erwähnen ist jedoch, dass vor der Reform bereits die Mehrheit den eingeschriebenen Arzt als gewohnten Erstkontakt-Arzt konsultierte. Der Effekt der Reform relativiert sich, wenn man bedenkt, dass die französische Bevölkerung vor der Einführung auch schon einer Form von *gate-keeping* System folgte. Die Quote von Arztbesuchen außerhalb des *gate-keeping* Systems wurde von 30% auf 20% gesenkt, wobei es leicht ist seinen Erstkontakt-Arzt zu wechseln. (Chevreul et al. 2010)

3.4.4. Projekt: Neues Vergütungssystem auf Basis von *pay-for-performance*

Ein weiterer Plan die Primärversorgung zu stärken wird seit 2007 stückweise umgesetzt. Hierzu startete die Regierung im Jahr 2010 das Projekt *Expérimentation de nouveaux mode de remuneration* für eine Dauer von vier Jahren. Ziel ist es ein neues Vergütungssystem auf einer *pay-for-performance* Basis zu implementieren. Die Grundidee dahinter ist, eine Zusatzfinanzierung bei der Erreichung von Zielen in Bezug auf verbesserte Prävention,

steigende Qualität bei der Betreuung von chronisch kranken Personen und eine verbesserte Kosten-Effektivität von Verschreibungen zu gewähren. Derzeit können Gruppenpraxen, Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitszentren freiwillig an diesem Projekt teilnehmen und das *pay-for-performance* System testen. Bisher nehmen in 19 Regionen 151 Arztpraxen, darunter 115 Gruppenpraxen oder Gesundheitsnetzwerke. Die Finanzierung ist mit 7 Mio. EUR pro Jahr veranschlagt, was einer durchschnittlichen Vergütung von 50.000 EUR pro Praxis und Jahr entspricht. (Kringos 2013)

3.5. Niederlande

3.5.1. Einleitung

Die Primärversorgung spielt im niederländischen Gesundheitswesen eine zentrale Rolle. Sie leistet die medizinische Grundversorgung, bestehend aus allgemeinmedizinischer, paramedizinischer und Arzneimittelversorgung, pflegerischen, häuslichen und sozialen Diensten für die niederländische Bevölkerung. Die Primärversorgung findet einerseits in hausärztlichen Praxen und andererseits in Gesundheitszentren (diese inkludieren unter anderen auch eine Apotheke, einen Physiotherapeuten, einen Diätassistenten, etc...) statt. Bei den hausärztlichen Praxen handelt es sich in der Regel um Gruppenpraxen (51% der Praxen bestehen aus drei bis sieben Hausärzten, 29% aus zwei Hausärzten, nur 20% aus einem Hausarzt). In rund zweidrittel der hausärztlichen Praxen ist auch eine Krankenpflegefachkraft tätig. Die Hausärzte agieren in der niederländischen Primärversorgung als *gate-keeper*. (Schäfer et al. 2010)

Das niederländische Gesundheitssystem und damit verbunden auch das Vergütungssystem von Hausärzten in der Primärversorgung sind von einem immer wiederkehrenden Reformprozess geprägt. Das Vergütungssystem von Hausärzten wurde zuletzt im Jahr 2005 reformiert und ist seit 01. Jänner 2006 in Kraft.

3.5.2. Vergütungssystem von Hausärzten

Das seit 2006 geltende Vergütungssystem von Hausärzten ist ein Mischsystem, welches aus zwei Vergütungskomponenten besteht:

- **Kopfpauschale** (*capitation*)
- **Einzelleistungsvergütung** (*fee-for-service*)

Die Tarife für die Kopfpauschale und die Einzelleistungsvergütung sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Tarife für Hausärzte

Tarif, EUR	
Kopfpauschale	
Versicherte Person, jünger als 65 Jahre, nicht im Einzugsgebiet des Hausarztes	52,00
Versicherte Person, zw. 65 und 75 Jahre, nicht im Einzugsgebiet des Hausarztes	58,80
Versicherte Person, älter als 75 Jahre, nicht im Einzugsgebiet des Hausarztes	61,60
Versicherte Person, jünger als 65 Jahre, im Einzugsgebiet des Hausarztes	58,80
Versicherte Person, zw. 65 und 75 Jahre, im Einzugsgebiet des Hausarztes	66,00
Versicherte Person, älter als 75 Jahre, im Einzugsgebiet des Hausarztes	68,80
Zusätzliche Kopfpauschale	
Pflegefachkraft	6,40
Einzelleistungen	
Konsultation, kürzer als 20 Minuten	9,00
Konsultation, länger als 20 Minuten	18,00
Hausbesuch, kürzer als 20 Minuten	13,50
Hausbesuch, länger als 20 Minuten	22,50
Telefonische Konsultation	4,50

Anmerkung: Einige Zusatzleistungen, wie z.B. Schwangerschaftsvor- und Nachsorge werden extra vergütet.

Quelle: Adaptierte Darstellung IHS HealthEcon (2014), nach Van Dijk (2012).

Das durchschnittliche Gehalt eines Hausarztes setzt sich aus einer 70%igen *capitation*-Vergütung und einer 30%igen *fee-for-service*-Vergütung zusammen. (Van Weel 2012)

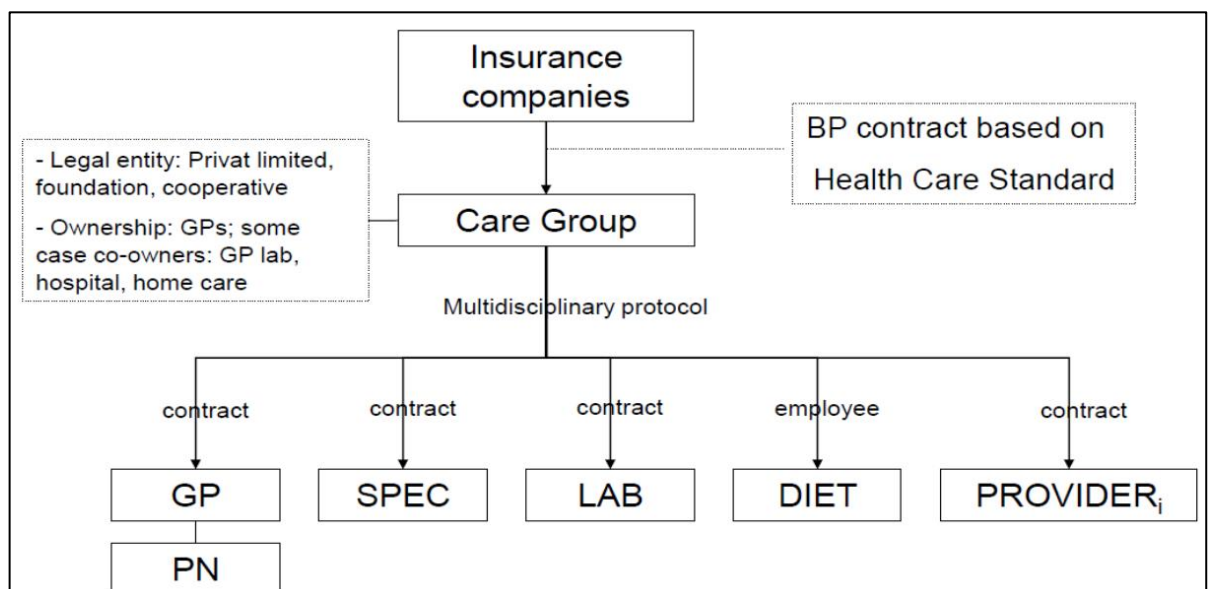
Abgesehen von diesem "klassischen" Vergütungssystem für Hausärzte wurde in den Niederlanden im Jahr 2010 ein Vergütungssystem auf Basis von *bundled payments* für eine Reihe von chronischen Krankheiten eingeführt, um die Integrierte Versorgung zu verbessern und zu verstärken. Die *bundled payments* Vergütung stellt eine risikoadjustierte, integrierte Vergütung für ein multidisziplinäres Versorgungsteam dar, welches chronisch kranke Patienten behandelt. Derzeit existieren *bundled payments* für Diabetes Typ 2, chronisch obstruktive Lungenerkrankung und vaskuläres Risikomanagement. (Europäische Kommission 2014, Struijs 2012)

Wie bereits oben erwähnt, wird die Behandlung von chronisch kranken Personen im Rahmen einer *bundled payments* Vergütung nicht von einem einzelnen Hausarzt alleine erbracht, sondern von einem gesamten Versorgungsteam. Ein derartiges Versorgungsteam besteht aus einem Hausarzt, Fachärzten, Krankenpflegepersonal und weiteren nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Der Hausarzt fungiert in der Regel als Koordinator des

Versorgungsteams. In den Niederlanden sind ca. 78% aller Hausärzte Mitglieder in einem solchen Versorgungsteam. (Europäische Kommission 2014, Struijs 2012)

Die Vergütung im Rahmen von *bundled payments* ist eine Pauschale für den gesamten Behandlungsaufwand. Die Höhe der Pauschale ist frei verhandelbar und wird zwischen den Krankenversicherungen und dem Behandlungsteam als Ganzes ausverhandelt. Das Behandlungsteam schließt dann wiederum Versorgungsverträge/Angestelltenverhältnisse mit Hausärzten (zusätzlich zu ihrer Tätigkeit als Hausarzt), Fachärzten, Krankenpflegepersonal und weiteren nicht-ärztlichen Berufsgruppen ab, auch hier ist die Höhe frei verhandelbar. Das Schema von *budled payments* in den Niederlanden ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: *Bundled payments* in den Niederlanden



Quelle: Struijs (2012).

Erste Evaluierungen des *bundled payments* Vergütungssystems kommen zu folgenden Ergebnissen (Struijs 2012, De Baaker et al. 2012):

- die Organisation und der Prozess der Versorgung ist gestiegen
- ein leichter bis moderater Anstieg der Prozess- und Outcomeindikatoren
- chronisch kranke Patienten, welche im Rahmen einer *bundled payments* Vergütung von multidisziplinären Versorgungsteams behandelt werden, weisen eine niedrigere Spitalshäufigkeit auf

- eine *bundled payments* Vergütung führt zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben; das wird auf gestiegene Spitalskosten und auf die Investitionskosten für *bundled payments* Modelle zurückgeführt⁷.

Das kontraintuitive Ergebnisse niedrigere Spitalshäufigkeit aber gestiegene Spitalshäufigkeit in der ersten Evaluierung kann auf folgenden Umstand zurückgeführt werden: Das niederländische *bundled payments* Modell ist größtenteils auf den Primärversorgungsbereich beschränkt. Wenn Patienten von ihrem Hausarzt in den Krankenhausbereich und einen entsprechenden Facharzt überwiesen werden müssen, stoppt das *bundled payments* Modell und das Bezahlungssystem des Krankenhauses beginnt. Ein Grund für die erhöhten Kosten im Spitalssektor kann einerseits kompensierendes Verhalten der Krankenhäuser sein. Andererseits ist es auch möglich, dass Patienten zu spät von den Hausärzten innerhalb des Behandlungsteams in den stationären Sektor überwiesen werden und die Behandlungen dieser Patienten daher kostenintensiver sind. (Struijs et al. 2012, Struijs 2015)

Zudem ist in Bezug auf das erste Evaluierungsergebnis folgendes festzuhalten: Diese beziehen sich auf die ersten zwei Jahre nach der Einführung des *bundled payments* Vergütungssystems, in denen man auch Zusatzkosten auf Grund mangelnder Erfahrung mit dem System erwarten kann. Zudem ergeben sich wohl aus jeder Bezahlungssystem-Reform Kosten der Erstinbetriebnahme. (Struijs et al. 2012, Struijs 2015)

Derzeit findet eine zweite Evaluierung des *bundled payments* Vergütungssystems statt. Die Ergebnisse liegen noch nicht vor. (Struijs 2015)

3.5.3. Ausblick

In den Niederlanden wird gerade wieder ein neues Vergütungssystem für die Primärversorgung entwickelt, welches ab 2015 eingeführt werden soll. Das Ziel dieses neuen Vergütungssystems ist es, die wachsende Anzahl an Personen mit chronischen oder komplexen Krankheiten so gut wie möglich zu versorgen. (Niederlandse Zorgautoriteit 2014)

Das neue Vergütungssystem besteht im Wesentlichen aus drei Segmenten (Niederlandse Zorgautoriteit 2014):

- **Segment 1: Vergütung für hausärztliche Grundversorgung**

Die Vergütung der hausärztlichen Grundversorgung erfolgt aus seiner Kombination von Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung mit Maximumtarifen. Im Gegensatz zu

⁷ Hingegen sind Diabetes-bezogene Spitalskosten leicht zurückgegangen

Segment 2 und Segment 3 sind die Tarife in diesem Segment nicht frei verhandelbar, sondern es existieren Tarifobergrenzen.

- **Segment 2: Vergütung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranken Patienten**

Die Vergütung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Patienten mit Diabetes Typ 2, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder vaskulärem Risikomanagement erfolgt analog zu der oben beschriebenen *bundled payments* Vergütung.

