

Internationaler Vergleich ambulanter Vergütung

Gutachten zu einem internationalen Vergleich
der ambulanten ärztlichen Vergütung
aus gesundheitsökonomischer Perspektive

Kontakt:

Iris an der Heiden
T +49 30 230 809 0
iris.an-der-heiden@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Ergebnisbericht

für das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 5. Juni 2019

Inhalt

1.	Hintergrund	1
2.	Systematik zum Vergleich der Vergütungssysteme	1
3.	Übersichten Ländervergleich	4
3.1	Vergütungsrelevante Merkmale der Gesundheitssysteme	4
3.2	Vergütungsformen	10
3.3	Budgetrahmen	13
3.4	Preissetzung, Preisdifferenzierung und Risikoadjustierung	16
3.5	Outcome: Pay-for-Performance-Programme (P4P)	18
4.	Vertiefende Analysen ausgewählter Länder	21
4.1	Überblick Länderbesonderheiten	21
4.2	Frankreich	24
4.3	Niederlande	31
4.4	Schweiz	39
4.5	USA	47
4.6	P4P-Programme in England	52
4.7	Selbstzahler-Zentren in Italien	56
5.	Zusammenfassung	60
6.	Literaturverzeichnis	65
	Abbildungen	II
	Tabellen	II
	Abkürzungsverzeichnis	III

Abbildungen

Abbildung 1:	Systematik zum Vergleich der Vergütungssysteme	2
Abbildung 2:	Ländervergleich Finanzierungssysteme, Regionalisierungsstruktur, Leistungserbringerstrukturen	5
Abbildung 3:	Private Finanzierungsquellen von Gesundheitsleistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung	6
Abbildung 4:	Erstattungssystem und Leistungserbringerstruktur	9
Abbildung 5:	Ländervergleich Vergütungsformen	12
Abbildung 6:	Ländervergleich ambulanter budgetärer Maßnahmen	15
Abbildung 7:	Ländervergleich Preisdifferenzierung/Risikoadjustierung	17
Abbildung 8:	Länderdetails P4P und Sonderelemente	20
Abbildung 9:	Länderbesonderheiten; Auswahl Vertiefungsländer und -themen	23

Tabellen

Tabelle 1:	Preisvergleich der Anbieter in Italien	58
------------	--	----

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung Erläuterung

a.a.O.	am angegebenen Ort
ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ACOs	Accountable Care Organizations
AG	Aktiengesellschaft
AL	Arztleistung
ALD	Affection de Longue Durée
ANOVA	Analysis of Variance
ats-tms AG	Arzttarif Schweiz- Tarif medicale Suisse Aktiengesellschaft
BKZ	Budgetary Framework Healthcare
BMA	British Medical Association
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
c. p.	Ceteris paribus
ca.	circa
CAS	Contrat d'accès aux soins
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHF	Schweizer Franken
CMS	Center for Medicare and Medicaid Services
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CSG	Contribution Sociale Généralisée
CT	Computertomographie
d. h.	das heißt
DBC	Diagnose Behandeling Combinaties
DMP	Disease Management Program
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDI	Eidgenössische Department des Inneren
E-Health	Electronic Health

Abkürzung Erläuterung

EHR	electronic health record; elektronische Patientenakte
EQUAM	Externe Qualitätsförderung in der Ambulanten Medizin
EU	Europäische Union
EUR	Euro
FFS	Fee-for-Service
FIR	Fonds d'intervention régional
FISS	Fonds pour l'innovation du système de santé
FMH	Fédération des médecins suisses
FPMT	forfait patientèle médecin traitant
GBP	Pfund Sterling
GDP	gross domestic product; Bruttoinlandsproduct
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMS	General Medical Services
GÖA	Gebührenordnung für Ärzte
GPC	The General Practitioners Committee
GP	General Practitioner
H+	Verband der Schweizer Krankenhäuser
HbA1c	Hämoglobin A1c
HiT	Health systems in Transition
HMO	Health Maintenance Organization
HTA	Health Technology Assessment
i. H. v.	in Höhe von
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
inkl.	inklusive
insg.	insgesamt
IT	Informationstechnik
k. A.	keine Angabe
KOMV	wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem

Abkürzung	Erläuterung
LeiKoV	Leistungs- und Kostenvereinbarung
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
lt.	laut
MACRA	Medicare Access and CHIP Reauthorization Act
max.	maximal
mind.	mindestens
Mio.	Millionen
MIPS	Merit-Based Incentive Payment System
Mrd.	Milliarde
MRI	Magnetresonanztomographie
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
MVZs	Medizinisches Versorgungszentren
NGAP	nomenclature générale des actes professionnels
NHS	National Health Service
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
o. D.	ohne Datum
OECD	Organization for Economic cooperation Development
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OOP	Out-of-Pocket
OPTAM	option pratique tarifaire maîtrisée
P4P	Pay-for-Performance
P4R	Pay-for-Reporting
PaKoDig	Paritätische Kommission Dignität und Spartenanerkennung
PIK	Paritätische Interpretationskommission
PMS	Personal Medical Services
PTK	Paritätische Tarifkommission
PQRS	Physician Quality Reporting System
QFP	Quality follow up programme in primary care
QICH	Quality Indicators in Community Healthcare

Abkürzung	Erläuterung
QOF	Quality of Framework
QPP	Quality Payment Program
rd.	rund
ROSP	rémunération sur objectifs de santé publique
RUC	Relative Value Scale Update Committee
RVK	Rückversicherungsverband des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen
RVU	Relative Value Unit
s./ S.	siehe / Seite
sog.	sogenannt
SVEUS	Swedish National collaboration for value-based-reimbursement and monitoring of Health Care
TARMED	tarif médical
u. a.	unter anderem
UK	United Kingdom
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
USA/US	Vereinigte Staaten von Amerika
USD	US Dollar
vgl.	vergleiche
VHI	Voluntary Health Insurance
VRM	Vaskuläres Risikomanagement
vs.	versus
VWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
WIP	Wissenschaftliches Institut der Privaten Krankenversicherung
z. T.	zum Teil
z. B.	zum Beispiel
z. Z.	zur Zeit
ZBC	Zelfstandig Behandelcentrum
ZIN	Zorginstituut Nederland

Abkürzung Erläuterung

Zvw Zorgverzekeringswet

1. Hintergrund

Die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV), die sich im August 2018 beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) konstituierte, hat die Aufgabe, Vorschläge für ein modernes Vergütungssystem zu entwickeln. Grundlage hierfür bildet die Festlegung im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien, dass sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), basierend auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als auch die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die für die Abrechnung privatärztlicher Leistungen angewendet wird, reformiert werden sollen.

Zur Unterstützung der Arbeit der KOMV hat das BMG das IGES Institut mit einem Gutachten zu einem internationalen Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung aus gesundheitsökonomischer Perspektive beauftragt. Ziel dieses Gutachtens ist es, einen Überblick über die bestehenden Vergütungsstrukturen sowie die sich daraus ergebenden Anreizsystematiken zu erarbeiten.

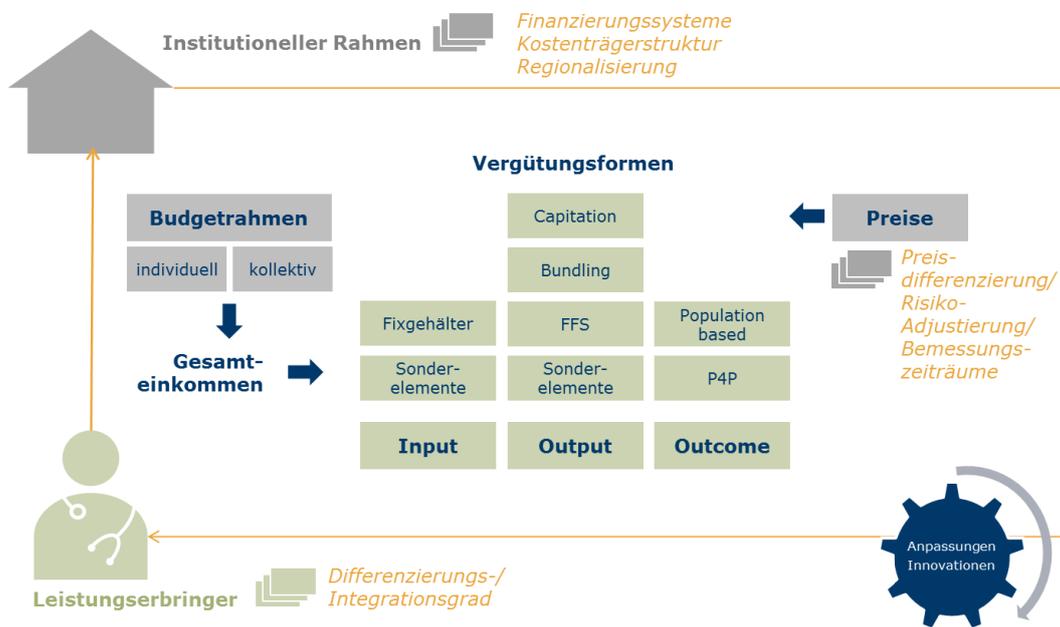
Der vorliegende Ergebnisbericht enthält einen allgemeinen Überblick über die Systeme der ambulanten ärztlichen Vergütung von 19 von der Kommission ausgewählten Ländern, die im Vergleich zum Vergütungssystem in Deutschland dargestellt werden. Vier dieser Länder wurden vertiefend analysiert: Niederlande, USA, Frankreich und Schweiz. Für Italien und England werden Teilsysteme detaillierter dargestellt. Für den Vergleich der Vergütungssysteme wurde – auf Basis der gesundheitsökonomischen Fragestellungen der Leistungsbeschreibung des Gutachtenauftrags – eine Systematik entwickelt, die im Rahmen eines Arbeitstreffens mit dem BMG am 21.01.2019 abgestimmt und im Projektverlauf erweitert wurde.

2. Systematik zum Vergleich der Vergütungssysteme

Da ein wesentlicher Fokus des Vergleichs auf den gesundheitsökonomischen Anreizwirkungen liegt (z. B. hinsichtlich Menge und Qualität der ärztlichen Leistungen), werden die Vergütungssysteme aus der Perspektive der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte dargestellt (Abbildung 1): Nach welchen Maßstäben und aus welchen Komponenten setzt sich ihre Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit zusammen?

Hierbei sind zunächst die grundlegenden Formen einer inputorientierten Vergütung (z. B. arbeitszeitbezogenes Festgehalt), einer output- bzw. leistungsbezogenen Vergütung und einer outcome- bzw. ergebnisorientierten Vergütung („Pay for Performance“) zu unterscheiden. Diese Vergütungsformen bilden aus gesundheitsökonomischer Sicht den charakteristischen Kern der ambulanten ärztlichen Vergütungssysteme. Inputbezogene Vergütungsformen können nahezu mit Festgehältern gleichgesetzt werden. Als Sonderform sind feste Zuschläge für eine Niederlassung in strukturschwachen Regionen zu benennen, z. B. zwischenzeitlich in Frankreich.

Abbildung 1: Systematik zum Vergleich der Vergütungssysteme



Quelle: IGES auf der Basis diverser Quellen

Für output- bzw. leistungsbezogene Vergütungsformen existiert ein breites Spektrum an Gestaltungsmöglichkeiten, das sich primär nach dem Grad der Pauschalierung strukturieren lässt. Letztere variiert zwischen Kopfpauschalen („Capitation“), der Vergütung von Leistungskomplexen („Bundling“) und der Einzelleistungsvergütung („Fee for Service“/FFS), ggf. ergänzt um Sonder-elemente (z. B. Vergütungszuschläge für Koordinationsleistungen). Kopfpauschalen können sich dabei auf Patientinnen und Patienten (z. B. in Deutschland) oder auf Versicherte (z. B. in Israel) beziehen. Outcomebezogene Vergütungsformen ergänzen in der Regel andere Vergütungen in Form von „Shared Saving“- oder auch (seltener) „Shared Risk“-Programmen oder gezielten Zuschlägen beim Erreichen von definierten Qualitätszielen. Während sich P4P-Programme zunächst überwiegend an einzelne Leistungsanbieter und deren Patientengruppe wenden, gibt es inzwischen auch Programme, die sich auf ganze Bevölkerungsgruppen oder größere Zusammenschlüsse von Leistungsanbietern beziehen. Beispiele dafür sind die amerikanischen ACOs oder das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ in Deutschland.

Der jeweiligen Höhe der Vergütungen innerhalb der verschiedenen Vergütungsformen können wiederum unterschiedliche Formen der Preisbildung zugrunde liegen. Zu fragen ist hierbei nach der Art der verwendeten Kalkulationsgrundlagen bzw. Kostenbasierung. Darunter fällt auch eine mögliche Unterscheidung von Preis- bzw. Bewertungsrelationen einerseits (z. B. unterschiedliche Punktzahlen für Leistungen) und Preis- bzw. Vergütungsniveau andererseits (z. B. der monetäre Wert eines Punktes/der Punktwerte). Darüber hinaus existiert eine Reihe von preisbezogenen Differenzierungsmöglichkeiten, wie beispielsweise nach Arztgruppen

(hausärztlich, fachärztlich) oder nach Charakteristika der Patienten bzw. Behandlungsfälle (Alter, Geschlecht, Morbidität/ Schweregrad) im Sinne einer Risikoadjustierung. Die Preise beziehen sich im Fall von Pauschalen z. T. auch auf zeitliche Parameter bzw. Bemessungszeiträume (z. B. in Deutschland auf Quartale, in den USA und England auf Monate).

Das Gesamteinkommen aus ärztlicher Tätigkeit kann sich „bottom up“ aus den unterschiedlichen Vergütungsformen/-höhen zusammensetzen. Daneben kann es Elemente eines Vergütungssystems geben, die das Gesamteinkommen (zusätzlich) „top down“ begrenzen oder fördern. Dies kann individuell für einzelne Ärztinnen und Ärzte/Praxen und/oder kollektiv für Arztgruppen bzw. die gesamte ambulante ärztliche Versorgung von Regionen/Patientenpopulationen geschehen. Diese „Budgets“ sind zunächst unabhängig von den Vergütungsformen, wobei die Begrenzungen direkt definiert (Festlegung eines monetären Budgets, z. B. mit Auswirkungen auf die Preise) oder indirekt bewirkt werden können (z. B. durch Mengenbegrenzungen oder mengenbezogene Preisabstaffelungen).

Das System der ambulanten ärztlichen Vergütung ist eingebettet in einen institutionellen Rahmen, der je nach nationalem Gesundheitssystem variiert und die Anreizwirkungen eines Vergütungssystems in unterschiedlicher Weise zur Geltung kommen lässt. Zu den wesentlichen, vergütungsrelevanten Elementen des institutionellen Rahmens zählt zunächst die Anbieterstruktur der ambulanten ärztlichen Versorgung im Hinblick auf die fachlichen Spezialisierungen sowie dem Integrationsgrad der Leistungserbringer (Einzelpraxen vs. interdisziplinäre ambulante Behandlungszentren mit einer Vielzahl von Ärztinnen/Ärzten). In einigen Ländern werden Gruppenpraxen anders vergütet als Einzelpraxen oder Leistungsanbieter müssen sich Vergütungen für eine interdisziplinäre Leistung untereinander aufteilen.

Auch übergeordnete Gestaltungsebenen des institutionellen Rahmens haben Rückwirkungen auf das Vergütungssystem, etwa das Finanzierungssystem und die Kostenträgerstruktur. Im Vordergrund steht hierbei die Frage, ob ein Vergütungssystem dominiert oder ob mehrere Vergütungssysteme existieren, beispielsweise in Verbindung mit einem Kostenträgerwettbewerb und selektiven Kontrahierungsmöglichkeiten. Weiterhin relevant ist das Ausmaß, in dem Patienten als Selbstzahler (ohne Kostenträger) Leistungen direkt vergüten. Schließlich werden die Wirkungen eines Vergütungssystems auch durch den Grad der Regionalisierung in einem Gesundheitssystem determiniert (z. B. bezüglich der Bezugsebene bei Vergütungsvereinbarungen oder die Festlegung von Punktwerten).

3. Übersichten Ländervergleich

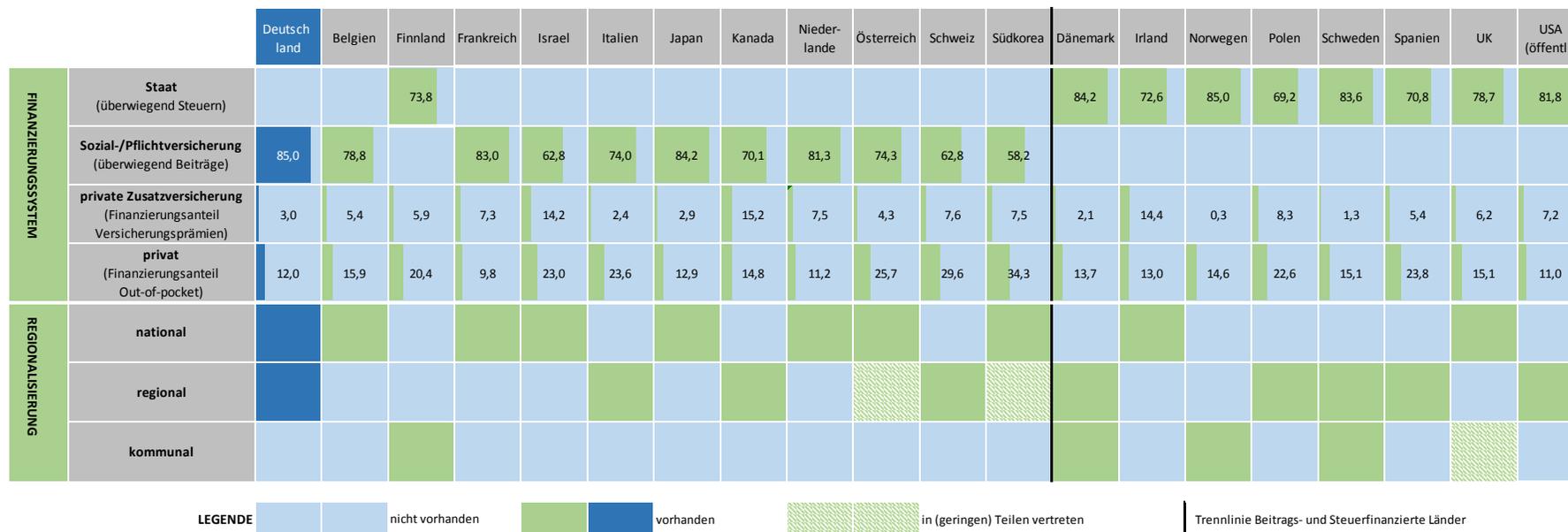
Die Systeme für die ambulante ärztliche Vergütung werden für die folgenden 19 Länder jeweils im Verhältnis zu Deutschland verglichen: Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Israel, Italien, Japan, Kanada, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien, Südkorea, Vereinigte Staaten von Amerika (USA) und Vereinigtes Königreich (UK) bzw. England. Für den allgemeinen Überblick konzentriert sich die Beschreibung der ambulanten ärztlichen Vergütung auf die öffentlichen Gesundheitssysteme in den Auswahlländern. Für die USA beschränkt sich somit die Beschreibung auf das System der ambulanten ärztlichen Vergütung im Rahmen der Medicare- und Medicaid-Systeme. In einigen Ländern (z. B. Kanada und USA) gibt es teilweise Unterschiede in der Ausgestaltung zwischen den Bundesstaaten bzw. Regionen. Soweit relevant wird in diesen Fällen jeweils auf einen Bundesstaat/eine Region exemplarisch Bezug genommen.

Auf Grundlage der zuvor dargestellten Systematik werden im Folgenden die Ergebnisse des Vergleichs dieser 19 Länder und für Deutschland synoptisch dargestellt. Dies geschieht in Form von tabellarischen Übersichten. Die ersten drei Abbildungen beziehen sich auf vergütungsrelevante Merkmale des Gesundheitssystems, die vierte Übersicht zeigt den Vergleich der Vergütungsformen, die fünfte bezieht sich auf budgetäre Rahmenbedingungen, die sechste auf Grundlagen der Preisfindung und die siebte auf Sonderelemente und ergebnisorientierte Vergütungsformen.

3.1 Vergütungsrelevante Merkmale der Gesundheitssysteme

Ein erstes zentrales Unterscheidungsmerkmal der Vergleichsländer betrifft die Finanzierungsstruktur der Gesundheitssysteme. Grundsätzlich unterschieden werden im Hinblick auf das öffentliche Gesundheitssystem Steuer- und Beitragsfinanzierung sowie private Finanzierungsanteile, die wiederum auf private Versicherungen und auf Patienten als Selbstzahler entfallen können. In Bezug auf die ambulante ärztliche Vergütung können Unterschiede der Finanzierungsstruktur in mehrfacher Hinsicht relevant sein. Leistungsansprüche in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen gelten prinzipiell als stabiler verglichen mit steuerfinanzierten Systemen, da Beiträge zweckgebunden erhoben werden, während für Steuereinnahmen das Non-Affektationsprinzip gilt. Für die Verdienstaussichten von Ärzten ist außerdem relevant, in welchem Umfang neben der Vergütung aus einem (dominanten) öffentlichen System Einnahmemöglichkeiten aus privaten Finanzierungsquellen bestehen.

Abbildung 2: Ländervergleich Finanzierungssysteme, Regionalisierungsstruktur, Leistungserbringerstrukturen



Quelle: IGES auf Basis u.a. von Daten der OECD (Health Statistics 2018), der WHO (Global Health Expenditure Database) und diverser Quellen

Anmerkung: Private Pflichtversicherungen sind den OECD-Daten im Anteil der „Sozial-/Pflichtversicherung“ enthalten.

Abbildung 3: Private Finanzierungsquellen für ambulante ärztliche Versorgung außerhalb des gesetzlichen Leistungsumfangs

			Deutschland	Belgien	Finnland	Frankreich	Israel	Italien	Japan	Kanada	Niederlande	Österreich	Schweiz	Südkorea	Dänemark	Irland	Norwegen	Polen	Schweden	Spanien	UK	USA (öffentl.)		
PRIVATE VERSICHERUNG	Zusatzversicherung	Zuzahlungsbefreiung	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
		Ergänzungsleistung	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		Komfort/Zugang	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Substitutiv	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Duplikativ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
SELBSTZAHLER (OOP)	Selbstbehalt	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Zuzahlung	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Zuzahlungsbegrenzung	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	Ausnahmen Zuzahlungen	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Private Leistungen von Vertragsärzten außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

Private Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben (vgl. Abbildung 2)

private Zusatzversicherung (Finanzierungsanteil Versicherungsprämien)	3,0	5,4	5,9	7,3	14,2	2,4	2,9	15,2	7,5	4,3	7,6	7,5	2,1	14,4	0,3	8,3	1,3	5,4	6,2	7,2
privat (Finanzierungsanteil Out-of-pocket)	12,0	15,9	20,4	9,8	23,0	23,6	12,9	14,8	11,2	25,7	29,6	34,3	13,7	13,0	14,6	22,6	15,1	23,8	15,1	11,0

LEGENDE ■ nicht vorhanden ■ vorhanden ■ in (geringen) Teilen vertreten | Trennlinie Beitrags- und Steuerfinanzierte Länder

Quelle: IGES auf Basis diverser Quellen * Zahlen aus OECD 2017

Der Vergleich zeigt, dass die private Finanzierung in den ausgewählten Ländern nicht die dominierende, aber eine weitere gewichtige Einnahmequelle für Anbieter von Gesundheitsleistungen darstellt (Abbildung 2). Die Anteile der privaten Finanzierung (private Versicherungen und Selbstzahler) an den gesamten Gesundheitsausgaben variieren unter den Auswahlländern zwischen 15 % und über 40 %. Dies gilt unabhängig davon, ob das öffentliche Gesundheitssystem überwiegend steuer- oder beitragsfinanziert ist. Deutschland weist vergleichsweise geringe private Finanzierungsanteile auf. Private Pflichtversicherungen sind in der Abbildung 2 und den dahinterliegenden OECD-Daten im Anteil der „Sozial-/Pflichtversicherung“ enthalten. Deutschland ist das einzige Land mit einer primären substitutiven privaten Krankenversicherung. Im Unterschied zu anderen Ländern beschränkt sich das öffentliche Krankenversicherungssystem in den USA auf bestimmte Bevölkerungsgruppen.