- **Segment 3: Vergütung für die Erreichung von Gesundheits- bzw. Versorgungszielen und für Modernisierungsmaßnahmen**

Die Vergütung für die Erreichung von Gesundheits- bzw. Versorgungszielen und für Modernisierungsmaßnahmen wird zwischen den Krankenversicherungen und jedem Hausarzt einzeln ausverhandelt. Die Vergütung erfolgt pro Betrieb, die Tarife sind in diesem Zusammenhang frei verhandelbar.

Idealer Weise soll sich die Vergütung eines Hausarztes aus den drei Segmenten wie folgt zusammensetzen (Niederlandse Zorgautoriteit 2014):

- 75% aus Segment 1,
- 15% aus Segment 2 und
- 10% aus Segment 3.

3.6. Schweden

3.6.1. Einleitung

Der Hausarzt übernimmt offiziell keine *gate-keeping* Rolle im schwedischen Primärversorgungsbereich, dennoch ist jeder Bürger verpflichtet bei einem Hausarzt eingeschrieben zu sein und gelangt de facto nur über diesen in die Sekundärversorgung. Es besteht grundsätzlich freie Arztwahl bei der Wahl des Hausarztes. Ein Bürger bekommt nur dann einen Hausarzt zugewiesen, wenn er sich bei keinem von sich aus einschreibt. In diesem Fall wird dem Bürger der geographisch nächstgelegene oder der letztbesuchte Hausarzt zugewiesen. (Anell et al. 2012)

In Schweden existieren rund 1.100 Primärversorgungszentren (*Health Care Center*). Diese bestehen aus vier bis sechs Hausärzten und weiterem nicht-ärztlichen Personal, wie z.B. Pflegefachkräfte, Hebammen, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten. Hausärztliche

Einzelpraxen existieren so gut wie nicht. Im Schnitt werden rund 1/3 dieser Primärversorgungszentren privat betrieben, wobei dieser Anteil in Landkreisen mit hoher Bevölkerungsdichte höher ist (in Stockholm rund 50%) und in weniger dicht bevölkerten Landkreisen einen geringen Prozentsatz ausmacht. (Anell et al. 2012)

3.6.2. Vergütungssystem von Hausärzten

Das Vergütungssystem von Hausärzten besteht aus drei Komponenten:

- **Kopfpauschale** (*capitation*)
- **Einzelleistungsvergütung** (*fee-for-service*)
- **Leistungsbezogene Vergütung** (*pay-for-performance*)

Das Einkommen eines Arztes teilt sich somit in einen festen Teil (Kopfpauschale) und einen variablen Teil (Einzelleistungsvergütungen, leistungsbezogene Vergütung bei Erfüllung von definierten Zielen). Da in Schweden jeder Landkreis über die Vergütung der Hausärzte selbstständig entscheiden kann, variiert die Gewichtung dieser Teile sehr stark zwischen den einzelnen Landkreisen. So entspricht im Landkreis Stockholm die Kopfpauschale rund 40% des Gesamteinkommens, wohingegen in anderen Landkreisen dieser Teil 80% und teilweise bis zu 98% entsprechen kann. Die leistungsbezogene Vergütung beziffert, sowohl in Stockholm als auch in anderen Landkreisen, nur einen kleinen Teil der Gesamtvergütung (2-3%). (Anell 2011)

Laut Auskunft des *Örebro County Council Office* kostet ein Besuch beim Krankenpflegepersonal 80 SEK (rund 9 EUR) und bei einem Arzt 120 SEK (rund 13 EUR). Die Gebühren für einen Facharzt liegen höher bei 250 SEK (rund 28 EUR). Die Struktur in diesem Landkreis besteht seit 1992. (Åkesson 2014)

3.6.3. Systemumstellung: Neues System zur Berechnung der Kopfpauschalen

Im Primärversorgungsbereich des schwedischen Landkreises Östergötland wird ein Vergütungssystem verwendet, welches aus folgenden zwei Komponenten besteht:

- **Kopfpauschale** (*capitation*) – „ACG® System“
- **Leistungsbezogene Vergütung** (*pay-for-performance*) – „mål och mått“

Seit Jänner 2014 wird zur Berechnung der Kopfpauschalen das ACG® System⁸ (Adjusted Clinical Groups) verwendet (Paananen 2014). Hierbei handelt es sich um ein Software-Paket, welches von Ärzten genutzt wird und jedem Patienten eine Art Krankheitsgrad oder Risikoindex zuweist. Zur Generierung des Risikoindex kann ein Patient in bis zu 102 Kategorien eingeteilt werden. Diese Kategorisierung basiert anhand von Variablen, welche auf nationale oder regionale Gegebenheiten adjustiert werden können. Zu den Variablen zählen neben Alter, Geschlecht und Herkunft auch folgende krankheitsrelevante Faktoren:

- Dauer des Krankheitszustandes (chronisch, akut, wiederkehrend)
- Schweregrad des Krankheitszustandes (z.B. stabil versus instabil)
- Diagnostische Sicherheit (Krankheitssymptome versus diagnostizierte Krankheiten)
- Ursache der Krankheit (Infektion, Verletzung, etc...)
- Notwendigkeit der Beteiligung eines Facharztes

Der aus diesen Variablen generierte Risikoindex wird dazu genutzt die Kopfpauschalen zu berechnen. Die Vorteile mit denen die ACG-Group ihre Software bewirbt sind erstens die Einfachheit in der Umsetzung und zweitens die nationalen/regionalen Anpassungsmöglichkeiten. Der Möglichkeit den Risikoindex eines Patienten durch den behandelten Arzt zu wesentlich zu erhöhen, wird laut ACG-Group durch die Menge und Kombination an Variablen nahezu unmöglich gemacht. (<http://acg.jhsph.org/>)

Des Weiteren wird in dieser Region als zweite Komponente des Vergütungssystems eine leistungsbezogene Vergütung eingesetzt. Sie wurde 2002 unter dem Namen *mål och mått* (Ziele und Maßnahmen) eingeführt. Der Grundgedanke dahinter war, für Angestellte im Gesundheitssektor monetäre Anreize zu schaffen und die Motivation zu steigern. Die wichtigsten Bereiche denen diese Art der Vergütung Rechnung trägt sind unter anderen:

- Diagnostische Routinen
- Verschreibungen von körperlicher Aktivität
- Einschreibung in das Schwedische Diabetes Register
- Telefonische Verfügbarkeit
- Pflege von Asthma-Erkrankten
- Gripeschutz-Impfungen

Im Jahr 2008 machte die leistungsbezogene Vergütung nur schätzungsweise 4% des Gesamteinkommens eines Hausarztes aus. Obwohl dies nur ein relativ geringer Bestandteil des Einkommens ist, konnte mit dieser Art Vergütung die Behandlungsqualität und die Leistungsbereitschaft der Hausärzte gesteigert werden. (Jacobsson 2008)

⁸ Das ACG® System wurde von der Johns Hopkins University entwickelt.

3.7. Belgien⁹

Das Länderbeispiel Belgien folgt in seiner Struktur nicht den vorangegangenen Länderbeispielen. Vielmehr wird in diesem Länderbeispiel das Gesundheitszentrum Botermarkt, welches als Vorzeigemodell in der Primärversorgung gilt, näher beschrieben.

Das Gesundheitszentrum Botermarkt wurde 1978 als Arztpraxis gegründet.

Zusammensetzung des Gesundheitszentrums

Das Zentrum setzt sich aus einem interdisziplinären Team von Gesundheitspersonal zusammen. Hierzu zählen:

- Hausärzte
- Pflegefachkräfte
- Sozialarbeiter
- Personal zur Gesundheitsförderung
- Diätologen
- Administrativkräfte
- Hilfspersonal
- Podologe
- Externes Personal: Physiotherapeuten, Psychotherapeuten
- Diabetes-Klinik

Zur besseren Koordinierung des Behandlungsablaufes existiert für jeden Patienten eine elektronische Patientenakte. Darauf sind die Hausärzte, die Pflegefachkräfte, die Sozialarbeiter und die Diätologen zugriffsberechtigt.

Leitungsspektrum des Gesundheitszentrums

Das Leistungsspektrum des Gesundheitszentrums ist breit gefächert. Neben den „klassischen“ Leistungen der Hausärzte werden von den anderen Gesundheitsberufen unter anderen folgende Leistungen angeboten:

- Pflegefachkräfte
 - Follow-up Blutdruckmessungen
 - Beratung bei der Familienplanung

⁹ Die Informationen über dieses Projekt beruhen auf einer Präsentation von J. De Maeseneer zum Thema „Modelle der Primärversorgung im internationalen Vergleich“ vom 31.03.2014 in Wien, sowie der Internetseite des Gesundheitszentrums Botermarkt [URL:http://www.wgcbotermarkt.be/eng/](http://www.wgcbotermarkt.be/eng/).

- Mitwirkung beim Patientenmanagement, z.B. Diabetesberatung/Diabetesbehandlung
- Sozialarbeiter
 - Problemerkundung
 - Bereitstellung von Information und Beratung
 - Mediation
 - Psychologische Beratung
 - Administrative Unterstützung bei Behördenwege, z.B. Ansuchen um Unterstützungen
- Diätologen
 - Information und Beratung hinsichtlich gesundem Essen, insbesondere für Patienten mit Magendarmkrankungen, mit Herzerkrankungen, mit Nierenerkrankungen, mit Diabetes, mit Übergewicht
- Diabetes-Klinik
 - **Ziele:** Verbesserung der Behandlung von Patienten mit Typ 2 Diabetes anhand von Gesundheitserziehung, Patienten im Umgang mit ihrer Krankheit unterstützen, Selbstvertrauen der Patienten steigern
 - **Zielgruppen:** Patienten auf Diät, Patienten auf Diät und oraler Medikation, Patienten auf Diät und Insulintherapie
 - **Programme:** biopsychosoziale Betreuung durch Arzt und Krankenpflegefachkräfte, Selbsthilfegruppen von Patienten, Beratung durch einen Diätologen (2 Mal pro Jahr), „diabetisches Kochen“ (3 Mal pro Jahr)

Zusammenarbeit im Gesundheitszentrum

Zur besseren Koordination der Zusammenarbeit interdisziplinären Zusammenarbeit und der Behandlung der Patienten wurden folgende interne Gremien eingerichtet:

- Wöchentliche Treffen der einzelnen Disziplinen
- Interdisziplinäre Treffen, z.B. zu Fallbesprechungen
- Monatliche Planungstreffen des gesamten Teams
- Leitungstreffen

Absehen von den internen Treffen ist das Gesundheitszentrum unter anderen auch in folgenden Gremien vertreten:

- Plattform der Leistungsanbieter
- Komitee der flämischen Gesundheitszentren

- Lokaler Qualitätszirkel
- Lokaler sozialpolitischer Beirat

Öffnungszeiten des Gesundheitszentrums und Randzeitenversorgung

Das Gesundheitszentrum hat von Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 19.00 Uhr geöffnet.

Zur Versorgung während der Nacht gibt es eine Kooperation mit dem lokalen Hausarzt-Service; zur Versorgung während des Wochenendes sind drei Hausärzte in Gent in Rufbereitschaft.

Vergütungssystem des Gesundheitszentrums

Das Gesundheitszentrum wurde von 1995 bis 2013 auf Basis von Kopfpauschalen finanziert. Im Jahr 2013 wurde ein neues Vergütungssystem eingeführt. Nunmehr erhält jedes Gesundheitszentrum ein auf sich zugeschnittenes Budget, welches dem Gesundheitszentrum anhand der Bevölkerungscharakteristika (demografische, sozio-ökonomische, morbiditätsbezogene Charakteristika) seiner eingetragenen Personen zugeteilt wird. Die Bevölkerungscharakteristika werden jedes Jahr neu bewertet. Es handelt sich sozusagen um eine Kopfpauschale für die gesamten beim Gesundheitszentrum eingetragenen Personen.

4. Interne Organisations- und Finanzierungsstruktur von Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland

Ziel dieses Abschnittes ist es die interne Organisations- und Finanzierungsstruktur von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) darzustellen. Ein spezieller Fokus liegt hierbei auf der Analyse, wie Ärzte in den MVZ vergütet werden.

4.1. Einleitung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde 2004 die Möglichkeit geschaffen, dass auch MVZ an der vertragsärztlichen (kassenärztlichen) Versorgung teilnehmen können. Ursprünglich waren als Träger von MVZ alle Leistungserbringer zugelassen, welche an der medizinischen Versorgung aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag teilnehmen durften. Insofern konnten neben (Fach-)Ärzten unter anderen auch Krankenhäuser, Psychotherapeuten, Heilmittelerbringer, Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken oder Leistungserbringer für die häusliche Krankenpflege als Gesellschafter von MVZ auftreten¹⁰. Seit 1. Jänner 2012 können MVZ jedoch nur noch von zugelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen oder unter bestimmten Bedingungen von gemeinnützigen Trägern¹¹ gegründet werden.

Als Trägerschaft von MVZ sind prinzipiell folgende Rechtsformen gesetzlich zulässig: Personengesellschaften (Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft), eingetragene Genossenschaften (e.G.) und Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH). Andere Kapitalgesellschaften wie Aktiengesellschaften (AG) sind keine mögliche Rechtsform.¹²

Ein MVZ hat fachrichtungsspezifisch folgende rechtliche Bedingungen zu erfüllen: es müssen mindestens zwei vertragsärztliche halbe Kassenarztsitze (KA-S) aus unterschiedlichen Fachrichtungen tätig sein (z.B. ein Allgemeinmediziner als Hausarzt zusammen mit einem hausärztlich tätigen Dermatologen oder Internisten)¹³. Zudem muss der Kassenärztlichen Vereinigung eine Bürgschaft von den Gesellschaftern eines MVZ abgelegt werden, für den Fall von ausstehenden Forderungen.

¹⁰ zugelassene Leistungserbringer nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

¹¹ mindestens zwei Drittel der Leistungen müssen hilfsbedürftigen Personen i.S. des § 53 AO zugutekommen

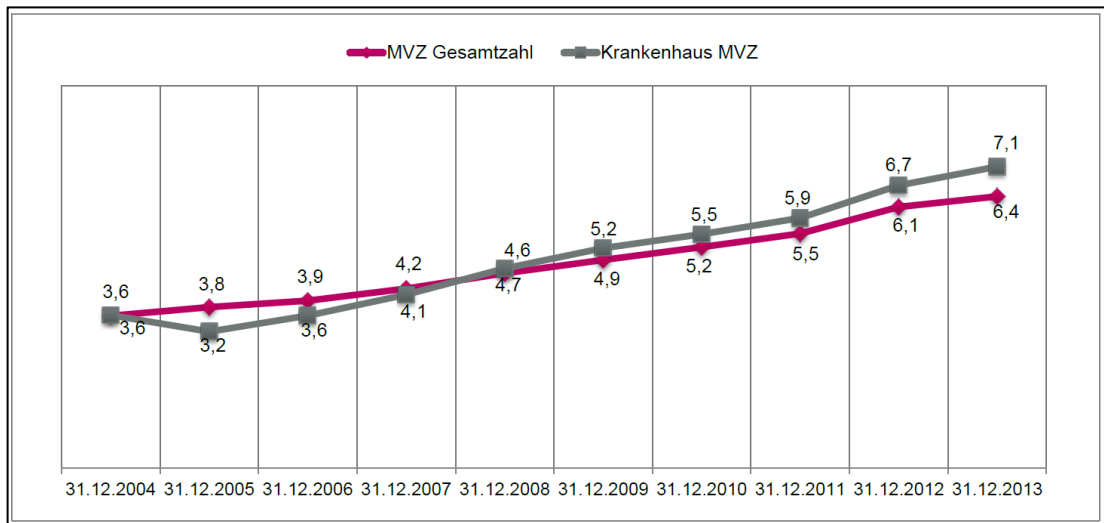
¹² Für einen genaueren Überblick über die Entwicklung von deutschen MVZ (2004-2011) siehe auch Kapitel 5 *Kooperationsformen in Deutschland – Medizinische Versorgungszentren* in Cypionka et al. 2012.

¹³ Im Koalitionsvertrag ist geplant (§ 95 Abs. 1 SGB V) die Gründung von MVZ zu erleichtern, indem die Bedingung „fachübergreifend“ gestrichen wird und somit arztgruppengleiche MVZ zuzulassen.

Größe von MVZ

Wirft man einen Blick auf die durchschnittliche Arbeitsgröße eines MVZ (vgl. Abbildung 2), ist ein langsames aber stetiges Wachstum zu erkennen. Waren Ende 2004 noch 3,6 Ärzte in einem MVZ tätig so waren es Ende 2013 7,1 Ärzte (Krankenhaus MVZ) bzw. 6,4 Ärzte (MVZ Gesamtzahl).

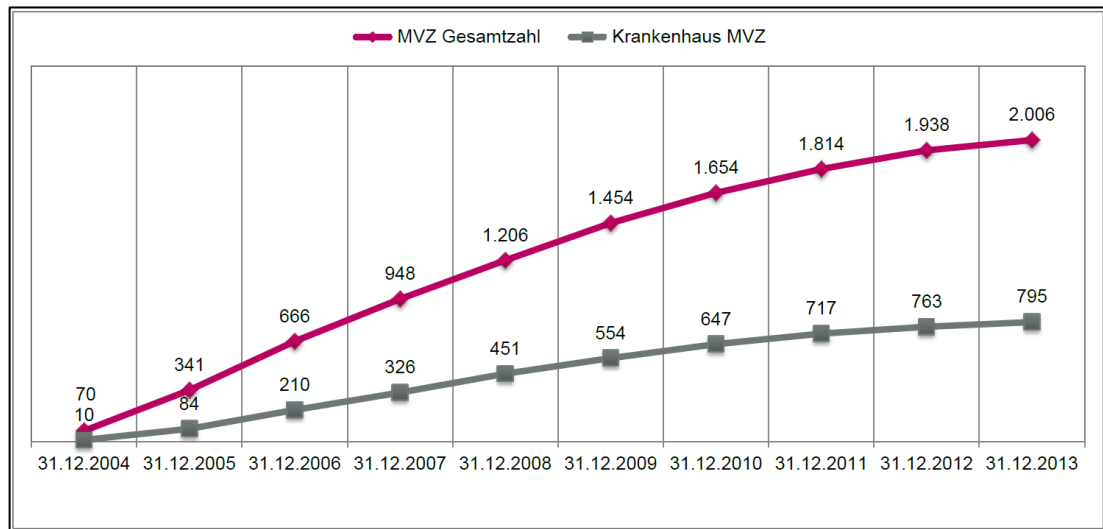
Abbildung 2: Durchschnittliche Arbeitsgröße (Ärzte/MVZ)



Quelle: KBV (2014).

Neugründen von MVZ

Beim Vergleich der Anzahl an Neugründungen ist festzustellen, dass die Wachstumsrate der Neugründungen zurückgeht, aber dennoch ein stetiger Anstieg zu verzeichnen ist (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Anzahl MVZ im Zeitverlauf

Quelle: KBV (2014).

Zulassungen von MVZ

Jedes MVZ muss eine Zulassung erwerben und erhält dadurch einen Kassenarztsitz (KA-S) und eine eigene Abrechnungsnummer. Jeder in einem MVZ tätige Arzt benötigt eine eigene Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Vertragsärzte besitzen diese Zulassung durch Zulassung als Vertragsärzte. Angestellte Ärzte müssen die entsprechende Genehmigung durch den Zulassungsausschuss aufweisen können. Im MVZ tätige Vertragsärzte sind nicht auf eigene Vertragsarztrechnung, sondern unter dem Zulassungsstatus und auf Abrechnungsnummer des MVZ tätig. Die Zulassung des Vertragsarztes wird demnach von der Zulassung des MVZ „überlagert“. (Hensche 2012)

Die Zulassung des MVZs erfolgt allein für den (geographischen) Ort der Niederlassung, d.h. dem Ort an dem die ärztlichen Leistungen erbracht werden. Dadurch wird aber nicht ausgeschlossen, dass das MVZ – standortübergreifend – an mehreren Standorten tätig ist (innerhalb der örtlichen Grenze). Es kann Zweigstellen/Praxen gründen und betreiben, was aber die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung/der Zulassungsausschüsse voraussetzt. (Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Stand 20.02.2013)

4.2. Vorgehensweise

Um die Erkenntnisse der Literaturrecherche zu vertiefen und um eine Idee über die interne Organisations- und Finanzierungsstruktur einzelner Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) zu erlangen, wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt. Im Zuge

dessen wurden 85 MVZ in Deutschland schriftlich und 51 der 85 MVZ zusätzlich auch telefonisch kontaktiert.

Die kontaktierten MVZ wurden anhand des deutschen Branchenverzeichnisses mit Stichwort „Medizinisches Versorgungszentrum“ ausgewählt. Die Ergebnisse beinhalten vorwiegend MVZ in städtischer, aber auch MVZ in ländlicher Region. Es wurden ausschließlich MVZ kontaktiert, die eine Internetpräsenz aufwiesen und entsprechende Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Kontaktformular) auf ebendieser bereitstellten. Um einen möglichst breiten Eindruck zu generieren, wurden sowohl „kleine“ als auch „große“ MVZs (gemessen an der Mitarbeiteranzahl bzw. Zweigstellen/Praxen) in die Suche eingeschlossen. Ebenso wurden alle gängigen Rechtsformen in die Suche integriert. Krankenhäuser als Rechtsträger wurden nicht ausgeschlossen, da dieser Umstand nicht immer ersichtlich war. Eine Vergütung für das Teilnehmen an der Studie wurde nicht ausgeschüttet.

Sieben der kontaktierten MVZ erklärten sich, unter der Bedingung, dass alle Daten anonymisiert behandelt werden, bereit Auskunft über internen Organisationsstrukturen sowie über die internen Honorierungs- und Finanzierungsmodalitäten ihres MVZ zu geben. Die Interviews wurden entweder mit dem Geschäftsführer, dem medizinischen Leiter, oder dem kaufmännischen Leiter geführt und dauerten im Schnitt 15 Minuten. Alternativ zur Interviewform wurde den MVZ angeboten einen Fragebogen auszufüllen, welchen die Zentren bei Bedarf in einem Folgeschreiben erhalten haben. Dieser Fragebogen war zugleich der Leitfaden der Telefoninterviews und ist im Appendix unter Abschnitt 7.2 abgebildet.

Der Fragebogen gliederte sich in fünf Blöcke:

- Block 1: allgemeine Fragen zum MVZ (Rechtsform, Verteilung von Kosten bzw. Gewinnen,...)
- Block 2: Fragen zu den angestellten Ärzten (Höhe des Gehalts, Arbeitsstunden pro Woche,...)
- Block 3: Fragen zu den Vertragsärzten (Höhe des Gehalts, Arbeitsstunden pro Woche,...)
- Block 4: Fragen zu dem medizinischem Personal (Form der Anstellung, Höhe des Gehalts,...)
- Block 5: sonstige Fragen (Tätigkeit außerhalb der Praxis, sonstige Anmerkungen,...)

In diesem Zusammenhang ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass die durch diese Experteninterviews gewonnen Erkenntnisse aufgrund des geringen Stichprobenumfangs nicht verallgemeinerbar sind. Vielmehr handelt es sich um Beschreibungen von einzelnen MVZ, welche dazu dienen sollen einen Eindruck über die interne Organisations- und

Finanzierungsstruktur von angestellten Ärzten, Vertragsärzten und medizinischem Personal zu gewinnen.

Die Erkenntnisse aus den Experteninterviews werden im Folgenden in fünf Themenblöcken zusammengefasst:

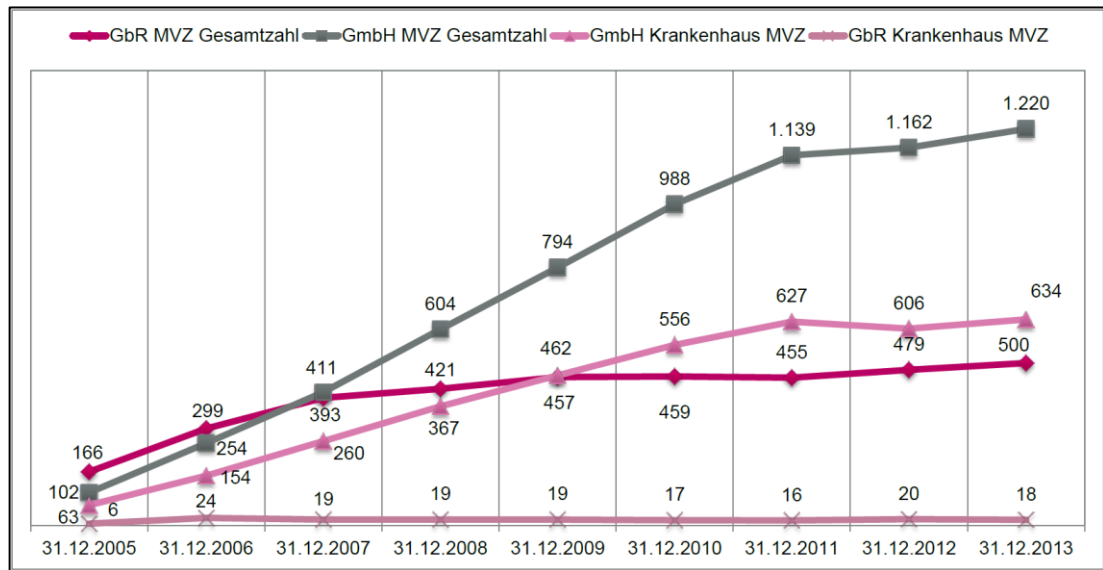
- Themenblock 1: Rechtsformen von MVZ (Abschnitt 4.3)
- Themenblock 2: Verteilung von Kosten und Gewinne (Abschnitt 4.4)
- Themenblock 3: Dienstrechtliche Formen und Verdienste von Ärzten (Abschnitt 4.5)
- Themenblock 4: Dienstrechtliche Formen und Verdienste vom medizinischen Personal (Abschnitt 4.6)
- Themenblock 5: Abrechnung der erbrachten Leistungen mit dem KV (Abschnitt 4.7)

4.3. Rechtsformen von MVZ

Als die ersten MVZ gegründet wurden, war es üblich hierfür die Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) zu wählen. Inzwischen wird bei der Wahl der Rechtsform die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oftmals der Gesellschaft bürgerlichen Rechts vorgezogen (vgl. Abbildung 4). Beide Rechtsformen haben jedoch Vor- und Nachteile:

- Der **Vorteil einer GbR gegenüber einer GmbH** ist schlicht der steuerliche Vorteil einer Personen- gegenüber einer Kapitalgesellschaft (keine Kapitalertragssteuer, keine Körperschaftssteuer, gewisser Freibetrag bei der Gewerbesteuer)
- Der **Vorteil einer GmbH gegenüber einer GbR** ist, dass eine GmbH sowohl von natürlichen als auch juristischen Personen ge- und verkauft werden kann, eine GbR jedoch nur von natürlichen Personen ge- und verkauft werden kann. Die Umwandlung einer GbR in eine GmbH ist mit hohen Kosten verbunden. Die GmbH ist die einzig mögliche Rechtsform, wenn ein Krankenhaus als der bzw. ein Gesellschafter eines MVZ auftreten möchte.