Hinsichtlich der Regionalisierung zeigt sich, dass es in den meisten der betrachteten Länder nur eine Bezugsebene für die Festlegung bzw. Vereinbarung der ambulanten ärztlichen Vergütung gibt (entweder national, regional oder kommunal; Abbildung 2). Während in einigen skandinavischen Ländern eine Kombination aus regionaler und kommunaler Ebene zu finden ist, stellt das in Deutschland angewendete zweistufige Verfahren zur Vergütungsvereinbarung auf nationaler und regionaler Ebene eine Besonderheit dar (ansonsten nur in Vorarlberg in Österreich).

Die privaten Finanzierungsanteile betreffen dabei auch die ambulante ärztliche Versorgung (Abbildung 3). So wird in allen der betrachteten Länder irgendeine Form von privater Zusatzversicherung für die ambulante ärztliche Versorgung angeboten (z. B. Übernahme von Zuzahlungen oder Erstattung von Leistungen außerhalb des Leistungsumfangs der öffentlichen Systeme). Aus Sicht der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte senken solche privaten Zusatzversicherungen die (finanziellen) Hürden der Patientinnen und Patienten für eine Leistungsanspruchnahme und vergrößern somit c. p. die Erlöspotenziale ambulanter ärztlicher Tätigkeit. Gleichzeitig sind aber auch Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen unter den Auswahlländern weit verbreitet (Deutschland bildet hierbei – seit Abschaffung der Praxisgebühr – eine der seltenen Ausnahmen). In den meisten dieser Länder existieren zwar Regelungen zur Begrenzung oder zur Ausnahme von Zuzahlungen, insgesamt wirken Zuzahlungen aber häufig hemmend auf die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. Dies gilt in ähnlicher Weise auch für Selbstbehalte, die jedoch nur in wenigen Ländern, wie z.B. in der Schweiz, größere Ausmaße annehmen. Beziehen sich Patientenzuzahlungen auf bestimmte ärztliche Behandlungsleistungen, die nicht im öffentlichen Leistungskatalog enthalten sind (in Deutschland sog. Individuelle Gesundheitsleistungen, IGeL-Leistungen) ist es für die ärztlichen Leistungsanbieter mit (Informations-/Überzeugungs-)Aufwand verbunden, diese als zusätzliche Einnahmequelle zu erschließen. In einigen Ländern ist es den Ärztinnen und Ärzten nicht gestattet, Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs anzubieten.

Die bisherigen Angaben zur Finanzierungsstruktur der Länder beziehen sich auf die gesamte Versorgung im Gesundheitssystem. Ein erster Indikator für die Bedeutung

der ambulanten ärztlichen Versorgung ist ihr Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben (Abbildung 4). Hier zeigen sich teilweise ausgeprägte Unterschiede zwischen den Ländern, die jedoch teilweise auf unterschiedliche Abgrenzungen des ambulanten Bereichs zurückzuführen sein dürften. Für das Gros der betrachteten Länder schwankt der Anteilswert um ein Fünftel.

In den öffentlichen Gesundheitssystemen der hier betrachteten Länder überwiegt das Sachleistungsprinzip als Erstattungssystem, das üblicherweise mit einer geringen Kosten- bzw. Vergütungstransparenz der Inanspruchnahme bei den Patienten einhergeht. Eine Ausnahme bildet Frankreich, allerdings mit einer zunehmenden Zahl von Versicherten- und Patientengruppen, die nicht finanziell in Vorleistung treten müssen. In Ausnahmefällen gibt es Kombinationen aus Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip (z. B. in den Niederlanden).

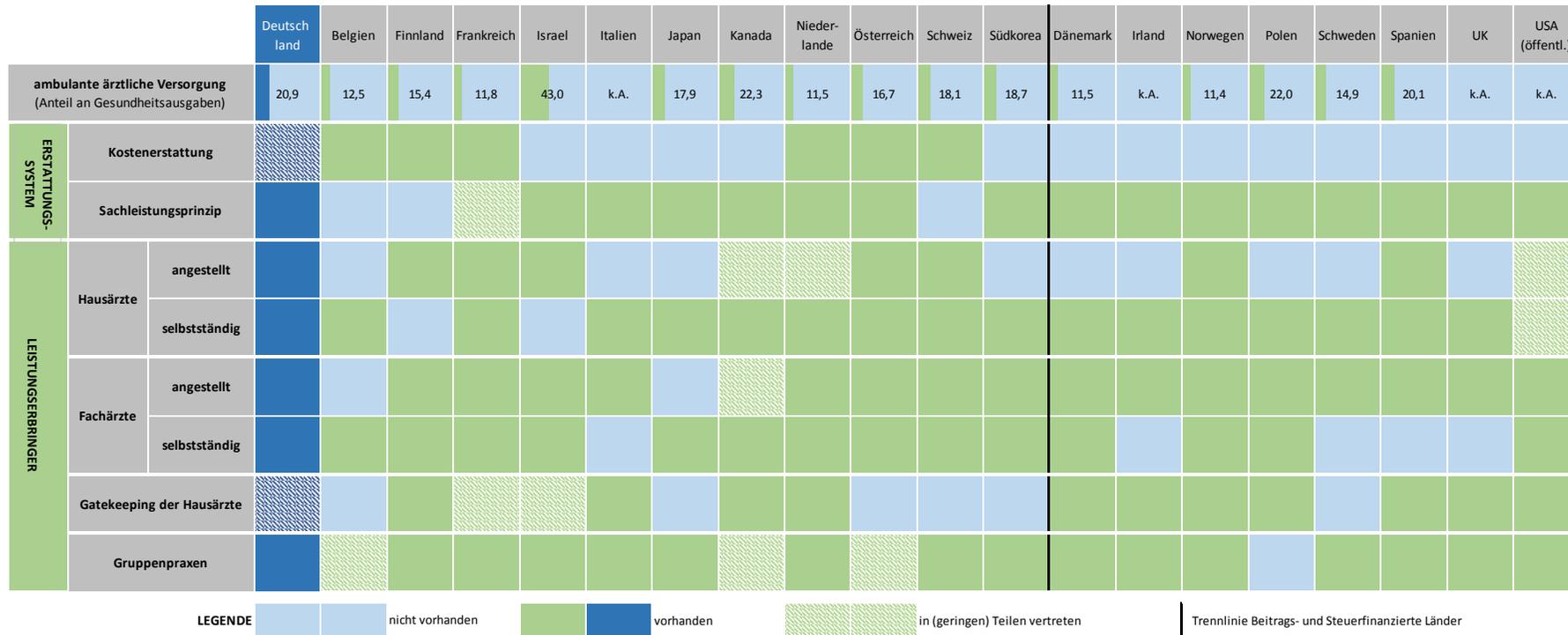
Potentiell vergütungsrelevant sind auch Unterschiede in der Struktur der Leistungserbringer zwischen den Ländern. Ein zentrales Merkmal ist in diesem Zusammenhang der Anteil unterschiedlicher Beschäftigungsformen von Ärztinnen und Ärzten, primär die Unterscheidung zwischen Angestellten und Selbständigen bzw. Freiberuflern. Der Ländervergleich zeigt, dass die selbständige Beschäftigungsform vor allem unter den Hausärztinnen und Hausärzten dominiert, diese sind nur in weniger als der Hälfte der betrachteten Länder auch als Angestellte tätig. Fachärztinnen und Fachärzte sind hingegen in der Mehrheit der betrachteten Länder auch – und in den überwiegend steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitssystemen häufiger auch ausschließlich – als Angestellte beschäftigt.

Von den Unterschieden der Beschäftigungsformen lässt sich auf entsprechende strukturelle Unterschiede der Behandlungseinrichtungen schließen. Dabei reicht das mögliche Spektrum von selbstständig geführten Einzelpraxen, über eine Reihe von Zwischenformen, bis zu größeren ambulanten Behandlungszentren mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Weitergehend zu unterscheiden ist beispielsweise, ob angestellte Ärztinnen und Ärzte von Selbständigen oder von Unternehmen/Managementgesellschaften, ggf. auch Versicherungen, beschäftigt werden.

Ein weiteres wesentliches Unterscheidungsmerkmal für den Ländervergleich ist die Organisation des Zugangs zur ambulanten fachärztlichen Versorgung. In einigen Ländern existiert ein Primärarztssystem, gemäß dem Hausärztinnen und Hausärzte die Funktion des sog. „Gatekeepings“ übernehmen. Diese Form findet sich vor allem in den Ländern mit überwiegend steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitssystemen. In Ländern, in denen die ambulante fachärztliche Versorgung größtenteils durch angestellte Ärztinnen und Ärzte übernommen wird, findet diese häufig an Einrichtungen der stationären Versorgung statt.

Dass Ärzte nicht nur in Einzelpraxen, sondern auch in größeren Einrichtungen wie Gruppenpraxen tätig sind, trifft auf fast alle betrachteten Länder zu, und zwar mit zunehmender Tendenz. In einigen Ländern existieren eigene Vergütungs(sub)systeme für Gruppenpraxen.

Abbildung 4: Erstattungssystem und Leistungserbringerstruktur



Quelle: IGES auf Basis diverser Quellen

3.2 Vergütungsformen

Der Ländervergleich der aktuell angewendeten Vergütungsformen (Abbildung 5) verdeutlicht zunächst, dass in Deutschland – bis auf outcome-orientierte – sämtliche der hier betrachteten Formen bei Haus- und Fachärzten Anwendung finden.¹ Outcome-orientierte Vergütungsformen können zudem in Deutschland prinzipiell im Rahmen von Selektivverträgen vereinbart werden. Diese Vielfalt zeigt sich in kaum einem anderen der Vergleichsländer bzw. den dort betrachteten Vergütungssystemen.

Am häufigsten sind unter den hier betrachteten Ländern Kombinationen aus Einzelleistungsvergütungen (FFS) und Kopfpauschalen für die Vergütung von Hausärzten. Spanien ist das einzige unter den Auswahlländern ohne Einzelleistungsvergütung, in Israel gilt dies lediglich für den größten Kostenträger. Fallpauschalen für Leistungskomplexe – die (auch zeitlich stärker voneinander getrennte) Behandlungsschritte umfassen – finden sich in der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen dagegen selten. Sie sind eher in der Vergütung stationärer Leistungen verbreitet, dort allerdings überwiegend in Form von diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) implizit, da die damit zu vergütenden Leistungsbündel nicht abschließend definiert sind.

Vorreiter bei outcome-orientierten Vergütungsformen (Pay-for-Performance; P4P) ist, hinsichtlich der zeitlichen Dauer der Programme sowie des Umfangs der P4P-Vergütung an der Gesamtvergütung, das Vereinigte Königreich, insbesondere England. In den Ländern, die P4P-Ansätze anwenden, finden sich diese vor allem als Bestandteil der Vergütung von Hausärzten, seltener hingegen bei der Vergütung der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Die skandinavischen Länder sind, mit Ausnahme von Schweden, eher zurückhaltend bei der Nutzung von P4P in der ambulanten ärztlichen Vergütung. Teilweise wurden dort solche Ansätze erprobt und auf Grundlage der nicht ausreichend positiv bewerteten Erfahrungen wieder aufgegeben. In den USA beziehen sich die P4P-Programme explizit auch auf Verbünde von ambulanten Arztpraxen mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (sog. Accountable Care Organizations, ACOs).

In keinem der betrachteten Länder basiert die ambulante ärztliche Vergütung ausschließlich auf fixen Gehältern. Dennoch kommen fixe Vergütungsbestandteile in der Mehrheit der Länder vor. Das Fixum wird für ein Land als relevante Vergütungsform dann markiert, wenn entweder:

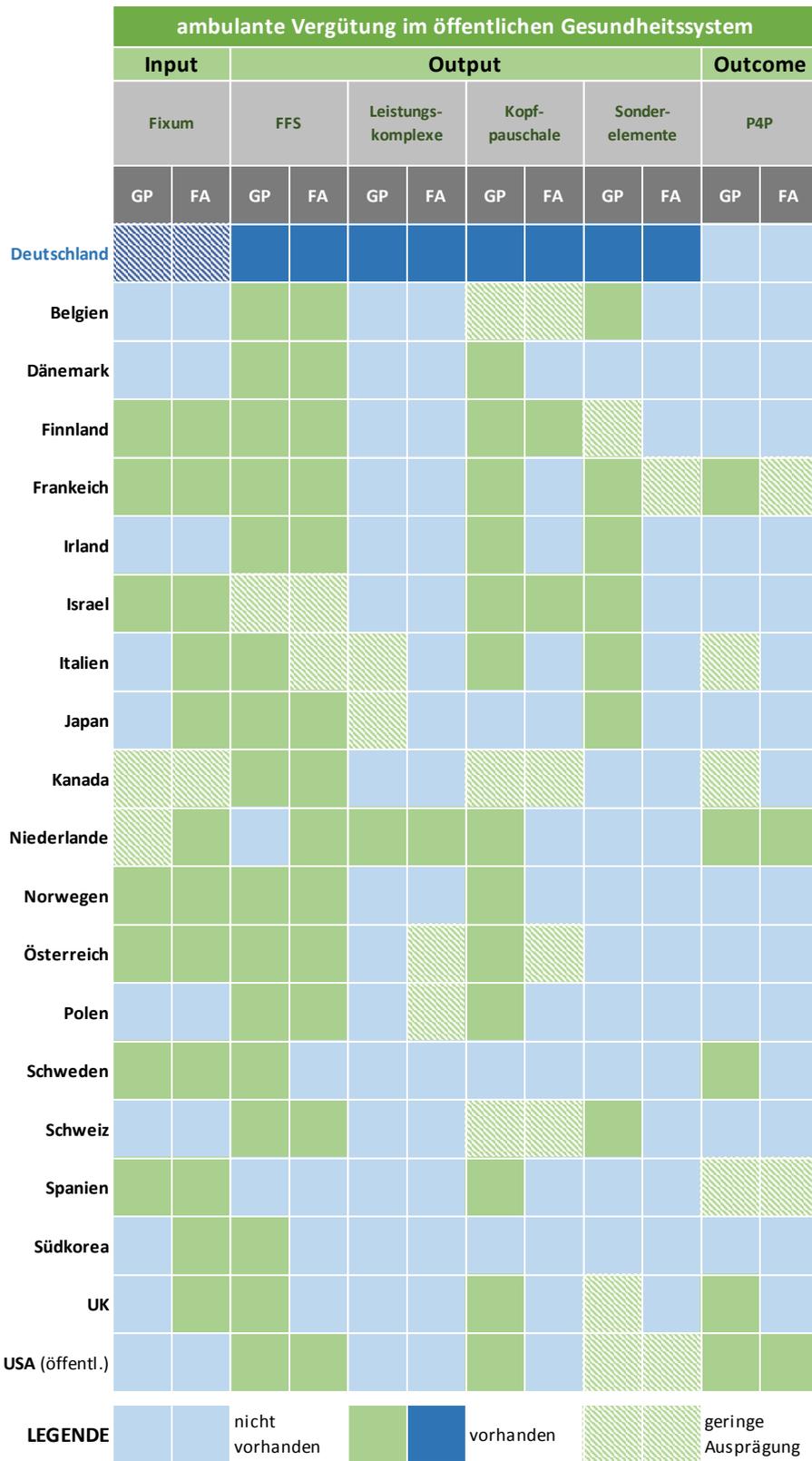
¹ Dies trifft auch auf die Form der Kopfpauschale zu: Die im EBM sowohl für Haus- als auch für Fachärztinnen und -ärzte enthaltenen Versichertenpauschalen können aus Sicht der einzelnen Ärztinnen/Ärzte bzw. einzelnen Praxen als Kopfpauschalen gewertet werden. Das ist möglich, da die Falldefinition auf die gesamte, von derselben Arztpraxis innerhalb eines Quartals an demselben Versicherten, ambulant vorgenommene Behandlung abstellt. Aus Sicht des Kostenträgers hingegen hat diese Vergütungsform eher den Charakter einer Fallpauschale, die mehrmals zu zahlen ist, wenn derselbe Versicherte innerhalb des Zeitraums verschiedene Ärztinnen und Ärzte/Praxen aufsucht.

- ◆ bezogen auf einzelne Ärztinnen und Ärzte ein nicht geringfügiger Anteil des Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit fixen Charakter hat oder
- ◆ der überwiegende Anteil der Ärztinnen und Ärzte als Angestellte feste Gehälter bezieht.

Dabei können diese fixen Bestandteile entweder an die Stelle von leistungsbezogenen Vergütungen treten, oder es werden aus leistungsbezogenen Vergütungen der Einrichtung insgesamt Fixgehälter an das angestellte ärztliche Personal gezahlt. Im zweiten Fall entkoppelt sich die Verteilung der Gelder von der offiziellen Vergütungssystematik, die i. d. R. die/den selbständig tätige/n Ärztin/Arzt adressiert.

Der erstgenannte Fall trifft auf die skandinavischen Länder Norwegen, Schweden und Finnland, aber auch auf Spanien zu. Dort setzt sich die Vergütung ambulanter ärztlicher Tätigkeit aus fixen und leistungsbezogenen Elementen zusammen. Beispiele für den zweiten Fall sind die Niederlande und Österreich. Dort findet die ambulante fachärztliche Versorgung häufig in Einrichtungen statt (z. B. Spitalsambulanzen), die für ihre Leistungen leistungsbezogen vergütet werden, während die in ihnen überwiegend angestellt beschäftigten Ärztinnen und Ärzte feste Gehälter beziehen. In Deutschland werden ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zunehmend auch in medizinischen Versorgungszentren (MVZs) oder größeren Arztpraxen angestellt und mit Festgehältern vergütet, die unabhängig von der Einzelleistungsvergütung, den Kopfpauschalen oder von Selektivverträgen sind.

Abbildung 5: Ländervergleich Vergütungsformen



Quelle: IGES auf Basis diverser Quellen

3.3 Budgetrahmen

Während sich die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen aus den zuvor beschriebenen Vergütungsformen „bottom up“ zusammensetzt, gibt es häufig zusätzliche Elemente des Vergütungssystems, die „top down“ wirken. Letztere haben das Ziel, dass die ärztliche Vergütung in Summe ein gewisses Ausmaß nicht überschreitet, also einen definierten Budgetrahmen einhält. Dabei existiert eine große Bandbreite sowohl bezüglich der Bezugsebene einer Summenbetrachtung bzw. des Budgetrahmens (einzelne Ärztinnen/Ärzte, Ärztegruppen, ambulante ärztliche Versorgung insgesamt in einer Region/national) als auch bezüglich der eingesetzten Maßnahmen zur Einhaltung eines Budgetrahmens. Letztere können direkt wirken, indem z. B. für die ärztlichen Vergütungen nur ein fixes monetäres Budget zur Verfügung steht, oder indirekt durch Maßnahmen der Mengenbegrenzung (z. B. bezüglich Fallzahlen, Anzahl bestimmter Leistungen). Darüber hinaus gestaltet sich die Anwendung dieser Maßnahmen unterschiedlich restriktiv. Vorgaben können lediglich mehr oder weniger verbindliche Orientierungsgrößen darstellen oder mit härteren Sanktionen durchgesetzt werden. Außerdem gibt es meist Ausnahmeregelungen oder flexible Anwendungsmöglichkeiten.

Beim Budgetrahmen finden sich in den meisten der betrachteten Ländern Vorgaben auf kollektiver Ebene, d. h. sie beziehen sich auf die Gesamtheit der Ärztinnen und Ärzte bzw. Arztpraxen. Häufig wird der Budgetrahmen für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit anderen Budgets für Gesundheitsleistungen bestimmt. Dabei kann sich der Budgetrahmen am Bedarf orientieren, also beispielsweise auf Basis der Messung von Veränderungen der Morbidität oder der Altersstruktur einer Bevölkerung, und/oder fiskalisch begründet werden (z. B. in Abhängigkeit von der Entwicklung der Einnahmen eines Krankenversicherungssystems oder einer gesamtwirtschaftlichen Wachstumsrate, z. B. in Belgien) (Abbildung 6). Die Niederlande stellen in Bezug auf bedarfsorientierte Budgets einen besonderen Fall dar, da dort die Budgets nicht nur auf Basis von Veränderungsraten bestimmt werden, sondern jährlich „bottom up“ die Kosten pro Patient in den Fachgruppen auch hinsichtlich ihres Niveaus erhoben und berücksichtigt werden. Die Festlegung des Budgetrahmens beruht in den Ländern insgesamt häufig auf einer Kombination aus Berechnungs- und Verhandlungsverfahren. Teilweise wird der Budgetrahmen regional weiter aufgeschlüsselt, z. B. in Österreich. Deutlich weniger Länder sehen eine Ex-Post-Korrektur dieses Budgets vor.

Neben den Budgets, die für die gesamte ambulante Versorgung oder für ärztliche Fachgruppen gelten, existieren in einigen Ländern Budgetvorgaben für spezifische Leistungen (z. B. in Belgien für kostenintensive bildgebende Verfahren). Eine Reihe von Ländern definiert für Ärztinnen und Ärzte/Arztpraxen zudem auch einen Leistungsbereich, der extrabudgetär vergütet wird. Dadurch werden aus ihrer Sicht die Budgetvorgaben auf kollektiver Ebene faktisch gelockert. Teilweise existieren in den Ländern Möglichkeiten, dass einzelne Ärztinnen und Ärzte/Arztpraxen individuelle Budgetvereinbarungen mit Kostenträgern treffen, beispielsweise gekoppelt

an spezifische Leistungsvorgaben (P4P), oder dass mit Gruppenpraxen oder größeren Ärzteverbänden/-netzen individuelle Budgetvereinbarungen getroffen werden.

Budgetierungseffekte in der ärztlichen Vergütung werden häufig auch indirekt über mengenbegrenzende Maßnahmen erzielt. In der Mehrheit der Länder geschieht dies durch eine Begrenzung der Anzahl zugelassener Ärzte („Bedarfsplanung“). Dies kann (mit zeitlichem Vorlauf) durch die Begrenzung von Ausbildungs- bzw. Studienplätzen für Humanmediziner geschehen (z. B. in Frankreich) und/oder durch die Regulierung der regionalen Niederlassungsmöglichkeiten bzw. der Abrechnungsbefugnisse (z. B. in Österreich – ähnlich wie in Deutschland – nach Fachgruppen auf regionaler Ebene). Seltener dagegen sind fall- oder leistungsbezogene Mengenbegrenzungen auf Ebene einzelner Ärztinnen und Ärzte/Arztpraxen. Neben Deutschland findet sich die Anwendung beider Formen nur noch in den Niederlanden, während in anderen Ländern jeweils nur eine oder keine der beiden Formen eingesetzt wird. Stattdessen überwiegen in den anderen Ländern unmittelbar ausgabenbezogene Budgetierungsmaßnahmen, die nicht arztindividuell ausgestaltet sind, sondern auf übergeordneter Ebene ansetzen. Sie finden sich in regelmäßigen Verhandlungen der Preisniveaus, z. B. in Punktwerten, wieder. Außerdem setzt der Großteil der Länder – im Unterschied zu Deutschland – Zuzahlungen der Patienten als mengen- bzw. budgetbegrenzendes Mittel ein (vgl. auch Abbildung 3).