Abbildung 4: Ausgewählte Rechtsformen bei MVZ



Quelle: KBV (2014).

Die MVZ der Stichprobe spiegeln das Verhältnis an Trägerschaften von MVZ in Deutschland (vgl. Abbildung 4) nicht wider. In der Stichprobe (sieben MVZ) besitzen zwei als Rechtsform eine GbR, vier die Rechtsform einer GmbH und eines die Rechtsform einer gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH). Bei drei der vier MVZ, welche als Rechtsform eine GmbH haben, hat ein Krankenhaus die Trägerschaft inne.

4.4. Verteilung der Kosten und Gewinne

In Tabelle 5 ist die Verteilung der Kosten und Gewinne von den sieben MVZ der Stichprobe näher beschrieben. In diesem Zusammenhang ist wichtig festzuhalten, dass wenn MVZ über die Verteilung von Kosten befragt wurden, unter „Kosten“ stets sowohl Lohn- bzw. Gehaltskosten als auch Investitionskosten zu verstehen sind.

Tabelle 5: Verteilung von Kosten und Gewinnen in befragten MVZ

Kosten		Gewinne
MVZ1 (GbR)	Kosten gleichverteilt unter den Gesellschaftern	Gewinne gleichverteilt unter den Gesellschaftern
MVZ2 (GbR)	Kosten gleichverteilt unter den Gesellschaftern	Gewinne gleichverteilt unter den Gesellschaftern
MVZ3 (GmbH)	MVZ (und jede Filiale des MVZ) trägt sämtliche Kosten	Gewinne werden innerhalb der GmbH zusammengeführt und dann entsprechend auf die Zweigstellen verteilt.
MVZ4 (GmbH)	GmbH trägt sämtliche Kosten	Gewinne werden entsprechend den Anteilen an der Gesellschaft an die Gesellschafter verteilt.
Krankenhaus als Gesellschafter		
MVZ5 (GmbH)	MVZ (und jede Filiale des MVZ) trägt sämtliche Kosten	Gewinne werden innerhalb der GmbH zusammengeführt und dann entsprechend auf die Zweigstellen verteilt.
MVZ6 (gGmbH)	Startkapital wird vom Krankenhaus getragen Sämtliche laufende Kosten werden vom MVZ ¹⁾ getragen	Gewinne verbleiben innerhalb des MVZ
MVZ7 (GmbH)	Startkapital und sämtliche laufende Kosten werden vom Krankenhaus getragen	Muttergesellschaft (= Krankenhaus) entscheidet über die Verteilung der Gewinne. Dabei wird ein Teil der Gewinne an die Ärzte des MVZ verteilt und ein Teil der Gewinne vom Krankenhaus einbehalten

Anmerkung: 1) Soweit dies möglich ist. Kurz nach der Gründung, wenn noch kein Kundenstamm aufgebaut ist, trägt das Krankenhaus ebenfalls einen Teil der laufenden Kosten.

Quelle: IHS HealthEcon (2014).

4.5. Dienstrechtliche Formen und Verdienste von Ärzten

Hinsichtlich der dienstrechtlichen Formen bei in MVZ tätigen Ärzten kann generell zwischen drei Varianten MVZ unterschieden werden:

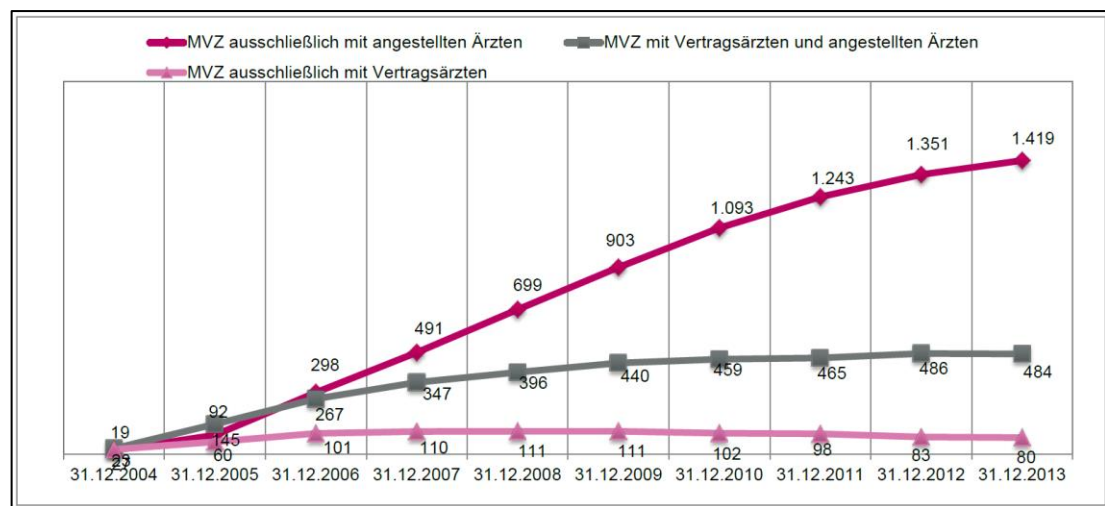
- **Freiberufler-Variante:** Das MVZ arbeitet ausschließlich mit Vertragsärzten. Dabei wird bei MVZ-Gründung oder bei Anschluss eines Vertragsarztes die Zulassung in das MVZ eingebracht und kann bei Auflösung der Kooperation wieder aus dem MVZ herausgelöst werden.
- **Angestellten-Variante:** Das MVZ arbeitet ausschließlich mit angestellten Ärzten. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen MVZ bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Angestellte Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren haben keinen Vertragsarztstatus, sind aber, da sie im Arztregister eingetragen sein müssen, Mitglieder der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen. Überträgt ein

zugelassener Arzt den Sitz an das MVZ verbleibt dieser auch dort, wenn er das MVZ verlässt. Aus Sicht des Trägers besteht somit der Vorteil, dass ein Sitz durch mehrere Angestellte besetzt und dass die Nachbesetzung ohne formale Ausschreibungsverfahren vorgenommen werden kann.

- **Mischvariante:** Das MVZ arbeitet sowohl mit Vertragsärzten als auch mit angestellten Ärzten.

In Abbildung 5 ist zu erkennen, dass die Zahl an angestellten Ärzten in MVZ seit 2006 stärker ansteigt als die Zahl an Vertragsärzten in MVZ. Betrachtet man MVZ mit Krankenhausbeteiligung, ist der Kontrast zwischen MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten (773) und MVZ mit Vertragsärzten und angestellten Ärzten (22) noch deutlicher (Stand Ende 2013) [nicht abgebildet in Abbildung 5].

Abbildung 5: Art der ärztlichen Berufsausübung (Gesamtentwicklung)



Quelle: KBV (2014).

Das explizite Ziel dieses Abschnittes ist es, die internen Organisations- und Finanzierungsstrukturen von MVZ zu analysieren. Aufgrund dessen werden in diesem Themenblock die Spezifika jedes MVZ hinsichtlich der dienstrechtlichen Formen und Verdienste von Ärzten im Detail dargestellt.

4.5.1. MVZ1 – Gesellschaft bürgerlichen Rechts

Dienstrechtliche Formen

Das MVZ1 besteht aus 19 Gesellschaftern, wobei jeder als Arzt im MVZ tätig ist. Insgesamt besteht das MVZ1 aus 64 Ärzten. Sämtliche Gesellschafter sind Vertragsärzte, sämtliche anderen Ärzte sind angestellt. Beide Arten von dienstrechtlichen Verhältnissen sind also in diesem MVZ möglich.

Zudem besteht keine prinzipielle Regelung, ob Gesellschafter ein Vertragsarzt oder angestellter Arzt zu sein hat. Vielmehr werden diesbezüglich die Verträge individuell vereinbart.

Höhe und Form des Verdienstes

Im MVZ1 orientiert sich der Verdienst (Grundgehalt) der Ärzte an den Monatsentgelten laut Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte) (vgl. Tabelle 6). Dieser Tarifvertrag besteht seit September 2005 und wurde vom Marburger Bund mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) abgeschlossen. In Anlehnung an die Tarifverträge verdient ein Arzt im MVZ1 je nach Tätigkeit und Erfahrung im Durchschnitt 6.300 EUR brutto im Monat, abhängig davon ob Leitungsfunktionen übernommen werden oder nicht. Dies entspricht in etwa der tariflichen Einheit eines Facharztes mit mehrjähriger Berufserfahrung.

Im MVZ 1 gibt es zusätzlich zu dem oben erwähnten Grundgehalt eine zusätzliche Vergütung bei (Nacht-)Diensten oder Notarztdiensten. Die Vergütung ist aber ausschließlich abhängig vom Zeitfaktor und nicht vom Umsatz einzelner Leistungen. Der Grund dafür ist laut Aussage des ärztlichen Leiters, dass es dadurch zu Fehlanreizen kommt und nicht der Philosophie des MVZ1 entspricht. Daher existiert am MVZ 1 weder eine Vergütung auf Basis von individuellen Gesundheitsleistungen (IGe-Leistungen)¹⁴ noch eine leistungsbezogene Vergütung anhand von vereinbarten/definierten Zielen.

¹⁴ Eine Erläuterung der IGe-Leistungen findet sich in Box 1.

Tabelle 6: Monatsentgelte bei einer Wochenarbeitszeit von 42 Stunden für TV-Ärzte an Universitätskliniken, gültig ab 1. März 2014, in EUR

Entgeltgruppe	Stufe 1, in EUR	Stufe 2, in EUR	Stufe 3, in EUR	Stufe 4, in EUR	Stufe 5, in EUR	Stufe 6, in EUR
Ä1	4.219,62 im 1. Jahr	4.458,80 im 2. Jahr	4.629,62 im 3. Jahr	4.925,74 im 4. Jahr	5.278,80 im 5. Jahr	5.416,50 ab 6. Jahr
Ä2	5.569,21 ab 1. Jahr	6.036,17 ab 4. Jahr	6.446,17 ab 7. Jahr	6.676,57 ab 10. Jahr	6.802,16 ab 13. Jahr	
Ä3	6.975,76 ab 1. Jahr	7.385,76 ab 4. Jahr	7.972,29 ab 7. Jahr			
Ä4	8.205,78 ab 1. Jahr	8.792,30 ab 4. Jahr	9.259,25 ab 7. Jahr			

Anmerkung: Ä1 Arzt mit entsprechender Tätigkeit, Ä2 Facharzt mit entsprechender Tätigkeit, Ä3 Oberarzt (derjenige Arzt, dem die medizinische Verantwortung für Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik bzw. Abteilung vom Arbeitgeber übertragen worden ist), Ä4 Facharzt in ständiger Vertretung des leidenden Arztes (Chefarzt).

Quelle: Marburger Bund (2014a).

Box 1: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGe-Leistungen)

Nach der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2012) sind IGe-Leistungen wie folgt definiert:

- Leistungen, die generell oder im Einzelfall nicht der Leistungspflicht der GKV unterliegen, weil nach Ansicht des Gemeinsamen Bundesausschusses keine ausreichenden Belege für ihren Nutzen vorliegen, die aber auch keine bedeutsamen Schäden erwarten lassen, so dass das Verhältnis von Nutzen und Schaden mindestens ausgeglichen ist.
- Leistungen, die über das vom Gesetzgeber definierte Maß einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Patientenversorgung hinausgehen (Übermaßbehandlung)
- Leistungen, die aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind.
- Leistungen, die von Patienten ausdrücklich gewünscht werden und keine medizinische Zielsetzung haben, wie z.B. Schönheitsoperationen.

Eine Auflistung der am häufigsten durchgeführten IGe-Leistungen findet sich in Abbildung 6. Es besteht außerdem eine offene Kritik, dass IGe-Leistungen nur dem Arzt in Form von Zusatzvergütung Nutzen bringen, nicht aber dem Patienten. Seit 2012 bietet der *Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.* (MDS) daher

einen kostenlosen Service namens IGEL-Monitor, welcher IGe-Leistungen bewertet und erklärt.

Abbildung 6: Häufigste IGe-Leistungen in Prozent

Art der Leistung	
Ultraschalluntersuchungen	20,6
Glaukomvorsorgeuntersuchungen	16,0
Blutuntersuchungen/Laborleistungen	12,3
ergänzende Krebsfrüherkennung bei Frauen	11,9
Hautkrebsvorsorge	8,3
Verordnungen Medikamente bzw. Heil- und Hilfsmittel	7,6
keine vertragsärztlichen Leistungen, vom GBA abgelehnt	5,1
PSA-Wert-Bestimmungen	5,0
kosmetische Leistungen	3,6
Knochendichtemessungen	2,8
EKG	1,6
Akupunktur	1,3
Nahrungsergänzungsmittel	0,3
Sonstiges	3,6

Quelle: WidO-Monitor (2013).

Arbeitszeit

Im MVZ1 kann die vertragliche Wochenarbeitszeit individuell ausverhandelt werden, es gibt also diesbezüglich keine fixe Vorgabe. Generell arbeiten im MVZ1 viele Ärzte Teilzeit, was auf private Verpflichtungen in der Kinderbetreuung zurückzuführen ist.

Nebentätigkeiten

Nebentätigkeiten, wie zum Beispiel Notarztdienste, werden von Ärzten nur in wenigen Fällen ausgeübt.

4.5.2. MVZ2 – Gesellschaft bürgerlichen Rechts

Das MVZ2 ist zwar hausärztlich tätig, ein besonderer Schwerpunkt widmet sich allerdings dem phlebologisch-lymphologischen Bereich. Die GbR, dessen Teil das MVZ2 ist, umfasst neben dem MVZ auch eine Gemeinschaftspraxis und eine Praxis für Orthopädie. Diese drei Teile können nicht zu einem MVZ zusammengefasst werden, da sie sich nicht am selben Ort befinden. Ein MVZ darf aus rechtlichen Gründen nur an einem Ort tätig sein.

Die GbR betreibt die drei Institutionen getrennt, im Grunde besteht aber Personenunion und es kommt alles „in einen Topf“.

Dienstrechtliche Formen

Das MVZ2 besteht aus sieben Gesellschaftern, wobei auch jeder als Arzt im MVZ tätig ist. Insgesamt sind im MVZ 13 Ärzte beschäftigt. Zwölf Ärzte sind angestellt und ein Arzt ist als Vertragsarzt tätig (er ist assoziiert und besitzt einen halben Kassenarztsitz (KA-S)). Die zwölf angestellten Ärzte teilen sich dabei zehn Kassenarztsitze (KA-S).

Von den 13 Ärzten arbeiten sieben Ärzte Vollzeit (= Gesellschafter), die restlichen Ärzte arbeiten Teilzeit.

Höhe und Form des Verdienstes

Alle Ärzte im MVZ2 erhalten ein Grundgehalt nach Tarifvertrag im Krankenhaus (vgl. Tabelle 7) plus einer monatlichen Prämie, welche sich einerseits an der Gesamtentwicklung des MVZ und andererseits an den einzelnen abgerechneten Leistungen orientiert.

Hinsichtlich der Prämien wurde folgendes mit den Ärzten vereinbart:

- In den ersten Bestandsjahren des MVZ orientierte sich die Höhe der Prämie am Gesamterfolg des MVZ. Es wurden gestaffelte Prämien zwischen 500 EUR und 2.000 EUR pro Halbtagsstelle und Monat an die Ärzte ausbezahlt werden.
- Nunmehr lässt sich durch die Kassenvereinigung und den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)¹⁵ genau ermitteln, wie viele Leistungen jeder einzelne Arzt pro Monat abgerechnet hat. Daran orientiert sich die Höhe der Prämie. Diese beträgt ebenso bis zu 2.000 EUR pro Halbtagsstelle.

Insgesamt belaufen sich die Prämien im Durchschnitt auf bis zu einem Viertel des Gehaltes.

¹⁵ Eine Erläuterung des EBM findet sich in Abschnitt 3.2.2.

Tabelle 7: Monatsentgelte bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden für TV-Ärzte an Krankenhäusern, gültig ab 1. Jänner 2014, in EUR

Entgeltgruppe	Stufe 1, in EUR	Stufe 2, in EUR	Stufe 3, in EUR	Stufe 4, in EUR	Stufe 5, in EUR	Stufe 6, in EUR
Ä1	4.023,08 im 1. Jahr	4.251,13 im 2. Jahr	4.413,99 im 3. Jahr	4.696,31 im 4. Jahr	5.032,94 im 5. Jahr	5.171,38 ab 6. Jahr
Ä2	5.309,81 ab 1. Jahr	5.755,02 ab 4. Jahr	6.145,94 ab 7. Jahr	6.373,97 ab 9. Jahr	6.596,55 ab 11. Jahr	6.819,15 ab 13. Jahr
Ä3	6.650,86 ab 1. Jahr	7.041,76 ab 4. Jahr	7.601,00 ab 7. Jahr			
Ä4	7.823,56 ab 1. Jahr	8.382,82 ab 4. Jahr				

Anmerkung: Ä1 Arzt mit entsprechender Tätigkeit, Ä2 Facharzt mit entsprechender Tätigkeit, Ä3 Oberarzt (derjenige Arzt, dem die medizinische Verantwortung für Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik bzw. Abteilung vom Arbeitgeber übertragen worden ist), Ä4 Leitender Oberarzt.

Quelle: Marburger Bund (2014b).

4.5.3. MVZ3 – Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Das MVZ3 ist nach Angaben des Geschäftsführers eines der wenigen MVZ in Deutschland, das auf gesunden Beinen steht. Seit dem Gründungsjahr 2004 schreibt das MVZ Gewinne, welche sich nach Angaben des Geschäftsführers auch jedes Jahr erhöhen.

Dienstrechtliche Formen

Im MVZ3 sind zehn Ärzte tätig, alle sind beim MVZ angestellt. Diese zehn angestellten Ärzte teilen sich vier Kassenarztsitze (KA-S).

Höhe und Form des Verdienstes

Im MVZ3 fängt das monatliche Grundgehalt eines vollangestellten Arztes (ganzer KA-S) bei 6.000 EUR an.

Zum Grundgehalt addiert sich eine Bezahlung nach Umsatz (leistungsbezogene Vergütung). Jeder Mitarbeiter hat seine eigene Umsatzstatistik, welche im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und anhand der einzelnen Gebührenordnungspositionen (GOP) erstellt wird. Dem Umsatz entsprechend werden die Ärzte zusätzlich vergütet¹⁶.

¹⁶ Für eine Auflistung der Gebührenordnungspositionen siehe auch Cypionka et al. (2014)

4.5.4. MVZ4 – Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Das MVZ4 besteht aus drei Gesellschaftern, die Einlagen in das Unternehmen getätigt haben. Jegliche Kosten werden von der GmbH getragen. Das MVZ4 ist zwar hausärztlich tätig, jedoch liegt ein besonderer Schwerpunkt auf ambulanten Operationen und dem Fachbereich der Chirurgie. Lediglich ein Arzt ist Facharzt für Allgemeinmedizin.

Dienstrechtliche Formen

Im MVZ4 sind insgesamt sieben Ärzte angestellt, welche über 5,5 Kassenarztsitze verfügen.

Höhe und Form des Verdienstes

Sämtliche Ärzte des MVZ4 erhalten einerseits ein Grundgehalt und andererseits eine Bezahlung nach Gesamtumsatz des MVZ, welche anteilig an den Stunden, welche die Ärzte am MVZ arbeitet, aufgeteilt wird. Den Ärzten, welche zugleich auch Gesellschafter sind, wird zusätzlich ein Teil des Gewinnes anteilig der getätigten Einlage in die GmbH ausgeschüttet.

Über die genaue Höhe des Verdienstes konnte keine Auskunft erlangt werden, lediglich dass die Vergütung etwas über der Höhe des Tarifvertrages (Tabelle 7) liegt.

4.5.5. MVZ5 (= 2 MVZ) – Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Die GmbH, welche die MVZ5 betreibt, betreibt nicht nur MVZ sondern auch Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeheime. Zehn der insgesamt rund 50 Einrichtungen sind MVZ, welche in fünf verschiedenen Bundesländern betrieben werden. Die einzelnen MVZ können dabei durchaus noch einzelne Zweigstellen innerhalb ihres Standorts haben. Jedes MVZ trägt die Kosten und Gewinne selber. Gewinne werden zwar innerhalb der GmbH zusammengeführt, jedoch im weiteren Verlauf entsprechend wieder aufgeteilt.

Die folgenden Informationen beziehen sich auf zwei der zehn MVZ.

Dienstrechtliche Formen

Die GmbH der MVZ5 arbeitet ausschließlich mit angestellten Ärzten. Ein MVZ der MVZ5 verfügt über vier Kassenarztsitze, das andere MVZ über zehn Kassenarztsitze. Hinter diesen Kassenarztsitzen steht jeweils eine größere Anzahl an Ärzten, welche sich diese Sitze teilen (sowohl Teilzeit, als auch Vollzeit gleichermaßen).

Höhe und Form des Verdienstes

In den MVZ5 variiert der Verdienst je nach Fachrichtung, aber im Schnitt lässt sich sagen, dass das Brutto-Jahresgehalt eines Arztes bei 75.000 EUR liegt. Das Gehalt erschließt sich aus einem Grundgehalt und einer leistungsbezogenen Vergütung anhand von klar definierten Zielen, welche pro Quartal und zusätzlich einmal im Jahr bezahlt wird. Die Ziele sind einerseits mit IGe-Leistungen und andererseits mit Qualitätssicherungskriterien verbunden. Die Entlohnung nach Kopfpauschalen findet nicht statt.

4.5.6. MVZ6 (= 3 MVZ) – gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Bei den MVZ6 wird die Form eines Medizinischen Versorgungszentrums genutzt, um den ambulanten Bereich eines Verbandes von Krankenhäusern in einer Region zu unterstützen. Die MVZ tragen die Kosten selbst und die Gewinne verbleiben zu 100% beim jeweiligen MVZ.

Die folgenden Informationen beziehen sich auf drei MVZ.

In den drei MVZ arbeiten insgesamt zwölf Ärzte, welche sich auf elf Zweigstellen/Praxen aufteilen. Gerade in ländlichen Gegenden hat ein MVZ oftmals mehrere Zweigstellen/Praxen, da es häufig schwierig sein kann geeignete Räumlichkeiten für ein „größeres“ MVZ zu finden. Zwei der drei MVZ bestehen aus zwei unterschiedlichen Fachrichtungen, eines beherbergt eine dritte Fachrichtung.

Dienstrechtliche Formen

Alle Ärzte sind bei den MVZ angestellt und arbeiten rund 40 Stunden pro Woche. Da die MVZ eng mit Krankenhäusern verzahnt sind, arbeiten einige Ärzte einen Tag in der Woche (8 Stunden) im Krankenhaus. Einerseits wird so der Kontakt zum Krankenhaus gewahrt, andererseits können sich so auch Synergieeffekte bilden. Ein bis zwei der zwölf Ärzte helfen auch bei Rettungsdiensten des Krankenhauses aus. Generell werden diese Dienste aber von den Krankenhaus-Ärzten übernommen.

Höhe und Form des Verdienstes

Auf der Basis von 40 Stunden pro Woche beträgt das monatliche Grundgehalt der angestellten Ärzte im Durchschnitt 5.300 EUR brutto. Hinzu kommen Einzelleistungsvergütungen basierend auf den durchgeführten IGe-Leistungen. Der Ertrag dieser Leistungen wird in einem Pool gesammelt. Prinzipiell kann der jeweils leitende Arzt im

MVZ bestimmen, wie dieser Pool aufgeteilt wird, generell wird er aber gleichmäßig unter dem angestellten Personal (Ärzte und medizinisches Fachpersonal) verteilt.

Eine umsatzbezogene Vergütung bzw. Beteiligung existiert noch nicht, es gibt aber Bestrebungen diese Form der Vergütung einzuführen. Viele niedergelassene Ärzte kritisieren MVZ als „Faultierform“, da Ärzte nicht zwischen Gewinnen und Verlusten unterscheiden müssen. Auch wenn sie vergleichsweise wenig arbeiten, bekommen sie ihr Gehalt und haften nicht mit den eigenen Kosten. Um das Engagement bzw. die Anstrengung der Ärzte zu heben, ist für nächstes Jahr eine Beteiligung an Verlusten bzw. Gewinnen geplant. Momentan erwirtschaftete nur eines der drei MVZ (Gründung 2006, sechs Ärzte) einen einmaligen Gewinn von 5.000 EUR am Jahresende 2013, die anderen beiden MVZ (Gründung 2009 und 2010, jeweils drei Ärzte) befinden sich noch in der Wachstumsphase.

Weiters werden Boni für Hausbesuchsdienste ausgeschüttet. Dienste sind entweder 24 Stundendienste oder von 19:00 Uhr bis 7:00 Uhr. Diese Dienste versuchen den Rettungsdienst zu substituieren, d.h. falls jemand Bauchschmerzen oder ähnliches hat, dann kommt der Hausarzt beim Patienten vorbei anstatt der Rettung.

4.5.7. MVZ7 – Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Beim MVZ7 fungiert ein Universitätsklinikum als alleiniger Gesellschafter. Sowohl Startkapital als auch sämtliche weiteren Kosten werden vom Klinikum übernommen. Die Muttergesellschaft entscheidet ebenfalls über die Verteilung der Gewinne. Das MVZ besteht aus nur einer Filiale.