Abbildung 6: Ländervergleich ambulanter budgetärer Maßnahmen

	Gesamtbudget ambulant (ggf. nur Arztgruppen)			Ärztbudget (einzelne Praxen/Ärzte)			Mengenbegrenzung		
	bedarfsorientiert	finanzierungsorientiert	Ex-post-Korrektur	Budget für spezifische Leistungen	Extra-budgetäre Vergütung	individuelle Budgetvereinbarung möglich	Bedarfsplanung	Volumenbegrenzung Einzelpraxis	
								Fälle/Köpfe	Leistungen
Deutschland	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Belgien	nicht vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Dänemark	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	geringe Ausprägung	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden
Finnland	nicht vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Frankeich	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	geringe Ausprägung	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Irland	vorhanden	vorhanden	geringe Ausprägung	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Israel	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Italien	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden
Japan	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Kanada	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden
Niederlande	vorhanden	vorhanden	vorhanden	geringe Ausprägung	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Norwegen	vorhanden	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Österreich	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden
Polen	vorhanden	geringe Ausprägung	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden	geringe Ausprägung
Schweden	geringe Ausprägung	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Schweiz	geringe Ausprägung	geringe Ausprägung	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	geringe Ausprägung
Spanien	vorhanden	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Südkorea	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden
UK	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	geringe Ausprägung	geringe Ausprägung	nicht vorhanden	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden
USA (öffentl.)	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden	nicht vorhanden

LEGENDE:
 nicht vorhanden
 vorhanden
 geringe Ausprägung

Quelle: IGES auf Basis diverser Quellen

3.4 Preissetzung, Preisdifferenzierung und Risikoadjustierung

Neben den Vergütungsformen und dem Budgetrahmen ergibt sich ein weiteres, zentrales Gestaltungselement der Vergütungssysteme aus der Frage der Preisbildung, d.h. nach welchen Maßstäben die konkrete Höhe von Einzelleistungsvergütungen, Leistungskomplexen und Pauschalen festgesetzt wird. Zu unterscheiden sind dabei Referenzleistung, zentrale Festlegung der Preise sowie patientenbezogene und arztbezogene Parameter der Preisdifferenzierung, die im Wesentlichen der Risikoadjustierung der Preise dienen.

Die Preisdifferenzierung unterscheidet sich in den Ländern häufig für die unterschiedlichen Vergütungsbestandteile der Einzelleistungsvergütung (FFS) und Kopfpauschale. Im Fall der FFS-Vergütung ist in den meisten Ländern eine Differenzierung der Vergütungshöhe nach Parametern des Aufwands (Zeitbedarf für Behandlung/Konsultation), Anteil technischer Behandlungen (Geräteintensität) und teilweise auch der (erforderlichen) ärztlichen Qualifikation/Kompetenz bzw. der fachlichen Komplexität des Behandlungsfalls vorgesehen. Die FFS-Vergütung im Medicare-System der USA berücksichtigt beispielsweise zusätzlich auch Praxisaufwand (Miete, Material/Ausstattung, Personalkosten) und Berufshaftpflichtversicherungskosten je nach Leistungskomplex. In einigen der betrachteten Länder, darunter Italien, Spanien und die USA, kommen regionale Differenzierungen (in Finnland: nach Kommunen) hinzu.

Auch die Höhe der Kopfpauschalen wird in der Regel differenziert, jedoch überwiegend nach Merkmalen der Patientenpopulation risikoadjustiert (Alter, Geschlecht, Chronische Erkrankungen). In einigen Ländern (z. B. Kanada, UK) wird zusätzlich der Wohnort als Merkmal lokaler Morbidität berücksichtigt. In Israel wird zwischen einer aktiven Kopfpauschale (Patientinnen/Patienten mit Arztbesuch) und einer passiven Kopfpauschale (gelistete Patientinnen/Patienten ohne Konsultation) unterschieden. Die Abbildung 7 zeigt den Überblick über die Preisdifferenzierung und Risikoadjustierung der Länder. „Sonstige Parameter“ sind beispielsweise regional unterschiedliche Preise.

Abbildung 7: Ländervergleich Preisdifferenzierung/Risikoadjustierung

		Preisdifferenzierung											
Vergütungsform	Referenzleistung/Referenzwert	Zentrale Festlegung Preis	Patientenbezogene Parameter					Arztbezogene Parameter			weitere Parameter		
			Alter	Geschlecht	Wohnort	Morbidität	Besondere Patientenpopulation	Kompetenzniveau/Fachwissen/Komplexität	Zeitpunkt/Zeitaufwand/Dauer	technische Nutzung/Geräte/Ausstattung			
Deutschland	FFS/Kopfpauschale												
Belgien	FFS												
Dänemark	Kopfpauschale												
Finnland	Kopfpauschale												
	Gehalt												
Frankreich	FFS												
	Kopfpauschale												
Irland	Kopfpauschale												
Israel	Kopfpauschale												
Italien	FFS												
	Kopfpauschale												
Japan	FFS												
	FFS												
Kanada	Kopfpauschale												
	Kopfpauschale												
Norwegen	Kopfpauschale												
	FFS												
Niederlande	DBC												
	Kopfpauschale												
Österreich	LKF ambulant												
Polen	Kopfpauschale												
Schweden	Gehalt												
	Kopfpauschale												
Schweiz	FFS/TARMED												
	Kopfpauschale												
Spanien	Gehalt												
	Kopfpauschale												
Südkorea	FFS												
UK (England)	Kopfpauschale												
USA (öffentl.)													

LEGENDE:
 nicht vorhanden
 vorhanden
 geringe Ausprägung/regional
 (helleres Grün)
 (dunkleres Grün)

Quelle: IGES auf der Basis diverser Quellen

Im Hinblick auf die Preiskalkulation werden auch in anderen Ländern, wie in der GKV in Deutschland, Preisgewichte bzw. Bewertungsrelationen einerseits und das Preisniveau andererseits separat bestimmt (dies gilt z. B. in Frankreich, den Niederlanden, in Südkorea und den USA). Die Orientierung an einem Referenzeinkommen als Bestandteil des Preisniveaus findet sich z.B. im Schweizer Vergütungssystem (TARMED). Die Kalkulation der relativen Preise für Leistungen und Pauschalen sowie die Bestimmung und regelmäßige Anpassung der Preisniveaus ist in den meisten Ländern komplex und vergleichsweise intransparent. Hier liegt häufig auch die Schnittstelle zwischen den Gesundheitsbudgets und den Preisen. In den meisten Systemen verhandeln die Kostenträger mit den Leistungserbringern unter Zuhilfenahme verschiedenster Datenquellen, Algorithmen, den realisierten ärztlichen Einkommen und gesamtwirtschaftlichen Entwicklungen. In mehreren der betrachteten Ländern finden sich keine bzw. kaum öffentlich zugängliche Informationen zu den Details der Preiskalkulation in der ambulanten ärztlichen Vergütung (z. B. Irland, Polen, Schweden). Die Tabelle A1 im Anhang stellt die recherchierten Informationen zur Preiskalkulation in den Ländern zusammen.

Einige Vergütungssysteme umfassen spezielle Bestandteile für „kliniknahe“ ambulante Leistungen. So werden in den Niederlanden stichprobenartig erhobene Krankenhauskosten als Kalkulationsgrundlage für die DBC-Vergütungen herangezogen. In Österreich gibt es spezielle Vergütungen für spitalsambulante Leistungen mit dem Ziel, tagesklinische Leistungserbringung bzw. die Verlagerung von Mehrtagesaufenthalten in die Tagesklinik zu forcieren. Das diesbezügliche Bepunktungsmodell besteht aus einem Mischsystem aus Pauschalen für Leistungen/Leistungsgruppen und Pauschalen für Kontakte, die zu einem ambulanten Besuch zusammengefasst werden. Eine Strukturkomponente soll zusätzlich die adäquate Berücksichtigung von Vorhaltekapazitäten und Versorgungsaufträgen ermöglichen.

Preisanpassungen konzentrieren sich häufig auf neue Leistungen, teilweise (wie in Frankreich) in Verbindung mit einer evidenzbasierten Bewertung (HTA). In der Schweiz werden Preise auch im Hinblick auf Kostensteigerungen angepasst. In den Ländern finden sich keine Informationen darüber, in wie fern bei der Aufnahme neuer Leistungen auch alte Preise überprüft und angepasst werden und somit mit technischen Innovationen verbundene Effizienzgewinne im Vergütungssystem gewonnen werden.

3.5 Outcome: Pay-for-Performance-Programme (P4P)

In den letzten Jahren wurden die Vergütungssysteme vieler Länder um outcomeorientierte Vergütungsformen erweitert, die über das Angebot der Leistungserbringenden hinaus auch Behandlungsergebnisse, die Behandlungsqualität oder die Umsetzung konkreter Versorgungsangebote direkt vergüten.

P4P-Programme gibt es in England (QOF: Quality of Framework), Frankreich (ROSP: rémunération sur objectifs de santé publique), in den Niederlanden (Segment 3), Schweden (SVEUS: Swedish National collaboration for value-based reimbursement and monitoring of health care; und QFP: Quality follow up program in primary

care), Spanien (Ribera Salud) und den USA (QPP: Quality Payment Program). Das QOF-Programm in England kann dabei als am weitesten entwickelt angesehen werden. Es besteht seit über zehn Jahren und wird verpflichtend umgesetzt. Mit 8 % Anteil an der Gesamtvergütung hat dieses Programm immer noch die größte wirtschaftliche Bedeutung, obwohl es zu Beginn bereits 12 % bis 15 % Anteil an der Vergütung erreichen konnte. Alle Programme haben gemeinsam, dass Indikatoren oder Indikatoren-Sets zur Messung der Performance entwickelt und weiterentwickelt wurden (vgl. Abbildung 8).

In den Ländern, die P4P-Programme umsetzen, wird tendenziell eher das Erreichen von Qualitätsindikatoren zur Grundlage einer outcome-orientierten Vergütung gemacht, seltener hingegen die Performanz i. S. v. Effizienz bzw. Kosteneinsparungen. Da die meisten Programme noch vergleichsweise jung sind, ist der Evaluationsprozess nicht abgeschlossen. Dies gilt insbesondere, da die Programme in vielfältiger Weise auf parallele Entwicklungsprozesse aufsetzen, darunter z. B.:

- ◆ Fähigkeiten und IT-Unterstützung der Messung und Dokumentation durch die Leistungserbringer und Kostenträger,
- ◆ Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern bis zur Integration von Leistungserbringern zu größeren Einheiten,
- ◆ Entwicklung und Validierung von Qualitäts- und Effizienzindikatoren.

In einigen Ländern haben die Herausforderungen, die mit diesen erforderlichen Begleitentwicklungen verbunden sind, dazu geführt, die Programme zunächst wieder zu beenden, z. B. in Dänemark, Schottland und Wales.

Abbildung 8: Länderdetails P4P und Sonderelemente

P4P					
	Performance (Outcome, Prozess)	Bezugswert Preis	Anteil an der Vergütung	Vergütungshöhe Praxis	Anpassungsprozesse
England QOF (Quality of Framework)	Tätigkeiten und das Erreichen von Behandlungsergebnissen	Vergabe von Punkten, die Preiswerten entsprechen anhand von 77 Indikatoren	8% des Praxiseinkommens	Adjustierung der Punktwerte nach Praxisgröße und Häufigkeit der Krankheit	Jährliche Anpassung der Punktwerte und Qualitätsziele (Keine Anpassung seit 2017)
Frankreich ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique)	Vier Performancebereiche: Prävention und Screening, Qualität des Managements chronischer Krankheiten kosteneffektive Verschreibung, Praxisstruktur	29 Indikatoren zu den vier Bereichen mit festgelegten Mindestanforderungen und prozentualen Zielgrenzen (intermediäre und finale Zielsetzung)	max. EUR 6.000 pro Praxis	adjustiert nach Praxisgröße, Patientenzahl	k. A.
Niederlande Segment 3	Gesundheits- und Versorgungsziele	Indikatoren: Praxiserreichbarkeit, Effizienz bei der Verschreibung von Medikamenten und Überweisung von Patienten an Sekundärversorgung, Praxisakkreditierung	Ziel: 10%	praxisindividuelle Anpassung, Maximaltarife frei verhandelbar	individuelle Anpassung, Maximaltarife frei verhandelbar
Schweden SVEUS (Swedish National collaboration for value-based reimbursement and monitoring of health care)	Steigerung der Effizienz von Tätigkeiten & Behandlungen von 8 akuten (u. a. Hüft- und Kniegelenkersatz, bariatrische Chirurgie) und chronischen Krankheiten (u.a. Diabetes, Osteoporose)	Indikatoren: Zufriedenheit, Koordination der Behandlung, Kontinuität, Compliance gemäß evidenzbasierten Richtlinien, Einschreibung in Register	Komplexpauschalen mit Berücksichtigung des Schweregrads der Erkrankung und des Behandlungserfolgs; bis zu 3% der Vergütung	Anpassung der Vergütung durch Benchmarks	k. A.
Schweden Quality followup programme in primary care (QFP)	Programm in der Region Västra Götland Mischung aus P4P und P4R (pay for reporting)	12 Indikatoren für die Beurteilung der Zielerreichung hinsichtlich Qualität und entsprechende Anpassung der Vergütung	Bonuszahlung	praxisindividuelle Anpassung	kontinuierliche Überarbeitung
Spanien Ribera Salud	GPs und FA Qualität, Zusammenarbeit, Effizienz (auch intersektorale Zusammenarbeit)	z.B. Qualität oder Teilnahme an Programmen	k. A.	k. A.	k. A.
USA Quality Payment Program (QPP)	P4P Programm im Rahmen von Medicare zur Prozessoptimierung	Bewertung anhand von Indikatoren wie Zielwerte für Diabetes Patienten (Hba1c Wert unter 9%)	5% Anteil an der Gesamtvergütung	Preisdifferenzierung anhand von Punktwerten	k. A.
Sonderelemente					
Israel Quality Indicators in Community Healthcare (QICH)	Public Reporting	Indikator-kategorien: Prävalenz/Versorgungsqualität (Prävention und Gesundheitsförderung, Behandlung, Outcome)	adjustiert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Faktoren	k. A.	k. A.
Schweiz EQUAM-Zertifikat	Qualitätsmanagement	Qualitätszirkel	minimal	Die Qualitätszirkel-Arbeit wird als ärztliche Leistung außerhalb von TARMED vergütet.	k. A.

Quelle: IGES auf der Basis diverser Quellen

4. Vertiefende Analysen ausgewählter Länder

4.1 Überblick Länderbesonderheiten

Viele der im Ländervergleich dargestellten Vergütungssysteme verfügen über eine Reihe von Gestaltungselementen, die im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des deutschen Vergütungssystems diskussionswürdig erscheinen. Als wichtigste Länderbesonderheiten sind zu benennen:

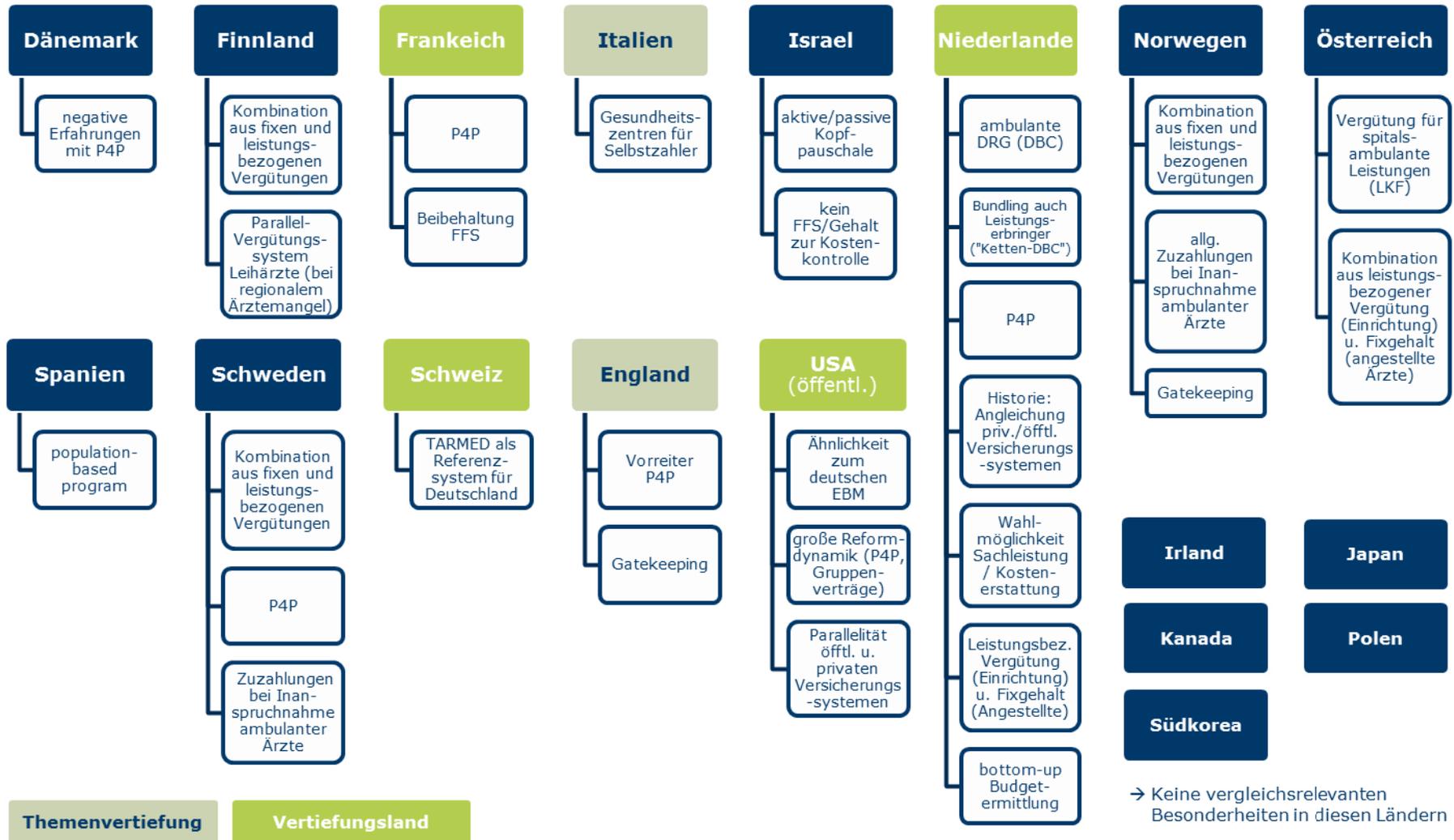
- ◆ **England:** Langfristige Erfahrung mit P4P-Elementen im Vergütungssystem, die gegenwärtig dort auch im monetären Umfang am weitesten fortgeschritten und bereits mehrfach reformiert wurden. Das englische P4P-Programm wird im folgenden Bericht als Vertiefungsthema behandelt.
 - ◆ **Finnland:** Kombination aus fixen und leistungsbezogenen Vergütungsbestandteilen auf Ebene der einzelnen Ärztinnen und Ärzte; Vergütungsanreize hinsichtlich der ärztlichen Versorgung in dünn besiedelten, ländlichen Regionen (z. B. spezielle Vergütung von Leihärzten für Kommunen).
 - ◆ **Israel:** Unterscheidung einer aktiven und passiven Kopfpauschale (für Patientinnen/Patienten mit Inanspruchnahme sowie für lediglich eingeschriebene Versicherte); teilweiser Verzicht auf einzelleistungsorientierte Vergütungen, stattdessen fixe Gehaltsbestandteile als Instrument zur Kostenkontrolle.
 - ◆ **Italien:** Das öffentliche ambulante Gesundheitssystem ist von hohen Wartezeiten geprägt. Dadurch haben sich private ambulante „Low-cost“-Behandlungszentren entwickelt, die spezifischen Leistungsangebote für Selbstzahler anbieten. Diese „Low-cost“-Zentren werden im folgenden Bericht als Vertiefungsthema behandelt.
 - ◆ **Niederlande:** In den Niederlanden wird eine Vielzahl innovativer Vergütungsformen umgesetzt: Einbeziehung ambulanter Versorgung in das DRG-System (DBC), Bundling als Vergütungsform („Ketten-DBC“), outcome-orientierte Vergütungsformen (P4P), Wahlmöglichkeiten zwischen Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip sowie eine „bottom up“-Berechnung von Gesamtbudgets ärztlicher Vergütung. Darüber hinaus beziehen Ärztinnen und Ärzte einen merklichen Teil der leistungsbezogenen Vergütungen nicht unmittelbar, sondern die Einrichtungen, in denen diese gegen fixe Vergütungen tätig sind. Schließlich gab es im letzten Jahrzehnt eine Integration des privaten und des öffentlichen Versicherungssystems, in dessen Rahmen auch unterschiedliche Vergütungssysteme (Pauschalen vs. FFS) zusammengeführt wurden. Die Niederlande werden im folgenden Bericht als Vertiefungsland dargestellt.
 - ◆ **USA (Medicare):** Ähnlichkeiten des gegenwärtigen Vergütungssystems zum deutschen (EBM): Bewertungsrelationen und Punktwerte mit jährlicher Anpassung, nach wie vor stark einzelleistungsbasiert, aber seit 2014
-

grundlegende neuausgerichtet (Reformdynamik). Dabei zunehmend mit P4P-Elementen und Gruppenverträgen ausgelegt, so dass finanzielle Risiken stärker von Leistungserbringern getragen werden. Die USA werden im folgenden Bericht als Vertiefungsland dargestellt.

- ◆ **Österreich:** Spezifische Vergütung von spitalsambulanten Leistungen an der Schnittstelle ambulant-stationären Vergütung.
- ◆ **Frankreich:** Freiwillige P4P-Elemente seit 2012, die auf Einzelleistungsvergütungen aufsetzen. Frankreich wird im folgenden Bericht als Vertiefungsland dargestellt.
- ◆ **Schweiz:** Die Kalkulationsgrundlage für den deutschen Einheitlichen Bemessungsmaßstab (EBM) 2000plus wurde aus dem Standardbewertungssystem des TARMED-Konzepts abgeleitet. Insofern ist das Schweizer System dem Deutschen sehr ähnlich. In der Schweiz enthält das Vergütungssystem (TARMED) als Besonderheit ein Referenzeinkommen als Kalkulationsgrundlage. Der dafür u. A. ausschlaggebende Dignitätsfaktor ist Teil der jüngsten Reform des TARMED, um überkalkulierte Einzelleistungen wirtschaftlicher zu bepreisen. In der Schweiz gibt es zudem eine parallele Vergütungsstruktur für HMOs. Die Schweiz wird im folgenden Bericht als Vertiefungsland dargestellt.

Abbildung 9 fasst die Länderbesonderheiten zusammen und zeigt die Länder auf, die im folgenden Teil des Ergebnisberichts vertiefend betrachtet werden: Frankreich, Niederlande, Schweiz und USA sowie das englische P4P-Programm und die Selbstzahler-Zentren in Italien.