Dienstrechtliche Formen

Im MVZ7 arbeiten insgesamt fünf Ärzte auf 4,25 Kassenarztsitzen (KA-S). Alle Ärzte sind angestellt und arbeiten im Durchschnitt 42 Stunden pro Woche. Die Ärzte des MVZ7 sind ausschließlich im MVZ tätig.

Höhe und Form des Verdienstes

Zu einer Höhe des Einkommens, bzw. einer unteren Grenze des Einstiegsgehaltes konnte leider keine Information eruiert werden¹⁷. Dennoch werden ein Grund- und ein leistungsbezogenes Gehalt ausgeschüttet, welches an „harte und weiche“ Kriterien

¹⁷ Da ein Universitätsklinikum Rechtsträger ist, kann davon ausgegangen werden, dass das Gehalt dem Schema in Tabelle 6 ähnelt.

gebunden ist und sich jedes Jahr ändert. Das heißt, dass eine Abhängigkeit zu Arbeitszeit oder auch Umsatz der Leistungen bestehen kann. IGe-Leistungen spielen meist keine Rolle.

Sonderfall Universitätsklinikum

Es ist relativ selten, dass ein Universitätsklinikum in Deutschland Träger eines MVZ ist. Das Klinikum hat eine eigene Tochtergesellschaft gegründet (GmbH), welche wiederum Träger des MVZ ist. Der eigentliche Grund für die Gründung des MVZ war, eine Lehrstuhlpraxis für Allgemeinmedizin außerhalb des Klinikums betreiben zu können. Um eine Hausarztpraxis zu führen, in der das Universitätsklinikum Träger sein kann, muss die Praxis ein MVZ sein, und damit es ein MVZ sein kann muss es (noch) fachübergreifend sein. Aus diesem Grund sind neben den Allgemeinmedizinern noch Transfusionsmediziner und Radiologen im MVZ. Ein Vorteil ist, dass die Krankenversicherung einen Kassenarztsitz (KA-S) bereitstellen muss, wenn ein Arzt über 50% an einer Universität angestellt ist. Ebenfalls ist es auch möglich, dass staatliche Gelder indirekt in das MVZ fließen, da die GmbH eine volle Tochter des Universitätsklinikum ist.

4.6. Dienstrechtliche Formen und Verdienste von medizinischem Personal

Dienstrechtliche Formen

Medizinisches (Fach-)Personal ist in allen befragten MVZ angestellt und nicht freiberuflich tätig. In allen Fällen ist die Anzahl an medizinischem (Fach-)Personal höher als die Anzahl an Ärzten. Gemäß der Definition der Bundesärztekammer 2013 sind unter medizinischen (Fach-)Personal folgende Berufsbilder zu verstehen: Sprechstundenpfleger/innen und Sprechstundenhelfer/innen sowie staatlich geprüfte Kranken- und Kinderkrankenschwestern/Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen.

Das medizinische (Fach-)Personal kann sowohl Teilzeit, als auch Vollzeit angestellt sein.

Höhe und Form des Verdienstes

Die Höhe des Verdienstes ist abhängig von der Qualifikation und Funktion, und wird in fünf der sieben MVZ in Anlehnung an den Tarifvertrag ausgeführt, welcher in Tabelle 8 dargestellt ist. Es besteht eine gestaffelte Hierarchie und je nachdem ob eine Leitungsposition übernommen wird oder nicht, wird unterschiedlich entlohnt.

In einem MVZ wird unter dem Satz des Tarifvertrages vergütet (MVZ6; Einstiegsgehalt bei 1.480 EUR brutto/Monat) und in einem MVZ übertariflich entlohnt (MVZ1; Einstiegsgehalt bei 1.900 EUR brutto/Monat).

Tabelle 8: Gehälter für medizinische Fachangestellte

Entgeltgruppe	Stufe 1 (1.-4. Jahr)	Stufe 2 (5.-8. Jahr)	Stufe 3 (9.-12. Jahr)	Stufe 4 (13.-16. Jahr)	Stufe 5 (ab 17. Jahr)
G1	1.683,14	1.827,64	1.943,89	1.998,78	2.211,29
G2	1.809,38	1.964,72	2.089,68	2.148,69	2.377,13
G3	1.893,54	2.056,10	2.186,87	2.248,63	2.487,70
G4	2.019,77	2.193,17	2.332,67	2.398,54	2.653,54
G5	2.188,09	2.375,93	2.527,05	2.598,42	2.874,67
G6	2.524,71	2.741,46	2.915,83	2.998,17	3.316,93

Anmerkung: Gehälter sind brutto pro Monat, nach abgeschlossener Berufsausbildung als Medizinische Fachangestellte, gültig ab 01.04.2014. G1 Ausführen von allgemeinen Anweisungen, G2 Selbstständiges Ausführen von Tätigkeiten, spezialisierte Fähigkeiten in einem Arbeitsbereich und 40 Stunden Fortbildungsmaßnahmen, G3 Spezialisierte Fähigkeiten in mehreren Arbeitsbereichen und 80 Stunden Fortbildungsmaßnahmen, G4 Spezialisierte Fähigkeiten in komplexen Arbeitsbereichen und 120 Stunden Fortbildungsmaßnahmen, G5 Ausführen von leitungsbezogenen Tätigkeiten und 360 Stunden Fortbildungsmaßnahmen, G6 Ausführen von leitungs- und führungsbezogenen Tätigkeiten und 600 Stunden Fortbildungsmaßnahmen.

Quelle: Bundesärztekammer (2013), nach Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzt-helferinnen.

In fünf der sieben MVZ wird ausschließlich das fixe Grundgehalt ausgeschüttet. Es existieren keine Kopfpauschalen, Einzelleistungsvergütungen, leistungsbezogene Vergütungen oder andere Boni bzw. Prämien.

Im MVZ2 erhält das medizinische (Fach-)Personal eine Prämie, die direkt von der Gesamtleistung der Praxis und damit indirekt abhängig von den erbrachten IGe-Leistungen ist. Offiziell werden aber keine Anreize geschürt extra IGe-Leistungen zu erbringen. Im MVZ6, welches wie oben erwähnt ein geringeres Einstiegsgehalt bietet, gibt es eine direkte Beteiligung an den durchgeführten IGe-Leistungen.

4.7. Abrechnung der erbrachten Leistungen mit dem KV

Im Allgemeinen melden Vertragsärzte pro Quartal dem jeweils regionalen Kassenärztlichen Verband (KV) die Namen, die Diagnose und die von ihnen erbrachte Leistung (anhand von EBM-Ziffern) aller gesetzlich Krankenversicherten welche bei ihnen in Behandlung waren. Die regionale KV verteilt das Geldvolumen, welches ihnen von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt wird, nach gesetzlich geregelten Kriterien. Ein Monat vor Quartalsbeginn

wird dem jeweiligen Vertragsarzt mitgeteilt, wie hoch das zur Verfügung stehende Honorarvolumen in Euro für das folgende Quartal ist. Die Höhe dieses Honorarvolumen errechnet sich aus der Anzahl der behandelten Versicherten im Vorjahresquartal, einem einheitlichen Jahrespunktwert und diversen anderen Korrekturfaktoren. Dem Vertragsarzt wird dadurch ein Mindestpunktewert mitgeteilt, bis zu welchem er Patienten behandeln kann. Die Abrechnung der Vertragsärzte wird wiederum von der KV kontrolliert und es wird überprüft, ob die erbrachten Leistungen mit festgelegten Richtzeiten für EBM-Leistungen übereinstimmen bzw. in einem plausiblen Bereich liegen.

In allen befragten MVZ werden die Leistungen der einzelnen Ärzte gesammelt und von einer zentralen Abrechnungsstelle/Abteilung überprüft und für das ganze MVZ bei der KV eingereicht. Jedes MVZ ist eine alleinige Abrechnungseinheit und liefert die erbrachten Gebührenordnungspositionen (GOP) gebündelt ab. Falls eine GmbH oder ein anderer Rechtsträger mehrere Standorte und somit mehrere MVZ verwaltet, wird pro Standort bzw. MVZ eine Abrechnung an die KV geleistet. Einzig sind die Anzahl der Kassenarztsitze pro MVZ, nicht aber Nebenbetriebsstellen oder Zweigstellen einzelner MVZ für die KV von Interesse. Innerhalb der MVZ kann zwischen den einzelnen Ärzten und deren erbrachten Leistungen unterschieden werden.

4.8. Erkenntnisse

Es ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die befragten MVZ nur einen kleinen Ausschnitt der MVZ in Deutschland darstellen und sich höchstens Tendenzen ablesen lassen, nicht jedoch standkräftige Argumente für oder gegen bestimmte Modalitäten bei den einzelnen Themenblöcken.

Rechtsform: Bezogen auf die Rechtsform lässt auf Grund des geringen Stichprobenumfangs nicht erkennen, ob GmbHs deutliche wirtschaftliche Vorteile gegenüber anderen Rechtsformen haben. Durch die stagnierende Anzahl an Gründungen von GbRs und die weiterhin steigende Anzahl an GmbH-Gründungen erhält man jedoch den Eindruck, dass GmbHs wirtschaftlich besser aufgestellt sein könnten als GbRs. Dies mag mit der beschränkten Haftung, der leichteren Wiederveräußerbarkeit oder damit zusammenhängen, dass sich juristische Personen nicht an Personengesellschaften beteiligen können.

Dienstrechtliche Formen: In den befragten MVZ sind Ärzte sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig. In MVZ, welche als Rechtsform eine GbR gewählt haben, kommen beide dienstrechtliche Formen parallel vor, d.h. ein Teil der Ärzte arbeitet auf einer freiberuflichen Basis und ein anderer Teil der Ärzte auf einer angestellten Basis. In MVZ, welche eine GmbH als Rechtsform wählten, ist hingegen zu erkennen, dass sämtliche Ärzte in der Regel

angestellt sind. Medizinisches (Fach-)Personal ist in den befragten MVZ immer angestellt gewesen.

Höhe und Form des Verdienstes: Neben dem Grundgehalt werden bei Ärzten noch folgende Formen der Vergütung genutzt: Einzelleistungsvergütung, Leistungsbezogene Vergütung, Gewinnbeteiligung. Eine Gewinn- bzw. Umsatzbeteiligung ist durchaus auch von der Anzahl der behandelten Patienten und damit indirekt von Kopfpauschalen abhängig, eine direkte Vergütung anhand von Kopfpauschalen wird jedoch von keinem MVZ dezidiert erbracht. Das medizinische (Fach-)Personal erhält in der Mehrzahl der Fälle lediglich ein Grundgehalt, welches in der Höhe dem einheitlichen Tarifvertrag gleicht.

5. Analyse und Empfehlungen

5.1. Analyse

Die Literaturrecherche, die Länderfallstudien und Expertenmeinungen sind nur bedingt hilfreich für die österreichische Situation. Die meisten Länder wiesen in ihren Vergütungssystemen ausgeprägte Pfadabhängigkeiten auf. Es spiegeln sich also die historische Entwicklung und die lokalen Verhältnisse mehr als eine Ratio der Entwicklung eines „best practice“ Systems wieder. Es darf auch die Wirkung des Bezahlungssystems alleine auf die Primärversorgung nicht überschätzt werden. Das beste Vergütungssystem kann ohne die geeigneten Rahmenbedingungen nicht die Wirkung entfalten, die man sich allgemein von der Primärversorgung erhofft.

Einige Trends lassen sich aus den Fallstudien aber ableiten. Der Trend in der Vergütung in der Primärversorgung geht in Richtung

- Pauschalierung
- integrierte Bezahlung chronischer Krankheiten
- *Pay-for-performance* (wird noch zu einem großen Teil eher zaghaft eingesetzt)

Der Grund liegt wohl darin, dass die meisten Länder anders als das Vereinigte Königreich die Vergütung der Ärzte nicht massiv aufstocken wollten, sondern mehr eine Substitution anstreben, wie das in Österreich wohl auch der Fall sein wird. Auch über die Versuche, Bezahlungssysteme für chronisch erkrankte Personen zu implementieren, liegen noch relativ wenige Erfahrungen vor.

Die Verteilung zwischen den Vergütungskomponenten ist extrem unterschiedlich und zeigt wohl eher auf, welche Veränderungen überhaupt durchsetzbar waren. Am ehesten kann das niederländische System als „Experimentierfeld“ angesehen und die Reform der Vergütung 2015 als Modell hergenommen werden.

Dort gehen vom Einkommen

- 75% aus der Kopfpauschale
- 15% aus den chain-DTCs (integrierte Versorgung)
- 10% aus leistungsorientierter Vergütung

hervor. Dieses Verhältnis findet sich auch im neuen Vergütungssystem in Östergötland in Schweden, das nur aus risikoadjustierten Kopfpauschalen und einem *pay-for-performance*-System besteht.

Die Verteilung liegt hier noch stärker auf

- der Kopfpauschale, nämlich rund 96% und
- zu 4% auf *pay-for-performance*.

5.2. Empfehlungen

In Österreich ist angedacht, dass in Pilotversuchen, ähnlich und nach gutem Vorbild zur Gesetzgebung zur integrierten Versorgung in Deutschland, auch abweichende Vergütungsformen zum Einsatz kommen. Der Impetus der Gesundheitsreform sollte genutzt werden, wirklich innovativ zu werden und tatsächlich zu versuchen, wie in den Niederlanden (*care-groups*) oder Belgien (*community health centres*) umfassende Neuorganisationen zu versuchen. Dabei ist insofern Vorsicht geboten, als dass beide Länder deutlich bevölkerungsdichter sind (Belgien 341 Einwohner/km², Niederlande (402 Einwohner/km²) vs. Österreich 101 Einwohner/km² mit großer Varianz (Alpen, ehemalige Grenze zum Osten)! Entsprechend sollten neben einem Pilotversuch eines echten *community health centres* auch ein Netzwerk versucht werden, das in weniger bevölkerungsreichen Gegenden die GDA verbindet. Hier können als Vorbilder UGOM oder das Kinzigtal dienen.

Bevorzugen einer komplexen Pauschalvergütung

Aus unserer Sicht sollte man hier auch den Versuch machen, die Vergütung im Bereich von echten Primärversorgungseinheiten/*community health centres* in eine risikoadjustierte Pauschale zu fassen und auf andere Vergütungskomponenten weitgehend zu verzichten. Dabei meinen wir keine einfache Kopfpauschale, die nur drei Kategorien unterscheidet. Die Prädiktivkraft anhand von soziodemographischen und medizinischen Charakteristika für die tatsächlich anfallenden Kosten muss hinreichend hoch sein. Es ist aus unserer Sicht möglich, ein solches System für Österreich zu entwickeln, das anhand des realen Pilotversuchs dann weiterentwickelt wird. Alternativ steht das ACG-System zur Verfügung, auf das wir schon in Cypionka et al. (2010) hingewiesen haben. Der Pauschale steht dann ein umfangreiches Pflichtenheft gegenüber, das erfüllt werden muss und vertraglich festgelegt wird. Neben den unmittelbaren medizinischen Leistungen sollten auch psychosoziale Maßnahmen im Sinne des biopsychosozioökulturellen Gesundheitsbegriffs vereinbart werden, ebenso wie die Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen, das Führen von Registern, elektronischer Patientenakten und Diagnosedokumentation(!). Die besonders gewissenhafte Erfüllung/Übererfüllung kann dann ggf. nochmals honoriert werden.

Als Erfolgskomponente bietet sich eine Regelung wie im „Gesunden Kinzigtal“ oder dem Ärztenetzwerk Südbrandenburg an, da diese weniger Maximierungsanreize setzt als vielmehr Anreize zur Vermeidung von Folgekosten.

Der Einführung einer größeren Säule *pay-for-performance* stehen wir derzeit aus drei Gründen eher skeptisch gegenüber.

1) Institutionelle Sicht/Kulturwandel

Gerade im Pilotprojekt, aber auch in der gesamten Gesundheitsreform soll dem Grunde nach auch ein Kulturwandel erfolgen. Das heißt, ein Wandel der Beziehung zwischen GDAs und Sozialversicherung, bei der „auf Heller und Pfennig“ abgerechnet wird und jeder „Handgriff“ extra abgegolten wird. Der Fokus sollte auf die in der Primärversorgung so wichtige Gesundheitsbeziehung zwischen Arzt und Patient ausgerichtet sein. Der Ärzteschaft kann so auch signalisiert werden, dass Zeit von der Administration an die Patienten zurückgegeben wird.

2) Mangel an Umverteilungsmasse

Ein zweiter Grund liegt darin, dass der Spielraum für eine größere *pay-for-performance*-Komponente nicht gegeben ist. Die Hinwendung zu einem echten Primärversorgungskonzept enthält hingegen so viele Elemente, dass diese einzeln abzurechnen und zu vergüten einen großen Aufwand erfordert und umgekehrt gerade eine Mentalität fördert, die man überwinden sollte. Wir halten es gerade für ungünstig, wenn wie im deutschen Beispiel gezeigt, die über *pay-for-performance* ausgeschütteten Summen dann in der Größenordnung von wenigen 1.000 EUR liegen. Weder kann diese Summe (nach Abgaben und Steuern) einen namhaften Anreiz setzen, noch steht sie im richtigen Verhältnis zum Aufwand auf beiden Seiten.

3) Mangelnde Notwendigkeit

In Österreich liegt weder der Wunsch vor, den Vertragsärzten das Einkommen massiv zu erhöhen, noch liegen (zumindest flächendeckend) größere Mängel in der Versorgung vor, mit Ausnahme des Grundproblems der mangelnden Primärversorgung.

Statt P4P kann über eine Differenzvergütung wie in den Beispielen Gesundes Kinzigtal oder Ärztenetzwerk Südbrandenburg eine Erfolgskomponente eingesetzt werden.

Alternativen, wenn trotzdem/optional ein *pay-for-performance*-System gewünscht ist

Aus den genannten Gründen ist die Wirkung von *pay-for-performance* in Österreich nicht zu überschätzen. Sollte dennoch ein *pay-for-performance*-System gewünscht sein, schlagen wir vor, dies auf wenige „Aktionsbereiche“ zu fokussieren. Diese können periodisch wechseln

und/oder regional angepasst werden. Dieses Vorgehen entspricht eher der österreichischen Situation: Es soll mit dem System mehr die Aufmerksamkeit auf Problemstellungen gelenkt werden und somit edukativ wirken, bzw. auch zur Fortbildung anregen. In bestimmten Regionen mag es auch besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen geben, deren Betreuung incentiviert werden sollte. Durch die Einfachheit des Systems verbessert sich auch die Aufwands-Ertragssituation für den Arzt und der Verwaltungsaufwand bleibt niedrig.

Integrierte Versorgung/chronische Erkrankungen

Ob eine zusätzliche Vergütung für chronische Erkrankungen verwendet werden soll, hängt davon ab, wie groß die Prädiktivkraft eines reinen risikoadjustierten Pauschalvergütungssystems ist. Dies kann nur empirisch in einem Projekt ermittelt werden. Wird die Prädiktivkraft als zu gering eingeschätzt, kann eine zusätzliche Komponente für chronische Erkrankungen nach Vorbild der chain-DTCs erfolgen.

Randzeitenversorgung

Die Randzeitenversorgung kann in die Pauschale eingerechnet werden. Alternativ steht eine Vergütung nach Zeit zur Verfügung.

Vergütung im Bereich geringer Bevölkerungsdichte

Grundsätzlich kann auch ein Ärztenetz als Verbund eine risikoadjustierte Pauschale erhalten, indem eine Gesellschaft oder ein Verein gegründet wird, der als Vertragspartner auftritt. Wenn irgend möglich sollte die Kontrahierung einzelner Vertragspartner nur das letzte Mittel in einem zukünftigen System sein. Das kann der Fall sein, wenn aufgrund persönlicher Konflikte und/oder der Altersstruktur lokal keine Bildung eines Verbundes zu erwarten ist.

5.3. Verteilung der Vergütung

Die von der Krankenversicherung erhaltene Vergütung muss intern auch verteilt werden. Anhand der internationalen Beispiele sehen wir, dass diese Verteilung in erster Linie von der Rechtsform der Versorgungsform bestimmt ist. So werden selbständige Ärzte als Gesellschafter an einer Personengesellschaft oder GmbH beteiligt. Angestellte Ärzte erhalten oft eine mehr oder weniger große umsatzabhängige Beteiligung. Nicht-ärztliches medizinisches Personal wird meist angestellt mit oft nur geringfügigen oder keinen zusätzliche Leistungsanreizen. Wir sehen hier bei der ärztlichen Vergütungsverteilung ein bisschen die Gefahr, dass dadurch Anreize gesetzt werden, Leistungen zu maximieren, insbesondere die privaten IGeL.

Eine Art Gegenmodell sind die Netzwerkgesellschaften wie das „Gesunde Kinzigtal“, das UGOM und das Ärztenetzwerk Südbrandenburg. Hier profitieren die Beteiligten vom eigenen sorgsamem Umgang mit Folgekosten und einer krankheitsvermeidenden Arbeitsweise, da die Gesellschafter über die Differenz zu Normkosten zum Teil verfügen können.

5.4. Gesundheitspolitische Betrachtungen

Im Folgenden soll noch eine Einschätzung zu gesundheitspolitischen Themen und Rahmenbedingungen gegeben werden.

Mehraufwand und Kostendämpfungspotenzial

Bei der Etablierung einer umfassenden Primärversorgung ist mit deutlich höheren Aufwänden für die Zahler zu rechnen. Dieser besteht aus zwei Komponenten. Erstens sind maßgebliche **up-front-Kosten** zu erwarten, die beim Aufbau eines Primärversorgungszentrums oder –netzes anfallen. Zudem ist aber auch mit einem **laufenden Mehraufwand** für die Patienten zu rechnen, da der Anspruch (siehe Primärversorgungskonzept der Innovationsgruppe) deutlich höher ist als derzeit. Diese Mehraufwände resultieren zum einen in einer verbesserten Bevölkerungsgesundheit, die – zeitversetzt! – geringere *potenzielle* Aufwände im nachgeschalteten Versorgungsbereich mit sich bringen. Da die Kapazitäten im nachgeschalteten Bereich aber bereits existieren, sind weiter Kosten zu erwarten, für die nur das Potenzial geschaffen wird, sie zu dämpfen oder gar zu reduzieren. Die tatsächlichen Kostendämpfungen oder Einsparungen müssen dann separat durchgesetzt werden und stoßen auf die Trägheit bzw. Beharrungsfähigkeit eines sozialen Systems.

Finanzierung

Möglichkeiten zur konkreten Realisierung wurden bereits im Bericht zur Primärversorgung (Cypionka und Ulinski 2014) dargestellt. Speziell auf das Vergütungssystem bezogen besteht aufgrund der Kompetenzverteilung jedoch die Gelegenheit, dass die Bundesländer eine Mittelverschiebung in den Primärversorgungsbereich durchführen, da ja ein Teil der Aufgaben eines community health centres in den Kompetenzbereich der Länder fallen. Zudem kann auf den Präventionstopf zugegriffen werden, da auch Gesundheitsförderung/Prävention idealerweise hier angesiedelt sind.

Humankapital

Ausdrücklich möchten wir darauf hinweisen, dass ein so ambitioniertes Projekt nur mit dem notwendigen Humankapital zu bewältigen ist. Zwar kann der Pilotversuch noch unter günstiger Voraussetzung durchgeführt werden, aber nicht mehr die Ausrollung. Ein weiterer Schlüssel neben der Ausbildung liegt in der Anstellungsmöglichkeit von Jungärzten, die an den Versorgungsalltag in der Primärversorgung nur auf diese Weise gut herangeführt werden können.

Nicht-monetäre Anreize und Rahmenbedingungen

Wie sich in unseren Fallstudien gezeigt hat, sind auch in Ländern, die zu den „Vorzeige“-PHC zählen, keine einheitlichen Vergütungsmechanismen zu finden. Dies liegt wohl darin, dass das Vergütungssystem eben nur einen Teil der Anreize darstellt. Bedeutender in Österreich erscheint der Paradigmenwechsel, für den auf intrinsische Motivation gesetzt werden sollte. Mithin behindern Maßnahmen der extrinsischen Motivation (finanzielle Anreize) die Entfaltung intrinsischer Motivation. Im Vordergrund sollte stehen, dass den Gesundheitsberufen die Vorteile von guter Primärversorgung vermittelt werden, und die Freude am Beruf, durch die Einbettung in größere Teams mit regem Austausch, Teambesprechungen und Qualitätszirkeln, verstärkt wird. Umso wichtiger ist es, in Modellversuchen diese Aspekte auch erlebbar zu machen, sodass die Gesundheitsberufe direkt von ihren „peers“ überzeugt werden können. Es kann dabei auch sehr sinnvoll sein, wiederholt Vertreter von Gesundheitsberufen aus dem Ausland zu Diskussionen einzuladen, die in solchen Primärversorgungseinheiten arbeiten.

Kommunikation

Bei allen Reformen gibt es Verlierer oder zumindest Skeptiker. Es besteht bei einem solch tiefgreifenden Paradigmenwechsel wie der Hinwendung zur umfangreichen Primärversorgung die Gefahr, dass die Bevölkerung falsch informiert und gegen das Projekt aufgebracht wird. Es sollte daher ein Kommunikationskonzept entwickelt werden, das

begleitend die Vorteile einer guten Primärversorgung vermittelt und Bedenken in der Bevölkerung aufgreift.

6. Literaturverzeichnis

Anell A (2011): Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*: 6(4): 549-569.

Anell A, Glenngård AH, Merkur S (2012): Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*: 14(5):1–159.

AOK (o.J.): Vertragsinhalte Mein AOK-Gesundheitsnetz® - Vollversorgung.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012): Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte. 2. Auflage November 2012, Stand Änderung 2014.

Bundesärztekammer (BÄK) (2013): Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/-Arzthelferinnen. Veröffentlicht in *Deutsches Ärzteblatt*: Jg. 110, Heft 31-32: A1505-1508. 5. August 2013.

Busse R, Riesberg A (2005): *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P (2010): France: Health system review. *Health Systems in Transition*: 12(6):1-291.