Abbildung 9: Länderbesonderheiten; Auswahl Vertiefungsländer und -themen



Quelle: IGES auf der Basis diverser Quellen

4.2 Frankreich

Anbieterstruktur und ambulante Versorgung

Zum Jahresbeginn 2018 waren in Frankreich 198.081 Ärzte tätig, davon 44,3 % Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und 55,6 % Fachärztinnen/-ärzte. Knapp 43 % der Ärztinnen und Ärzte waren **selbständig** in Privatpraxen tätig, rd. 47 % als Angestellte (davon rd. zwei Drittel in Krankenhäusern) und knapp 11 % in Kombinationen aus freier und Anstellungstätigkeit (BOUET 2018, S. 80, 110). Knapp 105.000 (53 %) der Ärztinnen und Ärzte waren, zumindest teilweise, selbständig in ambulanter Privatpraxis tätig. Dabei hat der Anteil der **angestellt** tätigen Ärztinnen und Ärzte trendmäßig zugenommen. Insgesamt bezogen rd. 17 % der Ärztinnen und Ärzte zumindest einen Teil ihrer Erwerbseinkommen als Gehaltsempfänger außerhalb von Krankenhäusern. Während von den Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen rd. 57 % selbständig in Privatpraxen tätig waren, lag dieser Anteil unter den Fachärztinnen/-ärzten nur bei rd. einem Drittel (BOUET 2016, S. 56).

Die **Arztkapazitäten** werden auf nationaler und regionaler Ebene primär durch Regelungen des Zugangs zum Medizinstudium gesteuert. Ein nationales System der regionalen Verteilung freier Arztsitze (analog der Bedarfsplanung in Deutschland) existiert hingegen nicht (HIT FRANKREICH 2018, S. xxiii, 48). Seit den 1990er Jahren gibt es Versuche, den regionalen Zugang zur ärztlichen Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, zu verbessern (HIT FRANKREICH 2018, S. 167ff). Grundsätzlich gilt in Frankreich die freie Arztwahl, sie hat gesundheitspolitisch einen hohen Stellenwert. Die Ärztedichte in Frankreich ist insgesamt im OECD-Vergleich leicht unterdurchschnittlich (3,1 vs. 3,4 pro 1.000 Einwohner), in Bezug auf Hausärztinnen und Hausärzte jedoch überdurchschnittlich (1,5 vs. 1,1). Die Dichte der Fachärztinnen und Fachärzte ist demnach unterdurchschnittlich (1,8 vs. 2,0; AR-ENTZ 2017).

Nach Angaben der WHO liegt die **Inanspruchnahme** der ambulanten ärztlichen Versorgung gemessen an der Kontaktrate unter dem EU-Durchschnitt (WHO 2018).² Hausbesuche haben einen relativ hohen Anteil an der Versorgung durch Allgemeinärztinnen/-ärzte (ca. 15 % aller Konsultationen), weitere rd. 15 % der ambulanten Konsultationen finden in Krankenhäusern statt (HIT FRANKREICH 2018, S. 127, 129). Von den Ausgaben für Gesundheitsversorgung und medizinische Güter in Höhe von knapp 200 Mrd. Euro (2017) entfielen knapp 11 % auf die ambulante Versorgung durch Ärztinnen/Ärzte und Hebammen/Entbindungspfleger (DREES 2018a).

Neben der geographischen Ungleichverteilung gilt, ähnlich wie in Deutschland, ein Mangel an Koordination und Kontinuität der Versorgung (auch und gerade an der

² Im Jahr 2014 (aktuellere Daten liegen nicht vor) gab es pro Einwohner durchschnittlich 6,3 Ärztinnen-/Arztkontakte, und damit fast 11 % weniger als im EU-Durchschnitt und mehr als ein Drittel weniger als in Deutschland.

Schnittstelle ambulant-stationär) als Schwäche des französischen Gesundheitssystems.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Seit Ende der 1990er Jahre wurde die Finanzierung des französischen Gesundheitssystems von einer Beitrags- auf eine stärker **steuerähnliche** Finanzierung umgestellt. So wurden die lohnbezogenen Arbeitnehmerbeiträge zur Krankenversicherung schrittweise durch eine zweckgebundene Sozialsteuer (CSG – Contribution Sociale Généralisée) ersetzt, um die Finanzierung auf eine breitere Basis zu stellen und unabhängiger vom Arbeitsmarkt zu machen. Die CSG-Rate ist abhängig von der Art des Einkommens (höher z. B. für Kapitaleinkommen und Gewinne, niedriger für Renten (HIT FRANKREICH 2018, S. 77f)). Mit dem Sozialversicherungsfinanzierungsgesetz von 2018 wurde der (Rest-)Beitragssatz der Krankenkasse von 0,75 % abgeschafft, der allgemeine Sozialbeitrag (CSG) jedoch um 1,7 Punkte auf 9,2 % der Erwerbseinkünfte erhöht (die Einnahmen hieraus fließen jedoch nicht vollständig an die Krankenversicherung). Die reduzierten Raten für andere Einkommensarten reichen von 5,10 % bis 6,80 %, der Arbeitgeberbeitrag stieg von 12,89 % auf 13 % (TISSOT EDITIONS 2018).

Während der gesetzliche Krankenversicherungsschutz ein breites Spektrum an Gesundheitsgütern und -leistungen einbezieht, werden die damit verbundenen Kosten grundsätzlich nicht vollständig übernommen, d. h. für Versicherte gelten **Selbstbeteiligungen** (AMELI 2019a). So beträgt die Erstattungsquote für Krankenhausleistungen generell nur 80 %, allerdings mit einer Reihe von Ausnahmen, z. B. 100 % bei Geburten, Arbeitsunfällen oder ab dem 31. Aufenthaltstag. Für ambulante Behandlungen durch selbständige Ärzte gilt im gesetzlichen Tarif eine Erstattungsquote von 70 %. In den Hausarztmodellen sinkt die Erstattungsquote beim direkten Facharztbesuch (ohne Hausarztkoordinierung) auf 30 % (AMELI 2019b). An den Kosten für Behandlungen, die 120 Euro überschreiten, beteiligen sich die Versicherten zusätzlich mit einem Pauschalbetrag i. H. v. 24 Euro. Ausnahmen gelten dabei für bestimmte Leistungen und Personengruppen (AMELI 2019c). Eine 100 %-Erstattung gilt außerdem für chronisch Kranke mit einem ALD-Status (Affection de Longue Durée).

Nach Angaben der WHO ist der durch die öffentliche Krankenversicherung finanzierte Anteil an den Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren gestiegen (2011: 76 % ; 2016: 83 %). Im selben Zeitraum ist der Anteil der freiwilligen Zusatzversicherungen hingegen gesunken (2011: 14 %; 2016: 7 %) (WHO 2019)). Eine Ursache hierfür dürfte in der Zunahme älterer und chronisch kranker Patienten liegen, für welche die Krankenversicherung höhere Kostenanteile übernimmt. Der Anteil der Selbstzahlungen der Patienten lag indessen unverändert bei 10 %, die größten Anteile davon betreffen die ambulante ärztliche Behandlung und Medizinprodukte.

Grundsätzlich gilt in der öffentlichen Krankenversicherung in Frankreich nach wie vor das **Kostenerstattungsprinzip**, das Sachleistungsprinzip wurde allerdings für bestimmte Personengruppen (z. B. ALD-Patienten) eingeführt. Insg. müssen in

Frankreich rd. 11 Mio. Versicherte keine Vorauszahlungen leisten. Eine generelle Umstellung auf das Sachleistungsprinzip wurde unter Präsident Macron zunächst gestoppt (SEMERARO 2019).

Vergütungssystem für ambulante ärztliche Leistungen

Die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen basiert in Frankreich auf drei Säulen, der Einzelleistungsvergütungen, Pauschalvergütungen und qualitätsorientierte Vergütungen. Hinzu kommen innovative Vergütungsformen für multiprofessionelle Gesundheitszentren sowie ein Innovationsfonds zur Förderung neuer Organisations- und Finanzierungsformen.

Einzelleistungsvergütungen sind nach wie vor die dominierende Form der Honorierung ambulanter ärztlicher Leistungen, basierend auf folgenden Verzeichnissen:

- ◆ NGAP (nomenclature générale des actes professionnels): Seit 2004 müssen die von der Krankenversicherung abgedeckten Leistungen in das Verzeichnis der (zahn-)ärztlichen oder paramedizinischen Verfahren aufgenommen werden. (UNCAM 2005)
- ◆ CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) bildet seit 2005 die vergütungsrelevante medizinische Klassifikation für klinische Prozeduren (hauptsächlich in Krankenhäusern zur DRG-basierten Finanzierung, aber auch für die Leistungsabrechnung von Privatärzten außerhalb von Krankenhäusern). (AMELI 2017)

Die dazugehörigen Tarife werden zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (nationale Vereinigung UNCAM – Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) und den Ärztegewerkschaften verhandelt und durch das Gesundheitsministerium genehmigt. Sie sind Bestandteil der nationalen Vereinbarungen („Convention nationale entre les médecins libéraux et l'assurance maladie“) (MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ 2016), die für mehrere Jahre getroffen und jährlich ergänzt werden („annexes“) (AMELI 2018). Die Ergänzungen erfolgen insbesondere zur Anpassung der Honorartarife, auf Basis der jährlichen Finanzierungs-gesetze für die Sozialversicherung, im Sinne einer einnahmenorientierten Ausgaben- bzw. Vergütungspolitik.

Über die **Aufnahme neuer Behandlungen** (Prozeduren) in die vergütungsrelevanten Leistungsverzeichnisse wird in einem mehrstufigen Prozess entschieden. Initiiert wird dieser Prozess durch Beratungsanfragen von UNCAM oder den wissenschaftlichen Fachgesellschaften an die nationale Gesundheitsbehörde (HAS – Haute Autorité de Santé), welche eine medizinische, wissenschaftliche und technische Bewertung (Priorisierung) vornimmt. Hierfür existieren in der HAS eigene Kommissionen (Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé – CNEDiMTS, Commission de Hiérarchisation des Actes et des Prestations – CHAP). Die CNEDiMTS bewertet u. a. die Verbesserung einer Leistung im Vergleich zu alternativen therapeutischen Behandlungen und weisen ihr ein Verbesserungsniveau (I bis V) zu. Voraussetzung für die Aufnahme in das Leistungsverzeichnis ist die Zuweisung eines medizinischen Arbeitswertes, ermittelt

auf der Grundlage von vier Komponenten (Dauer, Stress, geistige Anstrengung und technische Kompetenz). Dieser wird durch eine von den Fachgesellschaften vorgeschlagene Expertengruppe entsprechend dem Fachgebiet und einer seit dem Jahr 1996 angewandten Methodik vergeben. Diese Bewertung wird anschließend durch eine im Jahr 2007 eingerichtete sog. Kohärenzinstanz validiert, die sich aus mehreren Experten aus Fachgesellschaften, dem öffentlichen und privaten Sektor zusammensetzt.

Für die medizinisch-ökonomische Bewertung und die Preisgestaltung ist dann wieder UNCAM zuständig. Hierzu legt sie den Tarif auf der Grundlage des ermittelten Arbeitswertes, ausgedrückt in Punkten, auf den ein monetärer Umrechnungsfaktor angewendet wird, unter Berücksichtigung der Kosten der fachspezifischen Praxis fest. UNCAM schätzt darüber hinaus die finanziellen Auswirkungen, sowohl aus mikroökonomischer Sicht (Kosten der Leistung) als auch aus makroökonomischer Sicht (voraussichtliche Entwicklungen bei anderen Leistungen, Folgen für die stationäre Versorgung, Ausgaben für Medizinprodukte) und analysiert die organisatorischen Umsetzung. Schließlich erfordert die Aufnahme einer neuen Leistung in das Verzeichnis die Zustimmung des Gesundheitsministeriums.

Ein Teil der Ärztinnen und Ärzte, die zum sog. **Sektor 2** zugelassen sind, haben das Recht, die vereinbarten Tarife zu überschreiten (CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS 2018). Im Jahr 2018 hatten rd. 26,5 % aller Ärztinnen und Ärzte ein permanentes Überschreitungsrecht. Höhere Selbstbeteiligungen im Sektor 2 können faktisch die freie Arztwahl und den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung einschränken, zumal der Anteil der Sektor 2-Ärztinnen/Ärzte teilweise stark zwischen den Fachgruppen und Regionen variiert. So sind z. B. in Paris mehr als die Hälfte der Fachärztinnen/-ärzte zum Sektor 2 zugelassen. Seit 2012 wurden daher Maßnahmen ergriffen, um das Ausmaß der Gebührenüberschreitungen vor allem bei Fachärztinnen/-ärzten zu begrenzen (L'ASSURANCE MALADIE 2018).³ Damit wurde eine Trendwende erreicht, seitdem die Überschreitungsrate wieder sinkt (erstattungsfähige Gebühren 2011: 55,4 %; 2016: 51,9 %) Das finanzielle Volumen der Überschreitungen belief sich im Jahr 2016 auf 2,66 Mrd. Euro, die im Wesentlichen durch Selbstzahler getragen wurden und allein 2,45 Mrd. Euro auf Fachärztinnen/-ärzte entfielen (CAISSE NATIONALE L'ASSURANCE MALADIE 2017a).

Seit einigen Jahren gibt es auch **P4P-Vergütungsformen**, zunächst im Rahmen von Selektivverträgen mit Hausärztinnen/-ärzten, seit 2012 auch als Teil der kollektiven

³ In Tarifmoderationsverträgen (CAS – Contrat d'accès aux soins) können sich Ärztinnen/Ärzte freiwillig dazu verpflichten, Gebührenüberschreitungen zu begrenzen; im Gegenzug übernimmt die Krankenversicherung einen Teil der Sozialversicherungsbeiträge der Ärztinnen/Ärzte. Anfang des Jahres 2017 wurden die CAS-Verträge durch zwei neue Optionen ersetzt: OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) bzw. OPTAM-CO für Chirurgen/Chirurginnen und Gynäkologinnen/Gynäkologen. Die Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge wird bei diesen Optionen durch eine Prämienzahlung ersetzt, die desto höher ausfällt, je näher der Arzt sich den vereinbarten Zielgrößen nähert. Im Jahr 2018 hatten sich rd. die Hälfte der Ärztinnen/Ärzte mit Überschreitungsrecht gemäß OPTAM bzw. OPTAM-CO verpflichtet.

Vereinbarungen (ROSP – Rémunération sur les objectifs de santé publique) (BRUNN et al. 2018)). Im Jahre 2016 wurde ROSP grundlegend überarbeitet, 17 neue Indikatoren eingeführt und die Zielvorgaben für bereits bestehende Indikatoren angehoben. Insgesamt umfasst das System nun 29 Indikatoren für die Bereiche Prävention, Überwachung chronischer Krankheiten und Effizienz von Verordnungen (CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE 2018). Damit die Zielerhebung nicht zu einer Minderung der Praxiseinkommen führt, wurde das Volumen der für ROSP zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung im Jahr 2017 mit 240 Mio. € gegenüber 2016 konstant gehalten und die individuelle Arztvergütung mit einem Multiplikator erhöht. Die durchschnittliche ROSP-Vergütung im Jahr 2017 betrug somit für Allgemeinmediziner 4.522 €, für Fachärzte lag sie deutlich geringer (z. B. 1.726 € für Kardiologen). Erste Ergebnisse für das Jahr 2017 zeigen Fortschritte in den Arztpraxen (z. B. Zunahme Darmkrebsvorsorge, Früherkennung chronischer Krankheiten, Rückgang Antibiotika-Verordnungen), aber auch bei einigen Indikatoren schwächere Ergebnisse (Rückgang Brustkrebsvorsorge).

Mit der ROSP-Reform 2016 wurden zuvor enthaltene Komponenten in zwei separate **Pauschalvergütungs**-Pakete ausgegliedert: Strukturpauschalen und patientenbezogene Pauschalen.

- ♦ Mit den Strukturpauschalen („forfait structure“) sollen die Ärztinnen und Ärzte finanziell bei der Verbesserung ihrer Praxisorganisation bzw. -management unterstützt werden. Sie werden jährlich in Abhängigkeit einer Reihe von Indikatoren gezahlt, u. a. nach Nachweis des Einsatzes qualifizierter Software, Erreichen bestimmter Digitalisierungsquoten von Patientendaten, Nutzung von Telemedizin, Beteiligung an koordinierter Patientenversorgung, Verbesserung von Patientenservices und Engagement in der ärztlichen Weiterbildung (SYNDICAT NATIONAL DES PÉDIATRES FRANÇAIS 2017). Im Jahr 2019 konnten damit max. 4.620 € an zusätzlicher Vergütung erzielt werden.
- ♦ Fünf verschiedene patientenbezogene Pauschalen können Hausärztinnen/-ärzte seit Jahresbeginn 2018 abrechnen (FPMT = forfait patientèle médecin traitant) (AMELI 2019d). Sie sind nach Altersgruppen (Kinder, Ältere) sowie Morbidität (ALD) differenziert und ihre Höhe reicht von 5 € bis 70 € jährlich je Patient.

Ein relativ neuartiger Ansatz ist die **Vergütung multiprofessioneller Versorgungsstrukturen** (Gesundheitszentren). Hierfür wurde im Jahr 2017 eine Rahmenvereinbarung getroffen (ACI = Accord Conventionnel Interprofessionnel). Die Höhe der Vergütung ist an eine Reihe von Indikatoren geknüpft, die den Bereichen Zugang zur Versorgung (u. a. Öffnungszeiten), Teamarbeit/Koordination (z. B. multiprofessionelle Konsultationen) und Informationssystem (Implementierung von Standards) zugeordnet sind. Dabei wird zwischen basis- und fakultativen Voraussetzungen sowie zwischen festen und variablen Bestandteilen unterschieden. Der variable Vergütungsanteil richtet sich nach Anzahl und Struktur der betreuten Patientenpopulation. Vergütet wird die Versorgungsstruktur insgesamt, der es dann

freisteht, den gezahlten Betrag frei zu verwenden bzw. unter den Beteiligten zu verteilen. Ein Anteil von 60 % der Vergütung, die sich bei 100 %-Erfüllung der Basisindikatoren ergäbe, wird als Vorschuss gezahlt (CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE, 2017b; AGENCE RÉGIONAL DE SANTE (ARS); L'ASSURANCE MALADIE; 2017).

Mit dem Sozialversicherungsfinanzierungsgesetz 2018 wurde ein **Innovationsfonds** (FISS = Fonds pour l'innovation du système de santé) für den 5-Jahres-Zeitraum bis 2022 eingerichtet. Mit ihm soll ein experimenteller Rahmen zur Förderung, Unterstützung und Beschleunigung des Aufbaus neuer Versorgungsorganisationen und Finanzierungsmethoden geschaffen werden (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ 2018 ; AGENCE RÉGIONAL DE SANTE PAYS DE LA LOIRE (ARS) 2018). Im Jahr 2018 betrug das FISS-Budget 20 Mio. €, im Jahr 2019 sind es 30 Mio. €. Gefördert werden u. a. Projekte zur koordinierten Betreuung bestimmter Patientengruppen (pädiatrisch, psychiatrisch, chronisch, Schmerzpatienten) (SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DES MINISTÈRES CHARGÉS DES AFFAIRES SOCIALES 2017).⁴

Im Jahr 2017 belief sich das **Vergütungsvolumen** für Allgemeinmediziner in Privatpraxen auf 8,9 Mrd. € und damit rd. 4,5 % der Gesamtausgaben. Von den erstattungsfähigen Vergütungen (7,5 Mrd. €) entfielen 81 % auf klinische Behandlungsleistungen (inkl. Tarifüberschreitungen), 7 % auf technische Leistungen (inkl. Überschreitungen) und 13 % auf RO SP- bzw. Pauschalvergütungen (DREES 2018b). Fachärztinnen/-ärzte wurden für ihre Versorgungsleistungen im Jahr 2017 insgesamt mit 11,9 Mrd. € vergütet (5,9 % der Gesamtausgaben). Ihre Vergütungsstruktur weicht deutlich von derjenigen der Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner ab, 63 % entfielen auf technische Leistungen, 36 % auf klinische Behandlungsleistungen, jeweils inkl. Überschreitungen, und nur weniger als 1 % auf RO SP- bzw. Pauschalvergütungen (DREES, 2018c).

Budgetierung und Ausgabendämpfung

Das Gesundheitsministerium ist verantwortlich für die Zuweisung von Budgets zu den unterschiedlichen Sektoren, wie Krankenhaus, ambulante Versorgung, psychiatrische Versorgung u. a.. Seit 1996 legt das Parlament im Rahmen jährlicher Finanzierungsgesetze für die Sozialversicherung eine nationale Obergrenze für die Gesundheitsausgaben fest (ONDAM – Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), und zwar in Form einer jährlichen maximalen Zuwachsrates für die Gesamtausgaben sowie für die einzelnen Sektoren (prospektive Budgetierung). Die ambulante ärztliche Versorgung fällt unter den Sektor „Soins de ville“. Dieser Sektor bezieht sich aber auf die ambulante Versorgung insgesamt, umfasst also auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie Pflege. Die jährlichen Finanzierungsgesetze und damit die ONDAM-

⁴ Darüber hinaus gibt es auf regionaler Ebene Interventionsfonds (FIR = fonds d'intervention régional), die mit rd. 3,2 Mrd. € insgesamt über deutlich höhere Budgets verfügen. Diese werden jedoch auch für ein breiteres Zielspektrum eingesetzt werden.

Ziele bilden die Grundlage für die jährlichen Ergänzungen der Vereinbarungen zwischen UNCAM und den Ärzteorganisationen zur Leistungsvergütung. Die Erfüllung der Richtwerte werden in einem Monitoring analysiert. Nach Jahren mit z. T. starken Zielüberschreitungen erhöhten sich die Ausgaben seit dem Jahr 2010 stets unterhalb der ONDAM-Zielraten (SÉCURITÉ SOCIALE 2019, S. 7).

Weitere Maßnahmen der Ausgabendämpfung, welche die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen betreffen, beziehen sich auf die Tarifüberschreitungen (Sektor 2) (vgl. voriges Kapitel).

Reformperspektiven

Im Jahr 2018 hat die französische Regierung eine **Task Force** zur Reform der „modes de financement et de régulation“ im Gesundheitswesen eingesetzt, die Anfang 2019 ihren Bericht vorgelegt hat (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ 2018a). In dem Bericht werden die Finanzierungs- bzw. Vergütungsmodalitäten als starke Treiber für die Veränderung von Verhalten und Organisation der an der Versorgung Beteiligten eingestuft. Die Task Force kommt zu dem Ergebnis, dass es kein einheitliches Finanzierungsmodell gebe, mit dem sich alle relevanten Ziele erreichen lassen. Stattdessen sei eine Kombination von Zahlungsmethoden der Vielfalt von Patientenbedürfnissen angemessen. Als mögliche Vergütungsformen führt der Bericht auf:

- ◆ patientenbezogene Pauschalen für die langfristige Betreuung chronisch Kranker (mit Überwachung von Qualitätsindikatoren), Festpreis für das gesamte Versorgungsmanagement, vor allem für Hausärztinnen/-ärzte;
- ◆ qualitäts- bzw. outcome-orientierte Zahlungen, vor allem unter Berücksichtigung von patient-reported experiences/outcomes (schrittweise Ausweitung);
- ◆ Zahlungen zur Verbesserung bzw. Reorganisation von (regionalen) Strukturen für den Zugang zur Versorgung (u. a. für psychiatrische Patienten);
- ◆ gebündelte bzw. pauschalierte und sektorenübergreifende Zahlungen für bestimmte Versorgungsepisoden (z. B. inkl. Nachsorge, Rehabilitation), um die Strukturierung der Versorgungsketten zu fördern;
- ◆ Einzelleistungsvergütungen als auch in Zukunft wichtige Vergütungsform, aber mit Weiterentwicklungsbedarf bezüglich Anpassung der Nomenklatura an aktuellen Stand der Wissenschaft, Erleichterung von Innovationen, sektorenübergreifende Kohärenz und Förderung bzw. Beseitigung der Benachteiligung ambulanter Versorgungsformen.

Für die Vergütung der ambulanten ärztlichen Versorgung fordert die Task Force eine stärkere Diversifizierung der Vergütung, wie sie bereits vor allem bei den Hausärztinnen/-ärzten begonnen wurde. Dabei sollen Einzelleistungsvergütungen ausdrücklich auch weiterhin die Mehrheit der ärztlichen Gesamtvergütung ausmachen, da diese Vergütungsform die hohe Reaktionsfähigkeit des Versorgungssys-

tems gewährleiste und die Patientenzzeit der Ärztin/des Arztes maximiere. Festpreise sollten aber als Alternative für die langfristige Betreuung chronisch Kranker eingeführt werden. Qualitätsorientierte Vergütungsformen sollten ebenfalls ausgeweitet werden, wobei möglichst einfache Indikatoren (primäre Präventionsindikatoren) zu bevorzugen seien. Schließlich sollte mit neuen Vergütungsformen die Teamarbeit gefördert werden, wozu gerade auch die Finanzierung von Investitionen in die Digitalisierung beitragen könnte.

Für die Weiterentwicklung befürwortet die Task Force eine freiwillige, experimentelle Erprobung komplexer Vergütungsformen und eine schrittweise Umsetzung, die von grundlegenden Anpassungen der Informationssysteme begleitet werde. So sollten sich, im Hinblick auf die Vielzahl der Akteure in der ambulanten Versorgung, Pauschalvergütungen zunächst an einzelne Akteure richten, perspektivisch dann auch auf Pakete koordinierter Versorgung beziehen. Darüber hinaus seien tiefgreifende Reformen der Regulierungsinstrumente flankierend erforderlich.

4.3 Niederlande

Anbieterstruktur und ambulante Versorgung

In den Niederlanden sind mehr als 55.000 Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitswesen beschäftigt. Die Ärztedichte liegt bei 3,5 Ärztinnen/Ärzten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Dabei sind im ambulanten Bereich mehr als 50 % der Ärztinnen/Ärzte (ca. 31.000) tätig. Diese teilen sich in ca. 20.000 Fachärztinnen und -ärzte (FA) und ca. 11.000 Hausärztinnen und -ärzte auf (GP) (ARENZT 2017, S. 5).

Die Fachärztinnen/-ärzte stellen die größte Gruppe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dar (65 %), die Facharztdichte von 1,9 pro 1.000 Einwohner liegt im Vergleich zu Deutschland (2,4), der Schweiz (2,5) oder Italien (3,1) aber eher niedrig, im durchschnittlichen Bereich der OECD-Länder (ARENZT 2017, S. 8). Die Mehrheit der Fachärztinnen/-ärzte ist in Krankenhäusern angestellt tätig (54 %), wobei auch eine selbständige Tätigkeit in Krankenhäusern oder in Behandlungszentren verbreitet ist (46 %). Die Anzahl der Fachärztinnen/-ärzte ist in den letzten Jahren leicht rückläufig. Auch die Anzahl der selbständigen Behandlungszentren ('Zelfstandig Behandelcentrum'; ZBC) ist zwischen 2012 und 2016 von landesweit 288 auf 229 Einrichtungen zurückgegangen (NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT 2019a).

35 % der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind GPs. Die Dichte der Hausarztversorgung ist mit 1,6 Ärztinnen und Ärzte pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner vergleichbar hoch wie in Deutschland (1,7) und liegt deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 1,1 (ARENZT 2017, S. 7). Durch das Gatekeeping-System stellen die GPs den Eintrittspunkt in die ambulante Versorgung dar und leiten die Patientinnen und Patienten durch Überweisungen in die fachärztliche Versorgung weiter. Dies hat zur Folge, dass 93 % der Patientenkontakte beim GP und nur 7 % beim Facharzt/-ärztin stattfinden (KRONEMAN et al. 2016, S.140).

Die Gruppe der GPs sind zu 67 % selbständig tätig (7.917). Insgesamt lässt sich ein Trend zu Gruppenpraxen erkennen. So sind 22 % der Hausärztinnen und Hausärzte

bereits in dieser Form mit drei oder mehr GP und 43 % in einer gemeinsamen Praxis mit zwei GP tätig. In einer Einzelpraxis arbeiten hingegen nur 35 % der Hausärztinnen und Hausärzte.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte schließen in der Regel einzelne Verträge mit den Krankenkassen ab. Wenn die Ärztinnen/Ärzte keinen Vertrag mit einer Krankenkasse abschließen, können sie als Privatärzte arbeiten. Die privatärztliche Tätigkeit stellt in den Niederlanden jedoch eher eine Ausnahme dar.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Das öffentliche Gesundheitssystem in den Niederlanden, für das eine Versicherungspflicht gilt, wird durch einkommensabhängige Beiträge (Beitragssatz aktuell 6,5 %) und krankenkassenindividuelle Pauschalen finanziert. Die Versicherten können bei den Krankenkassen zwischen verschiedenen Tarifformen wählen. Neben der am weitesten verbreiteten Sachleistung (naturapolis) sind dabei auch Kostenerstattungstarife (restitutiepolis) oder eine Mischform aus Sachleistung und Kostenerstattung (combinatiepolis) möglich.

In den Niederlanden sind die Krankenkassen verpflichtet einen Tarif für Basisleistungen (Zvw) anzubieten, für die ein Kontrahierungszwang besteht (MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT 2018, S.3). Da die einkommensabhängigen Beiträge der Versicherten lediglich 50 % der Ausgaben entsprechen und damit keine Kostendeckung erreicht wird, müssen die Krankenkassen für die Differenz kassenindividuelle Pauschalen erheben. Diese Pauschalen stellen ein Wettbewerbselement dar, da sich der Preis der Versicherungsangebote dadurch für die Versicherten unterscheiden können. Allerdings können sich die Krankenkassen auch durch die Angebote für private Zusatzversicherungspakete differenzieren und attraktivere Angebote bieten (KRONEMAN et al. 2016, S. 13ff).

Private Zusatzversicherungen (VHI) sowie Selbstzahler und private Zuzahlungen spielen im niederländischen System eine große Rolle. Der Anteil der privaten Finanzierung durch Out-of-Pocket-Zahlungen (OOP) an den Gesamtausgaben für Gesundheit ist mit 11,2 %, im Vergleich zu den betrachteten Ländern, zwar relativ gering, jedoch sind in den letzten Jahren die von den Patientinnen und Patienten selbstgetragenen Kosten gestiegen. Dafür sind vor allem Leistungen, die aus Kostengründen aus den Basisleistungen ausgeschlossen worden sind, verantwortlich sind. Für Ärztinnen und Ärzte können die Selbstzahler von besonderem Interesse sein, da die Leistungen ohne festgelegte Preise den Patienten frei in Rechnung gestellt werden dürfen, solange keine VHI vorliegt.

Da die niederländischen Krankenkassen in ihrem Basistarif lediglich die gesetzlich festgelegte Grundversorgung bieten, sind VHI weit verbreitet und werden von einer großen Mehrheit (84,5 %) der niederländischen Bevölkerung genutzt (DE GRAFF et al. 2018, S. 6). Zum einen können durch die VHI Selbstbehalte reduziert oder erstattet werden, zum anderen kann durch VHIs der Zugang auf nicht im Leistungskatalog enthaltene Leistungen erweitert und somit Zuzahlungen und OOP vermieden werden.

Im Gegensatz zu Deutschland gibt es in den Niederlanden im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen einen **Selbstbehalt** in Höhe von 385 Euro pro Jahr (Stand 2019), der für alle Versicherten ab 18 Jahren gilt. Ausgenommen von Zuzahlungen und Selbstbehalt sind Leistungen der hausärztlichen Versorgung sowie Leistungen während einer Schwangerschaft (HIT NIEDERLANDE 2019). Es besteht für die Versicherten zudem die Möglichkeit den Selbstbehalt freiwillig für ein Jahr zu erhöhen und damit die Beiträge zu senken. Für die Gruppe der Einkommensschwachen, Bedürftigen, Arbeitslosen, Menschen mit Behinderung und Arbeitsunfähigkeit werden sowohl die Beiträge für die Krankversicherung, also auch die Höhe des Selbstbehalts durch staatliche Zuschüsse aus Steuergeldern (Health Care Allowance Act) subventioniert. Der Zuschuss, der vom Gesundheitsministerium festgelegt wird, orientiert sich dabei an den durchschnittlichen Beiträgen der Krankenversicherung sowie dem gesetzlichen Selbstbehalt. Der monatliche Zuschuss beträgt 78 Euro für Alleinstehende und 149 Euro für Familien (Stand 2015). Im Jahr 2013 wurden auf diese Weise 57 % der niederländischen Haushalte subventioniert (HIT NIEDERLANDE 2019). Im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern in denen Zuzahlungen verbreitet sind, gibt es in den Niederlanden weder Beschränkung der Zuzahlungen durch eine Obergrenze, noch gibt es generelle Befreiung von Zuzahlungen.

Vergütungssystem für ambulante ärztliche Leistungen

Für GPs gibt es seit der Einführung des neuen Vergütungssystems im Jahr 2015 drei Segmente, die ihre Vergütung überwiegend bestimmen. Das **erste Segment** setzt sich zu 70 % aus einer Kopfpauschale und zu 30 % aus einer Einzelleistungsvergütung (FFS) zusammen. Die Vergütung nach Kopfpauschale richtet sich nach der Anzahl der registrierten Patientinnen/Patienten pro Ärztin/Arzt. Für jede/n eingeschriebene/n Patientin/Patienten wird eine quartalsbezogene Vergütung pro Kopf für die Verfügbarkeit der Ärztin/des Arztes gezahlt, die nach Alter und Wohnort differenziert wird. Bezüglich des Alters wird hierbei zwischen den Gruppen unter 65 Jahre, zwischen 65 und 75 Jahren sowie über 85 Jahren unterschieden. Auch hinsichtlich der Patientinnen/Patienten in Altersheimen wird die Pauschale adjustiert. Bezüglich des Wohnortes werden die Einzugsgebiete der Arztpraxen nach Anteilen von einkommensschwachen und erwerbslosen Einwohnerinnen/Einwohner sowie dem Anteil an Nicht- Westeuropäischen Einwanderinnen/Einwanderern unterschieden und bei der Vergütung berücksichtigt. Durch diese Pauschale wird eine Behandlung der Patientinnen/Patienten im Rahmen der Basisleistungen abgegolten.

Auch für die Vergütung nach FFS werden die Preise nach verschiedenen Kriterien, wie Zeit und Aufwand, Alter oder Wohnort differenziert. Hinsichtlich des zeitlichen Aufwands wird zwischen Konsultationen oder Hausbesuchen von unter 20 Minuten oder über 20 Minuten unterschieden. Die Maximalhöhe der FFS-Vergütung pro Leistung wird durch das niederländische Gesundheitsinstitut (NZa) festgelegt.

Das **zweite Segment** stellt die Grundlage der Vergütung von chronischen Erkrankungen im Rahmen einer integrierten und multidisziplinären Versorgung dar. Für

eine schnittstellenfreie Versorgung schließen sich Haus- und Fachärztinnen und -ärzte zu „Care Groups“ zusammen (zwischen 4 und 150 Ärztinnen und Ärzte). Die Leitung und Koordination der Care Groups übernehmen die GPs. Die Vergütung wird in diesem Fall durch eine diagnosebezogene Pauschale (**bundled payments**) bestimmt. Diese wird zwischen der „Care Group“ und den Krankenkassen ausgehandelt und aufwandsorientiert, nach Anteil am gesamten Behandlungsprozess, unter den Mitgliedern der „Care Group“ verteilt. Die Leistungen des Segments 2 sind in **drei Module** unterteilt. Das erste Modul für **Organisatorisches & Infrastruktur** wurde 2018 eingeführt und umfasst Leistungen zur Kommunikation sowie Koordination. Ziel der Einführung des neuen Moduls ist es, Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen/Ärzten zu verbessern. Das Modul 2A umfasst vertraglich von Krankenkasse und Care Group vereinbarte Leistungen für **Diabetes Typ 2, VRM, Asthma und COPD**, während das Modul 2B die Behandlung von **weiteren chronischen Erkrankungen** umfasst. Die Vergütung für die Behandlung setzt sich aus einer Grundpauschale für Basisleistungen sowie einer weiteren Pauschale für spezifische Behandlungselemente der jeweiligen chronischen Erkrankung zusammen. Die Budgets werden dabei für jede Krankheit individuell bestimmt und sind nach Festlegung jeweils für ein Jahr gültig. Im zweiten Segment wird der Aufwand der einzelnen Ärztinnen/Ärzte, die am Behandlungsprozess mitgewirkt haben, bei der Aufteilung der Pauschale auf die Teilnehmerinnen/Teilnehmer gemäß ihrem Anteil am Gesamtprozess bemessen. Eine explizite Abbildung des Aufwandes oder den anfallenden Kosten findet im Segment 2 nicht statt, da alle Kosten durch die Pauschale abgegolten werden. Durch die Aufgliederung in einzelne Elemente soll darüber hinaus eine mehrfache Abrechnung von Grundleistungen bei multimorbiden Patienten verhindert werden.

Das **dritte Segment** ist outcomebezogen. Es umfasst selektive Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und zielt dabei insbesondere auf die Förderung von Innovationen und der Qualität der Versorgung ab. Für die Vergütung nach P4P werden qualitätsbezogene Parameter wie Praxiserreichbarkeit, Effizienz bei Verschreibungen oder Überweisungen an die Sekundärversorgung abgebildet. Darüber hinaus wird das Erreichen von bestimmten Quoten in der multidisziplinären Versorgung zur Preisdifferenzierung herangezogen und somit das Verhältnis von Aufwand zu Kosten dargestellt. Auch für die hausärztliche Versorgung in strukturschwachen Regionen oder den Einsatz von E-Health-Lösungen können Selektivverträge geschlossen werden.

Hinsichtlich der Anteile an der Gesamtvergütung eines GPs, stellt das Segment 1 mit 75% der Vergütung den größten Teil dar. Die Segmente 2 (15%) und das Segment 3 (10%) sind für deutlich kleinere Teile der Vergütung verantwortlich, sollen in Zukunft aber ausgeweitet werden.

Darüber hinaus gibt es außerhalb der Segmente die Möglichkeit weiterer Leistungsvergütungen. Beispielsweise werden Wochenend- oder Nachtdienste nach FFS vergütet. In diesem Rahmen können auch Leistungen, die nicht in den Basis-

leistungen enthalten sind, erbracht und abgerechnet werden. Auch für diese Leistungen gelten die Maximaltarife des NZa, wobei sie langfristig auch in die Segmente integriert werden sollen.

Die **selbständigen Fachärztinnen und Fachärzte** arbeiten in der Regel in Krankenhäusern oder Facharztzentren und werden durch **diagnosebezogene Pauschalen (DBC) und FFS** vergütet. Bei ambulanten Behandlungen im Krankenhaus wird die Vergütung entweder durch eine DBC, im Rahmen einer Care Group bestimmt, oder zwischen Krankenhaus und Fachärztin/-arzt verhandelt (DE GRAFF et al. 2018, S. 21). In Facharztzentren erfolgt die Vergütung vor allem durch das Segment 2 oder FFS. Leistungen, die nicht im Basistarif der Krankenkassen enthalten sind, werden durch FFS vergütet.

Im Jahr 2015 wurde das Vergütungssystem für die hausärztliche Versorgung reformiert und basiert seitdem auf den drei beschriebenen Segmenten. Im Zuge dieser Reform wurden zusätzlich die Elemente des Bundled Payment für die multidisziplinäre Versorgung von chronisch Kranken sowie eine Vergütung, die sich nach Qualitätsindikatoren bemisst, eingeführt. Die Etablierung von Segment 3 zielt insbesondere auf die Modernisierung der Versorgung und der Zielerreichung von Qualitätsstandards ab, basiert auf Selektivverträgen und stellt somit die Möglichkeit einer extrabudgetären Vergütung für die Hausärztinnen/-ärzte dar.

Auch die fachärztliche Vergütung wurde 2015 geändert. Während die Vergütung im Krankenhaus zuvor ein Teil der Fallpauschale war, kann die Höhe der Vergütung nun zwischen Fachärztinnen bzw. Fachärzten und Krankenhaus verhandelt werden.

Durch die Einführung des vereinheitlichten Krankenversicherungssystems durch das Zvw im Jahr 2006 hat die Rolle der/des Hausärztin/-arztes an Bedeutung gewonnen. Entgegen der Erwartungen stieg, trotz entfallenen Zuzahlungen bei Hausarztkonsultationen, für ehemalige Privatversicherte die Anzahl der Arztkontakte nur leicht an (VAN DIJK et al. 2013). Dennoch lässt sich in der Folge der Zvw-Reform eine konstant wachsende Zahl der Hausärztinnen/-ärzte beobachten, die von ca. 9.600 GPs im Jahr 2006 auf 11.800 im Jahr 2016 angestiegen ist.

Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten bezüglich der Koordination in der medizinischen Versorgung ist besonders im Vergleich zu anderen Ländern als positiv zu bewerten. Sowohl hinsichtlich der Zeit, die sich die Ärztin/ der Arzt für eine Konsultation nimmt, als auch hinsichtlich der Transparenz für die Patientin/ den Patienten sowie der Qualität der Versorgung sind die Versicherten in den Niederlanden mit der Leistung der Hausärztinnen/-ärzte zufrieden (THORLBY 2016).

Durch die Einführung der interdisziplinären Behandlung und Vergütung von Care Groups durch das Segment 2 sind die Krankenhauseinweisungen von chronischen erkrankten Patientinnen/Patienten deutlich zurückgegangen. Ein möglicher Grund hierfür kann der finanzielle Anreiz zu einer verbesserten Zusammenarbeit sein. Jedoch lassen sich auch ein erhöhter Aufwand für Koordination und Behandlungsprozesse feststellen (CZYPIONKA et al. 2015).

Budgetierung und Ausgabendämpfung

Maßnahmen mit budgetierender Wirkung auf die Vergütung werden in den Niederlanden auf verschiedenen Ebenen getroffen.

Eine indirekte Budgetierung, die auch eine indirekte Mengenbegrenzung impliziert, stellen die Vorgaben der registrierten Patientinnen-/Patientenzahl pro hausärztlicher Praxis dar. Für die Anzahl der Patientinnen/Patienten, die in einer Praxis registriert sind, gibt es durch die Bedarfsplanung des Gesundheitsministeriums Unter- und Obergrenzen. Da der Großteil der hausärztlichen Vergütung auf einer Kopfpauschale, die zudem durch Tarifobergrenzen begrenzt sind, basiert, ergeben sich hierbei Budgetierungseffekte.

Die Budgets und Vergütungen für die Leistungserbringung der Care Groups im Segment 2 werden zwischen Ärzten und Krankenkassen frei verhandelt und festgelegt. Im Segment 2 sind die Leistungen in verschiedene Blöcke aufgeteilt. Dabei werden Grundleistungen zu einem verhandelten Festbetrag vergütet, um eine Mehrfachbehandlung bei multimorbiden Patientinnen/Patienten zu verhindern. Das Budget wird für die jeweilige chronische Erkrankung festgelegt und an die verschiedenen Leistungserbringer verteilt. Das Budget ergibt sich dabei aus der Anzahl der eingeschriebenen Patientinnen/Patienten, für die eine festgelegte Vergütung pro Quartal gezahlt wird, mit der alle anfallenden Leistungen abgegolten sind. Die Höhe des jährlichen Behandlungsbudgets wird jeweils zwischen Care Group und den Krankenversicherungen verhandelt (OECD 2016, S. 24).

Im Segment 3 wird die Vergütung und Budgetierung der Leistungserbringung durch Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Ärztinnen/Ärzten geregelt. Dabei handelt es sich um extrabudgetäre Leistungen.

Ein **nationales Gesundheitsbudget** wird durch Verhandlungen innerhalb der Regierung bestimmt und jährlich angepasst (Budgetary Framework Healthcare; BKZ). Die Grundlage für die BKZ stellt eine Kostenschätzung für das kommende Jahr dar. Es werden aber auch historische Budgets sowie die aktuelle Inflationsrate oder ein Wachstumsziel berücksichtigt.

Für die einzelnen Sektoren des Gesundheitssystems wird die Höhe des jährlichen Ausgabenzuwachses zwischen Gesundheitsministerium, den Leistungserbringern, den Krankenkassen und Patientenvertreterinnen/-vertretern verhandelt. Bei der Verabschiedung der Budgets wird das auf diese Weise vereinbarte Wachstum als feste jährliche Zuwachsrate für die Vergütung berücksichtigt. Für das Jahr 2018 wurde die jährliche Rate für die Fachärztinnen/-ärzte auf 1,6 % erhöht. Für die Vergütung der Hausärztinnen/-ärzte im Segment 1 beträgt diese 1,5 % und für die Segmente 2 und 3 jeweils 2,5 %, die somit explizit gefördert werden.

Das niederländische NZa rechnet für das Jahr 2018 mit einem Kostenanstieg des Segments 2 von ca. 3 %. Der größte Anteil des Kostenanstiegs entfällt dabei auf die fachärztliche Behandlung. Im Rahmen der Einführung des Health Care Acts 2006 und die damit verbundene Umstellung der Vergütung wurde auch die Möglichkeit

einer Ex-Post-Korrektur des Budgets eingeführt, um ggf. auftretende Defizite auszugleichen (KRONEMAN et al. 2016, S.83).

Für **Innovationen** gibt es im Rahmen des Segments 3 für Krankenkassen und Ärztinnen/Ärzte die Möglichkeit, eine **extrabudgetäre Vergütung** auszuhandeln. Diese Selektivverträge müssen jedoch vom nationalen Institut für Gesundheitsversorgung (Zorginstituut Nederland; ZIN) überprüft und genehmigt werden. Eine Aufnahme von Innovationen in die Basisleistungen setzt ebenfalls eine Bewertung des ZIN voraus. Die Preissetzung wird über eine Evidenzbewertung vorgenommen.

Die Rahmenbedingungen und Richtlinien des Gesundheitssystems werden zum größten Teil auf nationaler Ebene getroffen, insbesondere durch das Gesundheitsministerium (Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport; VWS). Für die Vergütung entscheidende Faktoren, wie beispielsweise der Umfang der Basisleistungen, die im Grundtarif der Krankenkassen enthalten sein müssen, werden vom Gesundheitsministerium verabschiedet. Die Festsetzung der Maximaltarife für die Einzelleistungsvergütung wird hingegen durch das NZa festgelegt (MINISTERIE VAN FINANCIËN 2019). Das NZa agiert als Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen und soll die Qualität der Versorgung und den Zugang sicherstellen (SCHUT et al. 2016, S. 2).

Jedoch findet die Umsetzung und Ausgestaltung der Vergütung ohne direkten Einfluss des Gesetzgebers statt. Die Krankenkassen verhandeln mit Ärztinnen-/Ärztegruppen wie dem Fachverband der Hausärztinnen/-ärzte (LHV) oder den Krankenhäusern über Verträge, die die Versorgung regeln. Dabei wird die Höhe der Vergütung zwischen Ärztinnen/Ärzten oder den Versorgungsgruppen, den Vertreterinnen/Vertretern der Krankenkasse sowie Patientenvertreterinnen/-vertretern unter der Aufsicht der niederländischen Gesundheitsbehörde verhandelt und festgelegt. Effizienz und Qualität der ambulanten Versorgung sollen insbesondere durch die Vergütung in den Segmenten 2 und 3 gefördert werden. Die Vergütung basiert in diesen Segmenten vor allem auf den Verhandlungsergebnissen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, wie beispielsweise durch Selektivverträge oder P4P-Ziele (MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT 2018, S. 7). Selbstständige Fachärztinnen und Fachärzte, die im Krankenhaus tätig sind, verhandeln selbst mit den Krankenhäusern über ihre Vergütung.