Cypionka T, Riedel M, Obradovits M, Sigl C (2010): Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen. Projektbericht. Institut für Höhere Studien. Österreich.

Cypionka T, Müllbacher S, Berger M, Platzer J (2012): Kooperationen in der ambulanten Versorgung. Projektbericht. Institut für Höhere Studien. Österreich.

Cypionka T, Ulinski S (2014): Primärversorgung. Projektbericht. Institut für Höhere Studien. Österreich.

Cypionka T, Kraus M, Kronemann F (2014): Leistungserbringung in der Primärversorgung. Institut für Höhere Studien. Österreich.

De Bakker DH, Struijs JN, Baan CB, Raams J, De Wildt JE, Vrijhoef HJM, Schut FT (2012): Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. *Health Affairs*: 31(2):426-433.

De Maeseneer J (2014): Modelle der Primärversorgung im internationalen Vergleich. Präsentation, 31.03.2014. Wien.

European Commission (2014): Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) - Definition of a frame of reference in relation to primary care 21 with a special emphasis on financing systems 22 and referral systems. Project Report. European Commission. Belgium.

Finnische Ärztekammer (2012): Suomen Lääkäriliiton palkkasuosituksia [Vergütungsempfehlungen der finnischen Ärztekammer]. Abgerufen am 15.04.2014 unter http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1075/tunti_kasvatus_reumasuositus_2012-1.pdf

Hensche M (2012): Medizinrecht von A bis Z: Medizinisches Versorgungszentrum – MVZ. Abgerufen am 01.11.2014 unter http://www.info-krankenhausrecht.de/Rechtsanwalt_Arzt_recht_Medizinrecht_Medizinische_Versorgungszentren_Medizinische_Versorgungszentren_01.html

Hernández-Quevedo C (2013): Enhancing chronic care management in Denmark. *Eurohealth*: 19(2):13-15.

Jacobsson F (2008): Mål och mått – En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården. CMT Rapport. Sverige.

Jäger C (2014): E-Mail-Korrespondenz im April 2014 mit Carsten Jäger von der ANSB Consult GmbH in Deutschland.

Kokko S (2014): E-Mail-Korrespondenz im März 2014 mit Simo Kokko vom Health Care District of Northern Savo in Finnland.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014), Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Berlin. Abgerufen am 01.11.2014 unter <http://www.kbv.de/html/423.php>

Kringos DS (2013): The composition of primary care teams and barriers and facilitators to inter/intra-professional collaboration in selected countries. Survey Version 10-06-2013. Academic Medical Centre – University of Amsterdam.

Marburger Bund (2014a): Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte). Online abrufbar unter <https://www.marburger-bund.de/tarifpolitik/tarifvertraege> [01.11.2014].

Marburger Bund (2014b): Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern (TV-Ärzte). Online abrufbar unter <https://www.marburgerbund.de/tarifpolitik/tarifvertraege> [01.11.2014].

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (2014): Advies – Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg – Het 3-segmenten-model. Projectverslag. NZa. Nederland.

OECD (2013): OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards. OECD Publishing.

Olejz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C (2012): Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*: 14(2):1-192.

Or Z (2009): A small step towards P4P in France. *Health Policy Monitor. Survey* (13)2009. Paris.

Paananen C (2014): E-Mail-Korrespondenz im März 2014 mit Camilla Paananen vom Landstinget i Östergötland in Schweden.

Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E (2010): The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*: 12(1):1-229.

Schreck A (2014): E-Mail-Korrespondenz im März 2014 mit Astrid Schreck von der BARMER GEK Berlin/Brandenburg in Deutschland.

Steinbach H (2014): E-Mail-Korrespondenz im März 2014 mit Henryk Steinbach von der UGOM GmbH & Co. KG in Deutschland.

Struijs JN (2012): Integrating care by bundled payments - Lessons from the Netherlands. Presentation, 18. September 2012. RIVM. The Netherlands.

Struijs JN, Mohnen SM, Molema CCM, de Jong-van Til JT, Baan CA (2012): Effects of bundled payment on curative health care costs in the Netherlands : An analysis for diabetes care and vascular risk management based on nationwide claim data, 2007-2010. RIVM Report, National Institute for Public Health and the Environment.

Struijs JN (2015): E-Mail-Korrespondenz im Februar 2015 mit Jeroen Struijs vom Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in den Niederlanden.

Tikkanen Anu (2014): E-Mail-Korrespondenz im April 2014 mit Anu Tikkanen von Henkilöasiakkaat – KELA in Finnland.

Van Dijk CE (2012): Changing the GP payment system - Do financial incentives matter? Project Report. NIVEL. The Netherlands.

Van Weel C, Schers H, Timmermans A (2012): Health Care in The Netherlands. Journal of the American Board of Family Medicine: 25: S12-17.

Vuorenkoski L, Mladvosky P, Mossialos E (2008): Finland: Health system review. Health Systems in Transition: 10(4):1-168.

WIdO Monitor (2013): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis – Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, WIdO 10(1):1-8.

Åkesson Gunnen (2014): E-Mail-Korrespondenz im Mai 2014 mit Gunnen Åkesson, Senior advisor in management issues in health care vom Örebro county council office in Schweden.

7. Appendix

7.1. Befragte Experten nach Länder

Institution	Person	E-Mail-Adresse
Dänemark		
University of Southern Denmark	Terkel Christiansen, Professor	tch@sam.sdu.dk
University of Southern Denmark	Kjeld Møller Pedersen, Professor	kmp@sam.sdu.dk
Deutschland		
Universität Frankfurt	Antje Erler	erler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
ANSB – Ärztenetz Südbrandenburg	Carsten Jäger	info@ansb.de
Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG (QuE)	Jörg Lindenthal	joerg.lindenthal@que-nuernberg.de
UGOM – Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte	Henryk Steinbach	ugom@ugom.de
Gesundheitszentrum Büchenbeuren (GZB)	---	info@aerzteteam-buechenbeuren.de
Finnland		
Health Care District of Northern Savo	Simo Kokko, Professor	simo.kokko@kuh.fi
KELA Research Department	Olli Kangas, Professor	olli.kangas@kela.fi
KELA Research Department	Hennamarki Mikkola	hennamari.mikkola@kela.fi
KELA Research Department	Jaana S. Martikainen	jaana.s.martikainen@kela.fi
Frankreich		
IRDES	Julien Mousquès	mousques@irdes.fr
Niederlande		
Ministry of Health	Esther Mot	es.mot@minvws.nl
NIVEL	Wienke Boerma	w.boerma@nivel.nl
NIVEL	Willemijn Schäfer	w.schafer@nivel.nl
Scientific Institute for Quality of Healthcare	G.P. Westert, Professor	Gert.Westert@radboudumc.nl

Norwegen		
University of Oslo	Tor Iversen, Professor	tor.iversen@medisin.uio.no
Schweden		
Stockholms läns landsting	Kajsa Westling	kajsa.westling@sll.se
Stockholms läns landsting	Birger Forsberg	birger.forsberg@sll.se
Jämtlands läns landsting	Direktor	gun.kjellerstrand@jll.se
Landstinget Blekinge	---	landstinget.blekinge@ltblekinge.se
Landstinget Dalarna	---	landstinget.dalarna@ltdalarna.se
Landstinget Gävleborg	---	lq@lg.se
Landstinget i Östergötland	---	landstinget@lio.se
Landstinget i Uppsala län	---	landstinget@lul.se
Landstinget i Värmland	---	info@liv.se
Landstinget Kronoberg	---	landstinget@ltkronoberg.se
Landstinget Sörmland	Direktor	halso-ochsjukvardschef@dll.se
Landstinget Västernorrland	---	Eingabemaske auf Internetseite
Landstinget Västmanland	---	landstinget@ltv.se
Norrbottnens läns landsting	Pressestelle	anna.kallstrom@nll.se
Örebro läns landsting	---	orebroll@orebroll.se
Stockholm läns landsting	---	redaktionen.lsf@sll.se
Västerbottens läns landsting	---	landstinget@vll.se
Projekt - „euprimecare“		
ISCIII	Almudena Albertos	aalbertos@externos.isciii.es

Andere Gründe:

3 Können Sie uns sagen wie viele Gesellschafter Ihr MVZ vertreten? (Anzahl Geschäftsführer)

- 1
- 2
- 3
- 4
- >4

4 Können Sie uns sagen, wie die Kosten innerhalb des MVZ verteilt sind?

Offene Frage

5 Können Sie uns sagen, wie die Gewinne innerhalb des MVZ verteilt sind?

Offene Frage

6 Können Sie uns sagen, wie viele Ärzte in Ihrem MVZ tätig sind?

- 1
- 2
- 3
- 4
- >4

7 Können Sie uns sagen welche Form der Anstellung in Ihrem MVZ genutzt wird?

- nur angestellte Ärzte
- nur Vertragsärzte
- beides

8 Können Sie uns sagen wie viele Ärzte bei Ihnen angestellt sind?

- 1
- 2
- 3
- 4
- >4

9 Können Sie uns sagen wie viele Ärzte bei Ihnen auf Vertragsbasis arbeiten?

- 1
- 2
- 3

- 4
- >4

10 Angestellte Ärzte: Können Sie uns sagen wie hoch das monatliche Gesamteinkommen (im Durchschnitt, 40Std/W) ist?

in EUR

11 Angestellte Ärzte: Können Sie uns sagen welche Formen der Vergütung bei den angestellten Ärzten genutzt werden und wie hoch diese am Gesamteinkommen gewichtet sind?

- Grundgehalt
- Kopfpauschale
- Einzelleistungsvergütung
- Leistungsbezogene Vergütung
- (Vergütung für besondere Behandlungen)
- Anderes (Boni, Prämien, Gewinn-/Umsatzbeteiligung): _____

//in EUR oder Prozent

Raum für Anmerkungen:

12 Vertragsärzte: Können Sie uns sagen wie hoch das monatliche Gesamteinkommen (im Durchschnitt, 40Std/W) ist?

in EUR

13

Vertragsärzte: Können Sie uns sagen welche Formen der Vergütung bei den Vertragsärzten genutzt werden und wie hoch diese am Gesamteinkommen gewichtet sind?

- X Grundgehalt
 - X Kopfpauschale
 - X Einzelleistungsvergütung
 - X Leistungsbezogene Vergütung
 - X (Vergütung für besondere Behandlungen)
 - X Anderes (Boni, Prämien, Gewinn-/Umsatzbeteiligung): _____
- //in EUR oder Prozent

Raum für Anmerkungen:

14a

Können Sie uns sagen wie viele Stunden die angestellten Ärzte pro Woche arbeiten?

- X Arzt1
- X Arzt2
- X Arzt3
- X Arzt4
- X Arzt5
- X Arzt6

15a Können Sie uns sagen wieviele Stunden die Vertragsärzte pro Woche arbeiten?

- X Arzt1
- X Arzt2
- X Arzt3
- X Arzt4
- X Arzt5
- X Arzt6

//alternativ zu 14a

14b Können Sie uns sagen wieviele Stunden die angestellten Ärzte im Durchschnitt pro Woche arbeiten?

h

//alternativ zu 15a

15b Können Sie uns sagen wieviele Stunden die Vertragsärzte im Durchschnitt pro Woche arbeiten?

h

16 Können Sie uns sagen ob Ärzte in Ihrem MVZ auch ärztlichen Tätigkeiten außerhalb des Praxissitzes nachgehen (z.B. Vertragsärzte)? Wenn ja, wieviele Ärzte betrifft das und in welchem Ausmaß?

<10h/W	10-20h/W	20-30h/W	>30h/W
--------	----------	----------	--------

- Arzt1
- Arzt2
- Arzt3

--	--	--	--

17 Medizinisches Personal: Können Sie uns sagen welche Form der Anstellung das medizinische Personal (Therapeuten, medizinische Fachangestellte, etc.) bei Ihnen hat?

- Vertragsbasis
- angestellt

- o kein medizinisches Personal vorhanden

18

Medizinische Personal: Können Sie uns sagen wie hoch das monatliche Gesamteinkommen (im Durchschnitt, 40Std/W) ist?

in EUR

19

Medizinisches Personal (Nicht-Ärztliches Personal): Können Sie uns sagen welche Formen der Vergütung bei den Vertragsärzten genutzt werden und wie hoch diese am Gesamteinkommen gewichtet sind?

- X Grundgehalt
- X Kopfpauschale
- X Einzelleistungsvergütung
- X Leistungsbezogene Vergütung
- X (Vergütung für besondere Behandlungen)
- X Anderes (Boni, Prämien, Gewinn-/Umsatzbeteiligung: _____)

//in EUR oder Prozent

Raum für Anmerkungen:

20

MVZ werden gegenüber den Krankenkassen wie Vertragsärzte behandelt. Können Sie uns zum besseren Verständnis erklären, wie die Abrechnung von Leistungen der Vertragsärzte im MVZ geschlüsselt ist. Können Leistungen verschiedener Ärzte gepoolt/gebündelt an die KK gemeldet werden?

Offene Frage

Autoren: Thomas Czypionka, Markus Kraus, Frank Kronemann

Titel: Bezahlungssysteme in der Primärversorgung

Projektbericht/Research Report

© 2015 Institute for Advanced Studies (IHS),
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