Reformperspektiven

Das niederländische Gesundheitssystem weist im Vergleich zum deutschen hinsichtlich der Vergütungssystematik einige Besonderheiten auf. Hervorzuheben sind hierbei die Vergütungssegmente 2 und 3. Durch die gesonderte Vergütung für die multidisziplinären Care Groups findet eine verstärkte Pauschalierung für die Behandlung von chronischen und kostenintensiven Erkrankungen statt. Auch das Segment 3 stellt durch die qualitätsbezogene, erfolgsabhängige Vergütung eine Vergütungsform dar, die in Deutschland noch nicht umgesetzt ist. Die Vergütung durch Bundled Payments für Care Groups im Segment 2 kann als Erweiterung der DMPs für Deutschland gesehen werden.

Die Vereinheitlichung der privaten und öffentlichen Krankenversicherung durch das Krankenversicherungsgesetz im Jahr 2006 (Zvw) hatte vor allem als Ziel die Ausgaben zu senken (ARENTZ 2018, S. 7). Zu diesem Zweck wurde unter anderem auch ein Selbstbehalt eingeführt, der die Leistungsanspruchnahme der Versicherten kontrollieren sollte. Eine Betrachtung der Ausgabenentwicklung zeigt jedoch auch nach 2006 weiterhin ausschließlich ansteigende Kosten (DE GRAFF et al. 2018, S. 18). Die Gesundheitsausgaben pro Kopf liegen mit ca. 4.800 US\$-KKP pro Kopf auf einem ähnlich hohen Niveau wie Deutschland (5.000 US\$-KKP pro Kopf) und damit deutlich über den Pro-Kopf-Ausgaben von beispielsweise Italien, Frankreich oder dem Vereinigten Königreich (UK). Der Anstieg der Ausgaben zeigt sich insbesondere für die ambulante Versorgung (ARENTZ 2018, S. 22). Allein für das Jahr 2018 kalkuliert das Netherlands Institute for Health Care einen Anstieg der Gesundheitsausgaben von 1,5 Mrd. Euro. Daher besteht auch zukünftig die Herausforderung für das niederländische Gesundheitssystem in einer nachhaltigen Finanzierung und entsprechender Kontrolle der Ausgaben im Gesundheitssystem. Um dies zu erreichen ist geplant, dass in Zukunft alle Leistungen in die Vergütungssegmente integriert werden (NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT 2019b).

Die ersten Erfahrungen mit den Bundled Payments für bestimmte Patientengruppen werden teilweise positiv bewertet. Insbesondere habe sich die Zusammenarbeit und die Leitlinienadhärenz der Leistungsanbieter verbessert (DE BAKKER et al. 2012a). Andererseits wurden starke Preisunterschiede festgestellt, die nur teilweise mit Leistungsunterschieden erklärt werden konnten. Negativ verbucht wurde auch ein hoher administrativer Aufwand, der durch veraltete Informations- und Kommunikationstechnologien verursacht wurde. Eine Evaluierungskommission kam zu dem Ergebnis, dass mit Bundled Payments die Vergütung noch nicht vollständig integriert sei, da bestimmte versorgungsrelevante Aspekte dieser Patienten nicht einbezogen würden, darunter die Kosten für Arzneimitteln aus Apotheken, aber auch Ko- bzw. Multimorbidität sowie der Bereich der Prävention (DE BAKKER et al. 2012b). Die Bundled Payments seien lediglich ein Zwischenschritt zur ganzheitlichen Finanzierung. Diskutiert werden in den Niederlanden außerdem Bedenken, dass die Bundled Payments für ausgewählte Erkrankungen auch eine gewisse Fragmentierung der Versorgung fördern könnten. Zudem seien sie auf den Bereich der Primärversorgung konzentriert, obwohl die größten Einsparpotenziale integrierter Vergütungsmodelle von einer Einbeziehung der stationären Versorgung zu erwarten seien.

Vor diesem Hintergrund werden in den Niederlanden seit einigen Jahren Pilotmodelle einer vollintegrierten Versorgung getestet, die im Zeitraum 2013 bis 2018 vom National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) evaluiert wurden (DREWES et al. 2018). Ein zentrales Ergebnis der Evaluation war, dass die Aufgabe eines vollintegrierten Versorgungsangebots generell unterschätzt wurde. Insbesondere eine Zusammenführung von Vergütungsbudgets in Kombination mit einer Integration der Daten- und Wissensinfrastrukturen wurde bislang kaum erreicht. Die Vergütung erfolgt auch in den Pilotprojekten weiterhin hauptsächlich pro Patientin/Patient bzw. pro Versorgungsleistung, alternative Vergütungsformen

sind in der Entwicklungsphase bislang gescheitert. Als Ursachen werden u. a. Informationsasymmetrien zwischen den beteiligten Akteuren, mangelndes Vertrauen zwischen den Leistungsanbietern und Versicherern sowie widersprüchliche finanzielle Anreize genannt.

4.4 Schweiz

Anbieterstruktur und ambulante Versorgung

In der Schweiz waren im Jahr 2018 insgesamt 37.525 Ärzte berufstätig (Ärztetastatistik der Fédération des médecins suisses, FMH 2019). Das entspricht einer Ärztedichte von 4,4 Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 Einwohner. Die Dichte an ambulant tätigen Fachärztinnen/-ärzten lag mit 1,25 Ärztinnen/Ärzten pro 1.000 Einwohnerinnen/Einwohner über dem Wert für die Grundversorger (Allgemeinmedizin, allgemeine Innere Medizin, Ärztinnen/Ärzte ohne Facharztstitel) mit 0,95 pro 1.000 Einwohnerinnen/Einwohner. Von den 37.525 Ärztinnen/Ärzten arbeiten 19.331 (51,5 %) im ambulanten Sektor, 17.608 im stationären Sektor und 585 sind in einem anderen Sektor tätig. Zwischen 1996 und 2015 stieg der Anteil der spitalambulanten Leistungen auf 23 % des Gesamtvolumens. Im gleichen Zeitraum kam es zu einer Verdreifachung der Ausgaben für spitalambulante Leistungen von 1,4 Mrd. Franken auf 5,6 Mrd. Franken (ENGLER 2019). Fast alle Grundversorger (94 %) arbeiten selbständig (HOSTETTLER & KRAFT, 2019).

Von den Grundversorgern sind 44 % in Einzelpraxen tätig und 56 % in Doppel- und Gruppenpraxen. Bei den Fachärztinnen/-ärzten ist der Anteil, der in einer Einzelpraxis tätigen Ärzte mit 58 % höher. In den letzten Jahren ist ein Trend zu mehr Gruppenpraxen zu beobachten: Der Anteil der Ärzte, die in Einzelpraxen tätig sind, hat seit dem Jahr 2008 um rd. 8 % abgenommen (Schweizerische Ärztezeitung, 2019). Außerdem kam es in den letzten Jahren zu einem fortschreitenden Anstieg von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten, die in einem Netzwerk organisiert sind. Gemäß Selbstdeklaration sind 51,6 % der ambulant tätigen Ärzte einem Ärztenetzwerk oder HMO angeschlossen (HOSTETTLER & KRAFT 2018).

Finanzielle Rahmenbedingungen

Das Leistungspaket wird in der Schweiz auf nationaler Ebene für alle Versicherten festgelegt, die Krankenversicherung ist verpflichtend (FINKENSTÄDT 2015). Bei dem schweizerischen Gesundheitssystem handelt es sich um ein überwiegend beitragsfinanziertes Land. Ausgaben unmittelbar aus staatlicher Hand werden durch Steuereinnahmen finanziert. Im Jahr 2016 betrug lt. WHO (2019) die direkten Ausgaben des Staates und der Grundversicherung 60 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Gegenüber anderen OECD Staaten sind die Ausgaben für private Zusatzversicherungen und Out-of-Pocket-Zahlungen relativ hoch. Im Jahr 2016 lagen sie bei 38 % der gesamten Gesundheitsausgaben, 8 % davon entfielen auf freiwillige Krankenversicherungen. Diese Zusatzversicherung gewährleistet primär Leistungen, die nicht im Leistungsumfang der obligatorischen Krankenversicherung enthalten sind (HIT SCHWEIZ 2015). In der Schweiz beteiligen sich die Versi-

cherten an den von ihnen bezogen Leistungen durch eine Franchise (Kostenbeteiligung) und einen Selbstbehalt. Pro Jahr beläuft sich die Franchise auf 300 CHF, die aber optional auf bis zu 2.500 CHF erhöht werden kann, wobei eine Erhöhung mit einer Prämienreduktion einhergeht. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind von einer Zahlung der Franchise ausgenommen. Der Selbstbehalt setzt nach der ordentlichen Franchise ein und beträgt 10 % der Kosten, welche die Franchise übersteigen, aber nur bis zu einem Maximum von 700 CHF pro Jahr (BAG 2018).

In der Schweiz besteht, wie in Deutschland, das Recht der freien Arztwahl, so lange nicht eine Versicherung abgeschlossen wurde, die gewisse Leistungserbringer exkludiert. Die Schweiz zählt damit zu den wenigen Ländern, in denen ein direkter Zugang zu Fachärztinnen/-ärzten im Rahmen der öffentlichen Krankenversicherung möglich ist (FINKENSTÄDT 2015). Versicherte entscheiden sich jedoch zunehmend für Versicherungsverträge, die die freie Arztwahl einschränken. Noch 2006 wählte nur rund jede bzw. jeder siebte Versicherte eine solche Versicherungsform, 2011 waren es erstmals über die Hälfte aller Versicherten. Im Jahr 2017 ist ihr Anteil auf 69 % gewachsen (INTERPHARM 2018). Die alternativen Versicherungsformen umfassen Hausarztmodelle, Telmed-Modelle, die Behandlung in HMOs (Health Maintenance Organizations) und weitere Bonusmodelle, durch deren Wahl Versicherte ihre Prämienzahlungen um bis zu 27 % verringern können (MONEYLAND.CH 2019). Beim Hausarztmodell verpflichtet sich der Versicherte, bei gesundheitlichen Problemen immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen. Bei einer HMO suchen die Versicherten zuerst ihre/n Ärztin/Arzt in einer HMO-Praxis auf. Die HMO-Praxen stellen eine umfassende medizinische Versorgung für ihre Patientinnen/Patienten bereit und erhalten dafür von der Krankenversicherung entweder eine pauschale Vergütung oder sind in Shared-Saving-Verträgen involviert. Telmed-Modelle sehen vor jedem Arztbesuch eine telefonische medizinische Beratung vor, ca. 20 % der Schweizer sind in einem Telmed-Modell versichert (a.a.O.). Das Bonussystem-Modell sieht für jedes Jahr, in dem sich Versicherte keine Leistungen vergüten lassen, eine Prämienenkung vor.

Vergütungssystem für ambulante ärztliche Leistungen

Im ambulanten Bereich ist die Einzelleistungsvergütung nach dem TARMED die dominierende Vergütungsform. Im Jahr 2012 wurden 90 % der Ausgaben der obligatorischen Krankenversicherung bei Hausärztinnen/-ärzten und 91 % bei Fachärztinnen/-ärzten in Form von Fee-for-Service erstattet. Die restliche Vergütung erfolgt über Kopfpauschalen (Capitation), die primär mit HMOs und Ärztenetzwerken im Rahmen von einzelnen (Hausarzt-)Verträgen mit Versicherungen verhandelt werden (HIT SCHWEIZ 2015). Die Verbreitung dieser Capitation-Verträge ist jedoch rückläufig (s. u.). Zum aktuellen Umfang von Capitation an der Vergütung gibt es jedoch keine aktuellen Angaben.

Der TARMED-Tarif aus dem Jahr 2004 gilt für alle ambulanten ärztlichen Behandlungen in Arztpraxen und für ambulante Leistungen der Spitäler. TARMED umfasst circa 4.500 Einzelleistungspositionen. Die Höhe der Tarifierung ist von verschiedenen Komponenten abhängig. Zu diesen gehören die Dauer der Behandlung, die

benötigte Infrastruktur sowie die Komplexität der Leistung (SANTÉSUISSE o. D.). Der TARMED besteht aus drei Grundelementen, der Nomenklatur (Auflistung der Leistungen), den Taxpunkten (referenzielle Bewertungen) und dem Taxpunktwert (monetäre Bewertungen der Leistungen) (WIDMER et al. 2004, S. 25).

Der TARMED-Tarif setzt sich aus ärztlichen und technischen Leistungen zusammen, denen Taxpunkte zugeordnet werden. Mit wenigen Ausnahmen beinhaltet jede Leistung sowohl Taxpunkte für ärztliche Leistungen als auch für technische Leistungen. Zu den von ärztlicher Seite erbrachten Leistungen gehören z.B. das Gespräch während der Konsultation. Die technischen Leistungen inkludieren neben der Praxisausstattung u. A. auch die Löhne des Praxispersonals (FINKENSTÄDT 2015).

Die Taxpunkte der Arztleistung legen die Vergütung der/des behandelnden Ärztin/Arztes fest. Die Berechnung der Taxpunkte erfolgt durch eine Multiplikation des Kostensatzes AL (Kosten pro Minute) mit den pro Tarifpositionen hinterlegten sog. Minutagen (franz. für „genaue zeitliche Planung“; Minutage für Leistung im engeren Sinn, Vor- und Nachbereitung und Berichterstellung). Die Kostensätze AL sind abhängig von verschiedenen Parametern, wie der Dignität der Ärztin/ des Arztes, des Referenzeinkommens, der Jahresarbeitszeit, der Produktivität sowie der verrechneten Arbeitszeit. Die Dignität beschreibt die Bewertung der ärztlichen Kompetenz im Sinne von Fort- und Weiterbildungen. Unterschieden wird hier zwischen der qualitativen und der quantitativen Dignität. Die quantitative Dignität stellt einen Bemessungsparameter zur differenzierten Berechnung der in TARMED enthaltenen Einzelleistungen dar. Die qualitative Dignität gibt an, welche Weiterbildungs-/Facharztstitel, Schwerpunkte oder Fähigkeitsausweise die Ärztin/ den Arzt berechtigen, eine Leistung zulasten der Sozialversicherung zu verrechnen (KONZEPT DIGNITÄT TARMED S.2). Bei dem Referenzeinkommen handelt es sich um eine kalkulatorische Größe, mit der festgelegt wird, wie viel ein/e praktizierender/e Ärztin/Arzt im Rahmen ihrer/seiner zur Verfügung stehenden Arbeitszeit verdienen sollte. Die Jahresarbeitszeit bezieht sich auf die zeitliche Arbeitsleistung in Stunden, von der durchschnittlich im Bereich der freipraktizierenden ausgegangen wird. Die Produktivität beschreibt den Anteil der tarifwirksamen Arbeitszeit, also die anrechenbare Arbeitszeit (EDI/BAG 2017a). Die Leistungen werden in einem klar abgegrenzten Leistungsbereich erbracht (Sparte). Eine Sparte verfügt dabei über eine homogene Sach- und Personalkostenstruktur.

Die konkrete Vergütung der im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen/Ärzte ergibt sich aus der Multiplikation der Taxpunkte mit dem Taxpunktwert. Die Taxpunkte werden auf nationaler Ebene festgelegt, die Taxpunktwerte sind jedoch gesamtschweizerisch nicht einheitlich. Sie werden auf kantonaler Ebene durch die kantonalen Tarifpartner vereinbart und von den zuständigen Behörden genehmigt (EDI/BAG 2017b). In den einzelnen Kantonen gelten von vornherein unterschiedliche Taxpunktwerte, da das Tarifwerk TARMED bei Einführung die ursprünglichen Tarife in den Kantonen kostenneutral übernommen hat. Die Höhe der Taxpunktwerte liegen je nach Kanton zwischen 0,81 CHF und 0,99 CHF. Auf Grundlage der Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) fließen Volumenentwicklungen in den

jeweiligen Kantonen und Regionen sowie exogene Faktoren, die die Volumenentwicklung beeinflussen, z. B. Ausweitung des Leistungskataloges, in die Taxpunktentwicklung ein. Ein paritätisch besetztes Lenkungsbüro, bestehend aus Krankenversicherern und Ärztinnen/Ärzten, erarbeitet im jährlichen Rhythmus eine Taxpunktwertempfehlung für die Tarifpartner aus (REBSCHER 2013).

Budgetierung und Ausgabendämpfung

Als Folge der starken Dezentralisierung des schweizerischen Gesundheitswesens existiert kein Gesamtbudget für das Gesundheitssystem. Im März 2018 wurde jedoch eine biphasische Kostenbudgetierungsmaßnahme eingeführt, um die obligatorische Krankenversicherung bedarfsorientierter zu gestalten. Das erste Paket enthielt Maßnahmen zur Kostenkontrolle und Verbesserung der Leistungsabrechnung, mit neuen kantonalen Gesetzgebungen. Das zweite Paket, von 2019, enthält Maßnahmen zur Förderung der Kostentransparenz mit festgelegten Wachstumsraten und mit neuen Regelungen bei möglichen Überschreitungen (HIT SCHWEIZ 2015). Diese Einführung eines Globalbudgets wird in der Schweiz zurzeit noch diskutiert. Der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte ist grundsätzlich gegen die Einführung eines Globalbudgets (FMH 2018). Zwar hat der Bundesrat das Eidgenössische Department des Inneren (EDI) beauftragt, bis Ende 2019 eine entsprechende Vorlage zu erarbeiten, aber ein Globalbudget, respektive der Zeitraum einer Einführung, steht noch nicht fest (MEDINSIDE 2019a).

Außerdem gibt in der Schweiz keine grundsätzliche Volumenbegrenzung. Seit dem Jahr 2004 verwendet Santésuisse eine Methode, die auf einer Varianzanalyse (ANOVA) der Praxiskosten basiert, um indirekt Ausreißer im Volumen der Leistungserbringung zu identifizieren. Praxen, die die durchschnittlichen Praxiskosten um mehr als 20 % bis 30 % überschreiten (unter Berücksichtigung der Region, Fachrichtung, Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten) müssen eine Erklärung abgeben. In sehr seltenen Fällen muss ein Betrag zurückerstattet werden (weniger als 12 jährlich). Theoretisch ist auch ein Ausschluss aus späteren Verträgen möglich. Da diese Praxis umstritten war, legte das Krankenversicherungsgesetz 2011 daher fest, dass santésuisse und die Leistungserbringer sich auf eine neue Methodik der Kosteneffizienz-Analyse einigen sollten. Im Jahr 2013 stimmten santésuisse und die FMH eine Kontrolle mittels einer neuen Varianzanalyse ab. Die Variablen wurden jedoch noch nicht final festgelegt (HIT SCHWEIZ 2015).

Die Verträge im schweizerischen Gesundheitswesen werden zwischen den korporatistischen Interessenvertretungen der Kostenträger und den Leistungsanbietern ausgehandelt. Die obligatorische Krankenversicherung ist der größte Kostenträger im schweizerischen Gesundheitswesen. Die Krankenversicherungsfirmen sind Mitglieder in einem oder mehreren Verbänden, der Santésuisse, Curafutura und/oder RVK (Rückversicherungsverband des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen). Wenn durch die korporatistischen Akteure kein Vertragsabschluss erzielt werden kann, trifft die Regierung eine Entscheidung auf Bundes- oder kantonaler Ebene. Der FMH, der Berufsverband der Schweizer Ärzte und Ärztinnen, vertritt in Verhandlungen die Interessen der Ärzteschaft. Die Versicherungsverbände

(Santésuisse, curfutura und/oder RVK) verhandeln die Verträge mit der FMH. Zu diesem Zweck wurde im Jahr 2010 die Tarifsuisse AG gegründet, die von den Versicherungsverbänden mit dem Verhandeln derartiger Verträge beauftragt werden kann.

Für die Reform des TARMED Tarifwerks wurden insgesamt drei Kommissionen geschaffen, die sich paritätisch aus den angeführten Tarifpartnern zusammensetzen (RIEDEL 2018 S. 40).

- ◆ Die Paritätische Interpretationskommission (PIK) ist verantwortlich für die Interpretation des Vertragswerks auf gesamtschweizerischer Ebene. Die Kommission klärt beispielweise Fragen, welche konkreten Leistungen eine Tarifposition behandelt. Es werden jedoch keine Tarifstrukturänderungen behandelt.
- ◆ Die Paritätische Tarifkommission (PTK) ist zuständig für Tarifstrukturänderungen. Die PTK entscheidet über Aufnahme, Anpassungen und Ausscheiden von Tarifpositionen und legt Revisionen der Taxpunktweite fest. Nur die Tarifpartner (FMH, H+, santésuisse und die Medizinaltarifkommission) des Rahmenvertrages TARMED können hierfür Anträge stellen. Die Tarifpartner sind paritätisch vertreten. Die Entscheidungen müssen einstimmig fallen, jeder der vertretenen Tarifparteien hat genau eine Stimme.
- ◆ Paritätische Kommission Dignität und Spartenanerkennung (PaKoDig): Die FMH schafft und verwaltet eine Datenbank, die einzelleistungsweise die Abrechnungsberechtigung jeder/jedes in der Schweiz tätigen Ärztin/Arztes festhält. Die PaKoDig ist zuständig für die Validierung dieser Datenbank. Dies geschieht im Rahmen einer monatlichen Überprüfung der Richtigkeit der Angaben in der Dignitätsdatenbank und der Verfügung allfälliger Korrekturen bei Feststellung von Falschdeklarationen.

Den Tarifen müssen beide Seite zustimmen. Geschieht dies nicht, können kantonale oder nationale Behörden Tarife festsetzen. Für die Anpassung von Tarifpositionen in den TARMED ist, wie oben beschrieben, die PTK zuständig.

Der Ablauf von Anträgen auf TARMED-Anpassungen erfolgt in zehn Schritten (RIEDEL 2018, S. 40), darunter die Antragstellung durch die FMH in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften, Eingabe und Verhandlung des Antrages in der Paritätischen Tarifkommission (mit einstimmiger Beschlussfassung) sowie die Beschlussfassung zum Antrag im Leitungsgremium. Vor einer Umsetzung der Tarifrevision steht schließlich noch die Beschlussfassung durch den Bundesrat, der die Anträge eines Jahres als Paket erhält.

Reformperspektiven

Für die Ausgestaltung des Vergütungssystems in der Schweiz sind zwei Entwicklungen maßgeblich. Erstens die Entwicklung von alternativen Versicherungsverträgen, welche die Arztwahl der Versicherten einschränken und einen Managed-Care-Ansatz verfolgen, sowie zweitens die jüngste Reform des TARMED.

Die Vergütungsform Capitation nahm in der Schweiz ab dem Jahr 1990 eine größere Bedeutung ein und erreichte 2012 einen Anteil von 9 % der von der Krankenversicherung vergüteten Leistungen. Diese Form der Vergütung trat in Kombination mit Managed-Care-Modellen für HMOs und in Hausarztverträgen auf. Das grundlegende Ziel der Vergütung mit Capitation war eine Erhöhung der Effektivität und Effizienz der Behandlung von Patientinnen/Patienten. Hierzu wurde eine Risikoaufteilung zwischen Ärztin/Arzt und Krankenversicherer vorgenommen. Grundlegend besteht die Annahme, dass das Zusammenfassen von Versicherten das Risiko reduziert. Daher kann die Aufspaltung bestehender Versichertenpools auf HMOs das Risiko auch erhöhen. Aufgrund dieser Tatsache wird eine angemessene Justierung der Risikoübertragung benötigt. In der Schweiz hat sich die Form der Rückversicherung durchgesetzt. Dabei überträgt im ersten Schritt der Versicherer der HMO das gesamte Risiko, tritt jedoch im zweiten Schritt als Rückversicherer der HMO auf und verschiebt so einen Teil des Risikos wieder zurück zu sich (Beck 2013).

In der ersten Phase (1990-1998) wurden, vor allem durch ein bestehendes Misstrauen der Versicherten, die HMOs wenig angenommen. Zusätzlich befand sich die Berechnung zu den Capitation-Vergütungen noch in der Anfangsphase, weshalb vermehrt die Einzelleistungsvergütung angewendet wurden. In der zweiten Phase (1999-2005) gab es eine differenziertere Capitation-Berechnung und einen wachsenden Anteil an Capitation-Verträgen. In der dritten Phase (2006-2010) war die Nachfrage nach Managed-Care-Modellen sehr groß. Die Managed-Care-Modelle ohne Budgetverantwortung waren jedoch vorherrschend, da sich die Probleme der Risikoadjustierung und Berechnung der Capitation nicht zufriedenstellend lösen ließen. Aufgrund dieser Tatsachen wurden ab 2011 keine neuen Capitation-Verträge mehr geschlossen. Seit 2011 erfolgt stattdessen eine kombinierte Vergütung der Ärztenetze und HMOs aus Einzelleistungsvergütung und einem Effizienz-/Qualitätsbonus. Diese Berechnung erfolgt zweistufig. Zunächst wird die Leistung der HMOs gemäß Einzelleistungsvergütung abgerechnet und im zweiten Schritt die Gesamtheit der von einem Versichertenkollektiv erbrachten Leistungen verglichen. Dieser Vergleich wird im Hinblick auf Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur des gleichen Kollektivs, das jedoch keine Managed-Care-Versicherten umfasst, vorgenommen. Zeigen sich dabei Mehrausgaben, entfallen alle weiteren Bonuszahlungen. Die mittlere Einsparung der erfolgreichsten 20 % der HMOs wird als Benchmark herangezogen. Wenn eine HMO mit der Einsparung mindestens 90 % des Benchmarks erreicht, bekommt sie den maximalen Effizienzbonus ausbezahlt. Liegt die Einsparung darunter, wird der Effizienzbonus proportional zum Benchmark gekürzt (BECK 2013). Für die Bonusberechnung konnten Erfahrungen aus den Capitation-Berechnungen genutzt werden.

Durch den Ausbau von TELMED-Verträgen, die einen Erstkontakt per Telefon vorgeben, konnten weitere alternative Versicherungsverträge etabliert werden, die inzwischen insgesamt 69 % der Versicherten umfassen (INTERPHARM 2018).

Ausgangspunkt für die jüngste **TARMED-Reform** war der aus Sicht des EDI bestehende Überarbeitungsbedarf der Tarifstruktur, da die TARMED-Tarife maßgeblich

auf Datengrundlagen aus den 1990er Jahren beruhen. Der medizinisch-technische Fortschritt hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass sich das Verhältnis von einzelnen Leistungen zueinander verändert hat (BAG 2017a).

Eine im Jahr 2018 verabschiedete Verordnung passt die Tarifstruktur für ärztliche Leistungen an und legt diese gleichzeitig als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen fest (SCHWEIZERISCHE EIDGENOSSENSCHAFT 2017). Bei dieser Anpassung der Tarifstruktur geht es primär darum, übertarifizierte Leistungen in gewissen Bereichen des TARMED zu korrigieren und dadurch die Tarifstruktur sachgerechter zu gestalten. Zudem sollen durch die neue Tarifstruktur entstandene Fehlanreize zur vermehrten oder unsachgemäßen Abrechnung gewisser Positionen beseitigt werden. Ziel ist außerdem, dass die Vergütungen der verschiedenen Leistungen zueinander in einer angemessenen Relation stehen (Sachgerechtigkeit). Zusätzlich muss die durch den Bundesrat angepasste und festgelegte Tarifstruktur dem Gebot von Wirtschaftlichkeit und Billigkeit entsprechen. Übertarifierungen wurden vor allem in Bereichen Radiologie, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Gastroenterologie und Kardiologie identifiziert. Seit Einführung des TARMED konnte eine starke Entwicklung im Bereich der ambulanten Konsultationen bei den Fachärztinnen/-ärzten von 33 % (2005-2014) festgestellt werden. Im Vergleich dazu betrug die Zunahme bei den Grundversorgerinnen/Grundversorgern nur 13 %. Die Kosten pro Konsultation stiegen in diesem Zeitraum bei den Fachärztinnen/-ärzten um 32 %, bei den Grundversorgerinnen/Grundversorgern jedoch nur um 11 % (SCHWEIZERISCHE EIDGENOSSENSCHAFT 2017).

Seit seiner Einführung im Jahr 2004 wurde der TARMED des Öfteren punktuell angepasst, jedoch nicht als ganze Tarifstruktur revidiert. Das aktuelle Ziel ist es, vor allem die Stellung der Allgemeinmedizin gegenüber den anderen Fächern zu stärken. Am Anfang des Jahres 2016 startete das Begutachtungsverfahren für einen Reformentwurf innerhalb der FMH. Da die FMH-Mitglieder den vorliegenden Entwurf ablehnten, war nun das Eidgenössische Department des Inneren (EDI) zuständig, dem es vor allem um die Anpassung „übertarifierter Leistungen“ ging. Im Folgenden werden die zentralen, seit Jahresbeginn 2018 geltenden Anpassungen dargestellt, die als Übergangstarife gelten (EDI aus dem Jahr 2017):

- 1. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen:** Die Dignitätsstufen wurden ursprünglich eingeführt, um den unterschiedlichen Weiterbildungsdauern der Fachärzte gerecht zu werden. Jedoch sind die verschiedenen Dignitätsstufen inzwischen nicht mehr gerechtfertigt, da die Ausbildungsdauer für alle Facharztstitel in der Schweiz fünf oder sechs Jahre beträgt. Dies führt letztendlich zu einer Verletzung des Gebots der Billigkeit. Im Rahmen der Anpassungen werden daher alle Leistungen mit einem einheitlichen Dignitätsfaktor hinterlegt (SCHWEIZERISCHE EIDGENOSSENSCHAFT 2017).
- 2. Erhöhung der Produktivität in den Operationssparten:** Im Tarifwerk TARMED ist jeder Sparte (Kostenstelle) eine Produktivität zugewiesen. Um von der Jahresarbeitszeit der Ärztinnen/Ärzte zur tarifwirksamen Zeit zu gelan-

gen, wird die „unproduktive Zeit“ abgezogen, die nicht direkt mit der Tarifstruktur TARMED abrechenbar sind. Es werden spartenspezifische, nicht abrechenbare Leistungen abgezogen (Praxismanagement, Personalführung, Teambesprechungen). Zusätzlich wird ein spartenunabhängiger Abzug vorgenommen (Telefonate mit Ämtern, gesetzliche Pausen, Wegzeiten innerhalb der Praxis). Die Höhe der Taxpunkte für die Arztleistung werden durch die Produktivität beeinflusst. Jedoch waren die erhobenen Werte in den OP-Sparten deutlich höher als die nach Verhandlungen verwendeten Produktivität. Laut dem EDI gibt es keine Begründung für eine solch niedrige Produktivität. Wird die Produktivität zu niedrig angesetzt, kann die/der behandelnde Ärztin/Arzt in der als „unproduktiv“ hinterlegten Zeit andere Leistungen abrechnen.

- 3. Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten:** Die Kostensätze von Sparten mit Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate > 750.000 CHF werden um 10 % gesenkt. Dies sollte verändert werden, da die Bruttobetriebszeit mit 9 Stunden pro Werktag respektive für MRI und CT mit 12 Stunden pro Werktag als zu wenig wirtschaftlich angesehen wird.
- 4. CT- oder MRI- Untersuchungen:** Einführung von Handlungsleistungen, d. h. separaten Tarifpositionen mit festem Zeitumfang, im Falle der Anwesenheit der/des Radiologin/Radiologen bei der Untersuchung (Minutage: fünf Minuten abrechenbar, unabhängig von der tatsächlichen Zeit). Vorher waren bei den Tarifpositionen für CT- und MRI Untersuchungen Minutagen für die ärztliche Leistung im engeren Sinn, als auch für die Berichterstellung hinterlegt. Die Summe der Minutagen wurde mit dem spartenspezifischen Kostensatz multipliziert, um die Taxpunkte für die ärztlichen Leistungen zu berechnen. Bei der Durchführung einer CT-Untersuchung ist die/der behandelnde Ärztin/Arzt jedoch nicht die ganze Zeit anwesend, daher wird in der neuen Regelung bei diesen Tarifpositionen die Minutage für die ärztliche Leistung für die gesamte Untersuchungsdauer nicht mehr verwendet.
- 5. Senkung von zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen:** Der TARMED basiert maßgeblich auf Datengrundlagen aus den 1990er Jahren. Der technische, sowie medizinische Fortschritt hat indessen zu Verschiebungen in der Struktur geführt. Daher werden die Minutagen von gewissen Tarifpositionen gesenkt. Die heute verwendeten technischen Hilfsmittel und Diagnosegeräte führen zu einem niedrigeren Zeitbedarf.
- 6. Umwandlung der Handlungsleistungen „Untersuchung durch die/den Fachärztin/Facharzt“ in Zeitleistungen:** Behandlungsdauern sind je nach Patientin/Patient und Fachärztin/Facharzt unterschiedlich. Die Handlungsleistungen „Untersuchung durch die/den Fachärztin/Facharzt“ werden daher statt bisher mit hinterlegter fester Minutage jetzt als variable Zeitleistung abgerechnet, abrechenbar in 5-Minuten-Schritten.

Im Frühjahr 2019 haben die Leistungs- und Kostenträger doch noch eine gemeinsame Tarifstruktur und Verabschiedung von miteinander vereinbarten Anwendungs- und Abrechnungsregeln erarbeitet. Die Tarifpartner planen «TARDOC» -

wie der neue Tarif heißt – bis Ende Juni 2019 dem Bundesrat zur Festsetzung einzureichen und er frühestens Anfang 2021 in Kraft tritt. Der Vorschlag wurde gemeinsam mit dem Krankenversicherungsverband Curafutura sowie der Medizinaltarifkommission UVG (MTK) ausgearbeitet, wobei allerdings nur die großen Versicherer CSS, Helsana, KPT und Sanitas beteiligt waren. Santésuisse sowie der Spitalverband H+ sind nicht an dem aktuellen TARDOC-Vorschlag beteiligt worden (MEDINSIDE 2019b).

Im TARDOC werden lt. ersten Beschreibungen im Schweizerischen Ärzteblatt Sprechleistungen von Behandlungsleistungen, Limitationen (d. h. zeitliche Begrenzungen), Leistungen in Abwesenheit der/des Patientin/Patienten und Kombinationen von Leistungen neu definiert. Bisher nicht dargestellt ist, ob die einheitlichen Dignitäten beibehalten werden sollen. Sogenannte «Ventil-Positionen», wie sie 2018 vom Bundesrat eingeführt wurden, z. B. für den erhöhten Behandlungsbedarf bei Kindern oder älteren Personen, soll es nicht mehr geben (OESCHGER 2019).

4.5 USA

Anbieterstruktur und ambulante Versorgung

Im Jahr 2016 waren in den Vereinigten Staaten über 950.000 Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitswesen tätig. Die Arztdichte lag bei 2,9 Ärztinnen/Ärzten pro 1.000 Einwohnerinnen/Einwohner (YOUNG et al. 2017, S. 7). Mit ca. 63 % war die Mehrheit der Ärztinnen/Ärzte im stationären und fachärztlichen Bereich und 37 % in der **Primärversorgung** tätig. In den letzten Jahren ist dabei eine deutliche Tendenz zum stationären Bereich zu erkennen (HEALTH AFFAIRS BLOG 2017).

In den Statistiken der USA werden niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte nicht von Angestellten der Krankenhäuser differenziert. Die Ärztinnen/Ärzte der Primärversorgung sind überwiegend niedergelassen tätig und selbstständig organisiert (COMMONWEALTH FUND 2017, S. 9). Die sog. Familienärztinnen/-ärzte (39,5 %) und die Allgemeinärztinnen/-ärzte für innere Medizin (34,5 %) stellen die größten Gruppen der Primärversorgung dar, die/der klassische Hausärztin/-arzt ist in den USA hingegen nicht weit verbreitet („General Practitioners“ 2,7 %). Die übrigen Arztgruppen der Primärversorgung sind Kinderärztinnen/-ärzte und Geriaterinnen/Geriater. Die Arztdichte in Bezug auf die Primärversorgung ist regional stark unterschiedlich verteilt. Die Dichte in Mississippi ist mit 0,5 ambulanten Leistungserbringern pro 1.000 Einwohner am niedrigsten, am höchsten ist die Dichte im District of Columbia mit 1,2 ambulanten Leistungserbringern pro 1.000 Einwohnern (PETTERSON et al. 2018, S. 5ff).

Zunehmend erfolgt die Versorgung in sog. **Accountable Care Organizations (ACOs)**. ACOs sind Gruppen von Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsdienstleistern, die sich freiwillig zusammenschließen, um die/den von ihnen

betreute/n Medicare-Patientin/Patienten eine koordinierte und qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten. Erklärtes Ziel der koordinierten Betreuung ist es dazu beizutragen, dass Patientinnen/Patienten, insbesondere chronisch Kranke, zur richtigen Zeit die richtige Betreuung erhalten, um unnötige Doppelleistungen und medizinische Fehler zu vermeiden. ACOs wurden im Jahr 2012 eingeführt und haben sich stetig bis zu einer Anzahl von 561 Medicare-ACOs im Jahr 2018 entwickelt, die insgesamt 10,5 Mio. Versicherte versorgen (CMS 2018). Inkl. Privater ACOs gab es im Jahr 2018 über 1.000 ACOs (MUHLESTEIN et al. 2018). Die Medicare-ACOs setzten sich im Jahr 2018 aus 30 % rein ärztlichen ACOs, 58 % ACOs mit Zusammenschlüssen von Arztpraxen, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsanbieter sowie 12 % Federally Qualified Health Centers & Rural Health Centers zusammen (CMS 2018).

Finanzielle Rahmenbedingungen

Die öffentliche Gesundheitsversorgung wird in den USA durch die Programme Medicare und Medicaid sowie CHIP bestimmt und betreffen 38 % der Bevölkerung (Stand 2017) (BERCHICK et al. 2018). Diese Programme werden zu überwiegender Teil (81,8 %) staatlich finanziert und durch private Zuzahlungen in Form von OOP ergänzt (OECD 2016). Die **staatliche Finanzierung** setzt sich dabei aus festen nationalen Steuerzuschüssen und bundestaatlichen Steuerzuschüssen zusammen, die sich je nach Bundesstaat ihrer Höhe unterscheiden können (COMMONWEALTH FUND 2017, S. 6).

Das **Medicare-System** bietet eine Unterstützung der Gesundheitsversorgung für alle Bürger über 65 Jahren sowie langfristig arbeitsunfähige Bürger. Medicare ist in vier Versicherungsteile untergliedert. Die Versicherungsteile für die Versorgung im Krankenhaus (Typ A) sowie für die Versorgung im ambulanten Bereich (Typ B) stellen die allgemeinen Leistungen des Medicare-Systems dar. Das Medicare-System bietet keine kostendeckende Gesundheitsversorgung, sondern ist in der Regel mit privaten Zuzahlungen verbunden. Die Versicherungsteile C und D sind freiwillige Zusatzversicherungen. Das Medicare-Typ C ersetzt die Versicherung von Typ A und B und bietet zusätzliche Leistungen sowie den Zugang zu privaten Versorgungseinrichtungen, wobei auch eine Versicherung durch den Arbeitgeber möglich und weit verbreitet ist (33 % der Medicare-Teilnehmer). Die Zusatzversicherung Typ D bietet die Möglichkeit die Kosten für Medikamenten durch die Medicare Versicherung abzudecken.

Das Medicaid-System bietet eine Finanzierung der Gesundheitsversorgung von Geringverdienerinnen/Geringverdienern und Menschen mit körperlichen Einschränkungen. Je nach Grad der Bedürftigkeit können im Medicaid-System die Zuzahlungen für die Leistungsanspruchnahme ausfallen (HIT USA 2019).

Im Jahr 2017 waren 8,8 % der Bevölkerung nicht versichert, 2013 waren es noch 13,3 % der Bevölkerung gewesen (BERCHICK et al. 2018). 67 % der Bevölkerung war in mindestens einem privaten Versicherungsvertrag (a.a.O.) versichert, vollständig oder ergänzend.

Mit 17,9 % Gesundheitsausgabenanteil am GDP und ca. 10.000 USD pro Kopf (Stand 2017) (CMS 2019a) sind die **Gesundheitsausgaben** mit Abstand die höchsten im internationalen Vergleich. Von den Gesundheitsausgaben (3.492 Mrd. USD) werden 34 % durch private Versicherungen finanziert, 20 % durch Medicare, 17 % durch Medicaid (a.a.O.), 11 % durch Out-of-Pocket und 7 % durch freiwillige private Zusatzversicherungen (Stand 2016) (WHO 2016).

Vergütungsformen und Reformperspektive

Im folgenden Berichtsteil zu Vergütungsformen in den USA werden die Vergütungsformen des Medicare-Systems beschrieben, da es das größte systematische Vergütungssystem der USA darstellt. Viele private Versicherungsverträge und das Medicaid-System orientieren sich zudem an der Medicare-Vergütung und den damit verbundenen Strukturen, z. B. den Accountable Care Organizations (ACOs). Medicaid-Vergütungen sind generell geringer als Medicare-Vergütungen (Medicaid Preise werden für GPs durch 63 % der Medicare-Vergütung berechnet; FA: 93 % der Medicare-Vergütung; mit Unterschieden in den Bundesstaaten) (HIT USA 2019). Arztbesuche sind in einigen Bundesstaaten in der Menge reglementiert.

Die Vergütung in der USA erfolgte bis zur Reform im Jahr 2015 in erster Linie auf der Basis von **Einzelleistungsvergütung (FFS)**. Mit der Reform sollten:

- ◆ systematische Probleme der FFS behoben werden, insbesondere Fehlreize der FFS zur Überversorgung und zu geringe Qualitätsanreize.
- ◆ Medicare-spezifische Problemstellungen der Vergütungsanpassung gelöst werden, insbesondere in Bezug auf die nachhaltige Wachstumsrate (SGR) und die Anpassungsberechnungen zu den Preisen über das Relative Value Scale Update Committee (RUC).

Überschreitungen der budgetbegrenzenden **Wachstumsrate** konnten über Jahre nicht als Preisminderung durchgesetzt werden und die Preisanpassungen im RUC wurden als intransparent und nicht evidenzbasiert bewertet (NATIONAL COMMISSION ON PHYSICIAN PAYMENT REFORM 2013). Zentrale Empfehlungen waren daher:

- ◆ Honorarvereinbarungen sollte immer Qualitätsindikatoren beinhalten,
 - ◆ Servicegebühren sollten die Zusammenarbeit und Zusammenlegung von Arztpraxen fördern,
 - ◆ um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, sollte eine angemessene Risikoanpassung erfolgen, die sich in der Vergütung wiederfindet,
 - ◆ die nachhaltige Wachstumsrate (SGR) sollte beseitigt und Kosteneinsparung stattdessen durch die Verringerung der unangemessenen Anwendung von Medicare-Dienstleistungen erreicht werden,
 - ◆ die Aktualisierung des RUC sollte transparenter erfolgen und das Gremium repräsentativer für das Gesundheitswesen besetzt werden,
-

- ◆ das Center for Medicare und Medicaid Services (CMS) sollte evidenzbasierte Datenquellen und Methoden entwickeln, um relative Preise zu ermitteln und zu aktualisieren.

Die Reform wurde im Jahr 2015 im „Medicare Access and CHIP Reauthorization Act“ (**MACRA**) umgesetzt. Das CMS hat dafür im Rahmen des Affordable Care Act (ACA) das **Medicare Shared Savings Program** (MSSP) eingerichtet. Der Zweck des MSSP besteht darin, die Verantwortung der Leistungserbringer für eine Patientenzahl zu fördern, Dienstleistungen unter Medicare Teil A und B stärker zu koordinieren, in Infrastruktur und neu gestaltete Behandlungs- und Pflegeprozesse zu investieren und eine qualitativ hochwertige und effiziente Erbringung von Dienstleistungen zu fördern. Es wird davon ausgegangen, dass ACOs in diesem Sinne in der Lage sind, die Behandlungsergebnisse zu verbessern, die Kosten zu senken und Einsparungen für Medicare zu erzielen. Diese Einsparungen sollen mit den teilnehmenden ACOs geteilt werden.

Für das Programm wurden zunächst drei Implementierungsjahre eingeplant, in denen Ärztinnen und Ärzte nach vier Faktoren eingestuft wurden, um Benchmarks für Prämien oder Strafen zu bestimmen. Beurteilung fanden die Behandlungsqualität, Ressourcenverbrauch, sinnvolle Verwendung von elektronischen Patientenakten (EHRs) sowie medizinische Verbesserungsmaßnahmen. In diesem Zeitraum von 2015 bis 2018 wurden zudem 15 Mio. USD für die Implementierung der Messung und 20 Mio. USD für technische Unterstützung eingeplant (FINDLAY et al. 2016). Seit März 2018 umfasst das Programm vier verschiedene „Tracks“: 1, 1+, 2 und 3. Die verschiedenen Tracks bilden unterschiedliche Level des potenziellen Risikos und des Umfangs geteilter Einsparungen ab, die ein ACO auswählen kann. Da das Potenzial für die Einsparungen aufgrund höherer Effizienz und verbesserter Ergebnisse zunimmt („Shared savings“), verlangt das Modell, dass einige ACOs langfristig auch eine gewisse finanzielle Verantwortung tragen, wenn die Kosten über einen festgelegten Benchmark hinaus ansteigen („Shared losses“) (PHYSICIANS ADVOCACY INSTITUTE 2018). Zu Beginn des Jahres 2018 waren 82 % der ACOs im Track 1, d. h. ohne Risiko-Beteiligung bzw. „Shared losses“, 10 % waren in Track 1+ und 8 % in Track 2 und 3 (CMS 2019b), d. h. 18 % in begrenztem Umfang auch an Verlusten beteiligt. Zusätzlich zu den MSSP-Verträgen mit ACOs, die eine Mindestteilnahme von 5.000 Medicare-Versicherten voraussetzen, gibt es sog. Next Generation ACOs. Die NextGen ACOs können statt über FFS auch über monatliche Population-Based-Payments vergütet werden, komplett oder nur für prospektiv bestimmte Savings, und teilen uneingeschränkt Savings und Losses. Für das Population-Based-Payment, das im Wesentlichen die Auszahlung der Vergütung verändert und weniger die Höhe der Vergütung, werden prospektive Benchmarks berechnet. Diese berücksichtigen die historische Baseline der Kosten des ACO's, regionale Trends, Risikoadjustierung und Zuschläge für Qualitäts- und Effizienz Anpassungen. Im Jahr 2018 gab es 58 NextGen ACOs, die als Voraussetzung u. A. mindestens 10.000 eingeschriebene Medicare-Versicherte vorweisen mussten (PHYSICIANS ADVOCACY INSTITUTE 2018). Die Vergütung aller ACOs wird von 2018 bis

2024 um einen 5 % Bonus für die alternativen Bezahlmodelle erhöht (FINDLAY et al. 2016).

Neben den ACOs wurde das **MIPS**-Programm mit P4P-Ansätzen eingeführt, das Merit-Based Incentive Payment System. Das MIPS konsolidiert drei bestehende Qualitätsprogramme, das „Physician Quality Reporting System“ (PQRS), das „Meaningful Use“-Programm für elektronische Patientenakten und den „Value-Based Payment Modifier“. Ärztinnen/Ärzte, die sich weigern, die erforderlichen Qualitätsdaten zu melden, werden mit einer Strafe belegt. Nach Schätzungen des CMS werden 3 % der Ärztinnen und Ärzte im Berichtsjahr 2017 mit einer solchen Strafe konfrontiert sein. Auch für das MIPS-Programm gibt es seit dem Jahr 2017 Teilnahmevoraussetzungen. Ärztinnen und Ärzte mit weniger als 200 Medicare-Patientinnen und Patienten oder mit weniger als Medicare-Teil-B-Zahlungen in Höhe von 90.000 USD sind ausgeschlossen. CMS schätzt, dass nur 37 % der Ärztinnen/Ärzte, die Medicare in Rechnung stellen, in den ersten Jahren am MIPS-Programm beteiligt sein werden (WILENSKY 2018).

Grundlage aller Vergütungsformen in den USA bleibt die **Einzelleistungsvergütung**: Entweder wird noch vollständig nach FFS vergütet, wenn Ärztinnen/Ärzte nicht an den Reformprogrammen teilnehmen (können), oder die FFS wird durch „Shared Savings“ und „Shared Losses“ ergänzt. Beim Population-Based-Payment bildet das FFS-Volumen die Basis der pauschalen Vergütungen. Im Gebührenverzeichnis basieren die Zahlungsraten der FFS vergleichbar, wie im EBM, auf relativen Gewichten, den so genannten relativen Werteinheiten (Relative Value Units, RVUs). Diese berücksichtigen die relative Kosteneffizienz der Leistungen in Bezug auf die Aspekte Arbeitszeit der Ärztinnen/Ärzte, Praxiskosten und Berufshaftpflicht. Die RVUs für die klinische Arbeit spiegeln den relativen Grad an Zeit, Aufwand, Können und Stress wider, der mit der Bereitstellung der einzelnen Dienstleistungen verbunden ist. Die RVUs für die Praxiskosten basieren auf den Kosten, die für die Anmietung von Räumen sowie die Kosten für Verbrauchsmaterial und Ausrüstung sowie für die Einstellung von klinischem und administrativem Personal aufgebracht werden. Bei der Berechnung der Zahlungsraten wird jede der drei RVUs adjustiert, um den Preis den lokalen Marktbedingungen anzupassen. Dafür werden separate geografische Praxiskostenindizes verwendet. Bei den meisten Leistungen zahlt Medicare 80 % der FFS, der Versicherte übernimmt die restlichen 20 %. Neben ganzen Leistungen können über prozentuale Anteile bzw. Zuschläge auch Unterstützungsleistungen für andere Ärztinnen/Ärzte oder kombinierte Leistungen an einem Tag abgerechnet werden. Abschläge gibt es für Ärztinnen /Ärzte, die keine Medicare-Vertragsärztinnen/-ärzte sind, Zuschläge für solche, die in Regionen tätig sind, in denen es an Ärztinnen/Ärzten mangelt (+ 10 %). Weitere Abschläge fallen an, falls Qualitätsmaßnahmen nicht über das PQRS gemeldet werden oder eine zertifizierte elektronische Patientenakte (EHR) nicht sinnvoll verwendet wird. Seit 2015 nimmt Medicare auch Anpassungen der Zahlung nach oben und unten vor, die auf einem qualitätsbasierten Zahlungsmodifikator beruhen (MEDPAC 2017).

CMS überprüft jährlich die RVUs neuer, überarbeiteter und einiger potenziell falsch bewerteter Dienste. Alle ambulanten und stationären Leistungen werden gemäß

des Common Procedure Coding System (HCPCS) klassifiziert, das Codes für mehr als 7.000 verschiedene Leistungen enthält. Die HCPCS-Codes und der Umrechnungsfaktor werden ebenfalls jährlich aktualisiert. Die Aktualisierung der RVUs umfasst eine Überprüfung der Änderungen in der medizinischen Praxis, Kodierungsänderungen, neue Daten und das Hinzufügen neuer Dienste. Zum Abschluss seiner Prüfung wird CMS von einer Gruppe Ärztinnen/Ärzten sowie anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe beraten, die von der American Medical Association und Fachgesellschaften unterstützt werden. Die jährlichen Aktualisierungen des Umrechnungsfaktors werden von MACRA gesetzlich festgelegt (a.a.O.).

Mit MACRA hat die USA ein auf 7 Jahre geplantes Reformprogramm vorgelegt, in dem Qualitätsmessungen, Reporting(-herausforderungen), Austausch von Routinedaten, Strukturveränderung und -förderung mit Kosteneinsparungen Hand in Hand gehen sollen. Die Kalkulationsgrundlagen für Benchmarks und Qualitätsmessungen sind umfangreich.

Kritisch gesehen wird, dass sich Leistungserbringer zumindest im MIPS-Programm auf die Erfüllung einzelner Qualitätsindikatoren konzentrieren könnten, um eine positive Bewertung zu erhalten und andere, nicht definierte oder ausgewählte Qualitätsfaktoren, zu vernachlässigen (WILENSKY 2018). Studien geben noch keine eindeutige Bewertung der Qualitäts- und Kosteneinsparungspotenziale des Programms sowie seiner Bestandteile und Phasen. Z. B. AVALERE HEALTH (2018) zeigen größere Effekte für ACOs, die Kostenrisiken übernehmen und die bereits vier Jahre an dem Programm teilnehmen.

4.6 P4P-Programme in England

Leistungserbringer- und Finanzierungsstruktur

In der ambulanten Versorgung im Vereinigten Königreich (UK) sind die Hausärztinnen und -ärzte (GPs) wegen ihrer Gatekeeping-Funktion von besonderer Bedeutung, da ein Direktzugang zur fachärztlichen Versorgung nicht möglich ist. Die GPs sind zu einem dominierenden Teil selbständig und in Einzel- sowie Gruppenpraxen tätig. Insgesamt sind im UK 34.534 GPs, verteilt auf 9.085 Praxen, tätig (Stand 2017), die Tendenz ist leicht rückläufig (NUFFIELD TRUST 2019). Das Budget für die hausärztliche Versorgung beläuft sich auf 12 Mrd. britische Pfund (GBP). Die Vergütung von angestellten GPs lag im Jahr 2018 zwischen 57.655 GBP und 87.000 GBP (BDI RESOURCING 2018).

Das Gesundheitssystem im UK ist überwiegend steuerfinanziert und staatlich durch die Krankenversicherung NHS (National Health Service) organisiert. Durch die staatliche Organisation besteht ein flächendeckender Versicherungsschutz. Die Vergütung wird durch Verhandlungen zwischen Ärzteverbänden (BMA) und dem NHS bestimmt. Dabei wird unterschieden zwischen den Verträgen über General Medical Services (GMS), die auf nationaler Ebene verhandelt werden, und den Verträgen über Personal Medical Services (PMS), die durch lokale Verhandlungen angepasst werden können.

Vergütungsform P4P

Ein prägendes Element des Vergütungssystems ist die outcome-bezogene Vergütung „Quality and Outcome Framework“ (QOF) der Hausärztinnen/-ärzte.⁵ Bereits seit dem Jahr 2004 wird das QOF für die Vergütung von Hausärztinnen/-ärzten angewendet. Die Grundlage für die qualitätsbezogene Vergütung nach QOF sind aktuell 77 Qualitätsindikatoren (Stand 2018) (NHS 2018). Die Indikatoren sind krankheitsbezogen und beziehen sich auf Public Health-Ziele bzw. auf ergänzende Services, wie beispielweise Prävention oder Gesundheitschecks. Die krankheitsbezogenen Indikatoren stellen dabei die Mehrheit der Indikatoren dar und richten sich vor allem auf die Behandlung von chronischen Erkrankungen. An der Gestaltung der neuen Vergütungsform und der Festlegung der ersten Indikatoren waren die GPs durch die Hausarztvereinigung (GPC) im Rahmen mehrjähriger Verhandlungen mit der Regierung beteiligt (LESTER et al. 2010, S. 104f). Die Ärztevereinigungen der GPC verhandelt mit der NHS die Gestaltung und den Leistungsumfang des GMS-Vertrages. Das QOF ist ein freiwilliger Teil der GMS- und PMS-Verträge. Als Teil des GMS wird in diesem Zuge auch über Anpassungen des QOF verhandelt. Die letzten Verhandlungen wurden im Jahr 2019 mit einem 5-Jahres-Vertrag für GMS und QOF abgeschlossen (NHS/BMA 2019).

Nachdem das QOF nach der Implementierung für einen Anteil von 15 % bis 20 % der hausärztlichen Vergütung verantwortlich war, liegt der Anteil aktuell noch bei 8 % der Gesamtvergütung. Die Vergütung des QOF wird konkret durch zwei Zahlungen vorgenommen: einer laufenden Zahlung, die einen Teil der Vergütung unterjährig auszahlt, sowie einer jährlichen Ausgleichszahlung. Die laufende Zahlung orientiert sich am Umfang der Liste mit registrierten Patientinnen/Patienten einer Praxis und deren diagnostizierten Krankheiten (NHS 2018, S. 25).

Die Vergütung des QOF basiert auf einem Punktwert, welcher je nach Erreichen des vorgegebenen Schwellenwertes pro Indikator bestimmt wird. Die Maximalpunktzahl des QOF liegt bei 559 Punkten und der Wert eines Punkts entspricht aktuell 187,74 GPB (NHS/BMA, 2019). Jede Krankheit im QOF wird mit Indikatoren in bis zu drei Bereichen aus Record, Initial Diagnose und Initial/Ongoing Management bewertet. Inwieweit die Indikatoren erreicht werden, wird mit verschiedenen Messungen bestimmt. Die krankheitsbezogenen Indikatoren werden dabei in der Regel mit medizinischen Parametern gemessen, wie beispielsweise Blutzuckerspiegel oder Blutdruck. Die Zielerreichung und Qualität der klinischen Indikatoren wird dann über den Anteil der Patientinnen/Patienten bestimmt, die das Krankheitsbild aufweisen und den medizinischen Parameter erfüllen. Im Bereich der Record-Indikatoren wird das Führen und Pflegen eines Registers erhoben (Pay-for-Reporting). Der Indikator für Management umfasst die Betreuung und Begleitung der Erkrankten. Die Zielerreichung wird wiederum anhand des Prozentsatzes der

⁵ Im Folgenden wird das QOF Programm in England betrachtet, da die QOF Programme in Wales, Schottland und Nordirland sich in einigen Punkten vom QOF in England unterscheiden. (BMA/NHS 2018, S.3)

Patientinnen/Patienten gemessen, die einen Zielwert einhalten. Durch die Indikatoren erfolgt neben der Berücksichtigung der Qualität auch eine Differenzierung der Vergütung nach Alter oder Schweregrad der Erkrankung. Für einige Krankheiten gibt es „Initial Diagnose“-Indikatoren, die eine Bestätigung einer Diagnose durch Fachärztinnen/-ärzte honorieren.

Die klinischen Indikatoren umfassen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen Vorhofflimmern, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, periphere Arterienerkrankung und Schlaganfall sowie weitere Erkrankungen, wie Diabetes Mellitus, Schilddrüsenunterfunktion, Asthma, chronische Erkrankungen der Lungen, Demenz, Depression, Krebs, chronische Erkrankungen der Nieren, Epilepsie, Osteoporose und Arthritis. Außerdem werden Leistungen in den Bereichen der Palliativpflege, seelische Gesundheit sowie Lernbehinderungen durch krankheitsbezogene Indikatoren im QOF erfasst.

Die Indikatoren für die Public Health-Maßnahmen umfassen die Unterstützung und Betreuung von den weit verbreiteten Gesundheitsrisiken Bluthochdruck, Übergewicht oder Rauchen sowie Präventionsleistungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese Indikatoren können wiederum unterschieden werden in Records-Indikatoren für das Führen von Registern und in Management-Indikatoren für das Beratungs- und Behandlungsangebot. Die Indikatoren werden auch in diesem Bereich anhand des Einhaltens klinischer Grenzwerte oder durch Pay-for-Reporting gemessen.

Die Indikatoren für zusätzliche Services betreffen Präventionsangebote und Gesundheitschecks für Kinder und Schwangere, welche überwiegend durch das Angebot entsprechender Leistungen erfüllt werden. Sie umfassen konkret Leistungen des Gebärmutterhalskrebs-Screenings, der Gesundheitsüberwachung von Kindern, Betreuung von Schwangeren oder der Beratung zu Empfängnisverhütung.

Ergänzend zu den drei beschriebenen, auf das ärztliche Leistungsangebot bezogenen Bereichen kommen zwei weitere Bewertungsebenen des QOF hinzu: Patientenerfahrung und Qualität/Produktivität. Die Patientenerfahrung bezieht sich auf die Dauer eines Arztkontakts bzw. einer Behandlung. Der Indikator für Qualität und Produktivität umfasst Aufgaben der Qualitätssicherung sowie das Herausarbeiten von Produktivitäts- und Effizienzpotentialen.

Akzeptanz der Beteiligten und Reformen

Ziel der Einführung war eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung, Anreize zu Qualitätsverbesserungen und die Möglichkeit einer erhöhten Vergütung für GPs. Obwohl die Teilnahme freiwillig ist, nehmen fast alle Hausärztinnen/-ärzte in England daran teil. Als Grund hierfür kann einerseits der hohe Anteil an der Gesamtvergütung gesehen werden, welcher den höchsten P4P-Anteil in den betrachteten Ländern darstellt, andererseits auch die Vereinfachung von bürokratischen Abläufen. Auch die Beteiligung der GPC an der Entwicklung und Einführung der qualitätsbezogenen Vergütung trägt zu einer hohen Akzeptanz bei.

Im Jahr 2017 wurden das QOF und die verwendeten Indikatoren grundlegend evaluiert und angepasst. In diesem Prozess wurden Vorschläge für eine Umgestaltung erarbeitet, gemäß denen u. a. 28 Indikatoren aus dem QOF entfernt werden sollten, etwa ein Drittel des Verzeichnisses, da diese hinsichtlich der Qualitätsmessung nur einen geringen Nutzen darstellten. Der größte Teil der dadurch entfallenen Punktwerte sollten gemäß dem Vorschlag auf 15 neu gestaltete Indikatoren (v. a. für Diabetes Typ 2 und Bluthochdruck) verteilt werden, um eine stärkere Berücksichtigung der Richtlinien des National Instituts for Health and Care Excellence (NICE) zu erreichen. Diese Vorschläge werden seit 2019 im aktuellen Vergütungsvertrag berücksichtigt und in den kommenden Jahren schrittweise umgesetzt. Geplant sind weitere Evaluationen und Anpassungen der Indikatoren durch NHS und GPC in den kommenden Jahren (NHS/BMA 2019, S. 4).

Die Qualitätsziele für die Indikatoren und die jeweiligen Punktwerte werden durch den NHS jährlich evaluiert und angepasst, wobei unter anderem auf Bevölkerungsentwicklungen reagiert wird. Die jährlichen Anpassungen orientieren sich in der Regel an den Vorschlägen des NICE.

Gesamteinschätzung

Im UK ist P4P in der Vergütung der GPs fest integriert und wird von allen Hausärztinnen/-ärzten angenommen, so dass das UK diesbezüglich als Vorreiter anzusehen ist. Im Gegensatz zu den P4P-Programmen in anderen Ländern zeichnet sich das QOF durch eine freiwillige Teilnahme aus. Dennoch erreichte die NHS mit dem QOF eine Teilnehmerate von 95 % der Hausärzte (NHS 2018, S. 24). Neben einer höheren hausärztlichen Vergütung bietet das QOF weitere Vorteile. Es ermöglicht durch die Einführung von Registern für bestimmte Krankheiten auf Praxisebene eine genauere Analyse der Prävalenz auf Praxisebene und der Gesamtlast einzelner Krankheiten auf verschiedenen Ebenen sowie den Effekten von Behandlung und Betreuung derselben (NHS 2018, S. 26). Studien verweisen jedoch darauf, dass der Effekt des QOF auf die Patienten-Outcomes eher gering ist und bereits nach einigen Jahren deutlich abnimmt. Dennoch konnte ein Rückgang der Krankenhaus-einweisungen mit Diagnosen, die im QOF berücksichtigt werden, um 16,6 % im Vergleich zu anderen Krankheiten festgestellt werden. Dieser Rückgang entspricht bei ca. 75.550 vermiedenen Einweisungen in Krankenhäuser Einsparungen von schätzungsweise 131 Mio. GBP (NHS 2018, S. 29).

Grundsätzlich wurde das QOF von den GPs und den Praxismitarbeiterinnen/-mitarbeitern positiv aufgenommen und als sinnvoll zur Stärkung der Behandlungsprozesse bei chronischen Erkrankungen eingeschätzt, unter anderem durch die Einführung von Registern und einer engeren Patientenbetreuung. Jedoch sehen die GPs und die Praxismitarbeiterinnen/-mitarbeiter eine im Zeitverlauf nachlassende Wirkung dieser Maßnahmen und stellen den Bedarf an weiteren Verbesserungen des QOFs heraus. Als ein Grund wird angeführt, dass das QOF zwar einen Grundstock des Praxiseinkommens darstellt, sich in der Folge aber Praxen auf einzelne Bereiche des QOF spezialisieren. Im Zuge dessen richten sich die Praxen auf einzelne Krankheiten und Indikatoren aus, was einer multimorbiden Zielpopulation

und dem Anspruch einer hohen Gesamtqualität der Versorgung nicht gerecht werde (NHS 2018, S. 34). Ein weiterer Aspekt, den die GPs am QOF kritisieren, ist der damit verbundene bürokratische Aufwand, der durch laufende Änderungen der Indikatoren teilweise noch verstärkt wird (NHS 2018, S 35f).

Sowohl von Seiten der GPs als auch von Seiten der Commissioning Care Groups (CCGs) wird eine gesonderte Vergütung für die Versorgung durch Arztnetzwerke gefordert, um diese klarer zu strukturieren und deren Leistungen zu definieren. Die CCGs sehen in einer gesonderten Vergütung für Netzwerke eine Chance, die zukünftige Versorgung durch die Spezialisierung von Praxen innerhalb einer Gruppe zu verbessern und somit den Outcome für die Patientinnen/Patienten zu erhöhen (NHS 2018, S 36ff).

Das dadurch beschriebene Verbesserungspotenzial wurde vom NHS erkannt. Gemeinsam mit einem Beratungsgremium, dem auch die GPC angehört, erarbeitete es daher eine Richtlinie für die Weiterentwicklung der QOF (NHS 2018, S 40ff). Dessen Kernpunkte sind:

- ◆ stärkere Ausrichtung der Indikatoren an Behandlungsergebnissen und Verringerung des Risikos von Überbehandlung, z. B. durch Differenzierung nach Patientengruppen,
- ◆ verstärkte Berücksichtigung der persönlichen Betreuung und des professionellen ärztlichen Urteils („personalised care“),
- ◆ verstärkte Anreize zur Qualitätsverbesserung, die die Schwächen eines begrenzten Indikatoren-Sets ausgleichen, z. B. signifikante Ereignisanalysen, Peer Review oder Verbesserungszyklen,
- ◆ Stärkung der Zusammenarbeit in Netzwerken, die aktuelle Anforderungen der Grundversorgung effizienter erfüllen und zudem Effekte des Programms ggf. besser demonstrieren und evaluieren können.

4.7 Selbstzahler-Zentren in Italien

Ein Mangel des italienischen Gesundheitssystems sind relativ lange Wartezeiten und hohe Out-of-Pocket-Zahlungen (u.a. CANONICO et al. 2019). Im Rahmen der Wirtschaftskrise wurde der Markt in Italien für eine „leichte“ private Gesundheitsversorgung geöffnet, die zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor angesiedelt ist. Hierzu wurden freiwillige Gesundheitsfonds in einige nationale Gewerkschaftsabkommen aufgenommen, um eine Alternative zu den nationalen Gesundheitssystemen zu bieten. Die bestehenden Systeme waren aufgrund des Ungleichgewichts zwischen Einnahmen und Ausgaben in ständiger finanzieller Bedrängnis, was zu immer stärkeren Ausgabenkürzungen führte (QUERCI & GAZZOLA 2017). Vor diesem Hintergrund haben sich in den letzten zehn Jahren in Italien Low-Cost-High-Value-Anbieterinnen/Anbieter entwickelt, die ambulante Haus- und Fachärztinnen/-arztleistungen, insbesondere diagnostische Leistungen, vergleichsweise günstig anbieten. Außerdem ist das Angebot mit einer nach eigener Zielsetzung ausgeprägten Service-Orientierung in Bezug auf Komfort, Zugang und

Wartezeiten sowie Qualität angelegt (u.a. SILENZI et al. 2018). Das Geschäftsmodell basiert – wie in anderen Low-Cost-Bereichen (z. B. Flugreisen) – auf Skaleneffekten, die durch einen hohen Grad an Standardisierung und Spezialisierung entstehen (QUERCI 2015).

Die Terminwartezeiten betragen im öffentlichen Gesundheitswesen durchschnittlich 38,3 Tage, im privaten Bereich dagegen nur 5,4 Tage. Bei Low-Cost-High-Value-Anbieterinnen/Anbietern beträgt die Wartezeit durchschnittlich 3 bis 7 Tage (CANONICO et al. 2019). Die Wartezeit bildet die Opportunitätskosten, welche die Entscheidung beeinflussen, den privaten Sektor zu nutzen (QUERCI & GAZZOLA 2106). Tabelle 1 zeigt die Preisunterschiede von Zuzahlungen, die bei Inanspruchnahme des öffentlichen Systems anfallen, sowie Preisen von Privatärztinnen und -ärzten.

Tabelle 1: Preisvergleich der Anbieter in Italien

	Zuzahlung zur staatlichen Leistung	Kosten Privatpraxis	Centro medico Santagostino low cost high value	Odonto Salute low cost high value
Facharztleistungen				
kardiologische Untersuchung mit EKG	41,70 €	108,10 €	80,00 €	
gynäkologische Untersuchung	30,70 €	103,30 €	60,00 €	
orthopädische Untersuchung	31,70 €	103,60 €	60,00 €	
erste Augenuntersuchung	42,50 €	102,40 €	60,00 €	
Diagnostische Untersuchungen				
Ultraschall des vollen Abdomens	56,30 €	110,00 €	60,00 €	
PSA-Prostata-spezifisches Antigen	13,80 €	18,80 €	13,80 €	
Laboranalyse				
Gesamtcholesterin	4,90 €	7,30 €	1,70 €	
komplettes Blutbild	6,80 €	10,00 €	4,05 €	
Zahnärztliche Leistungen				
einfache Zahnextraktion mit Anästhesie	24,90 €	88,00 €		45,00 €
zweikanalige Wurzelkanalbehandlung	48,10 €	179,00 €		100,00 €
Zahnsteinentfernung	16,40 €	88,00 €		40,00 €

Quelle: (QUERCI & GAZZOLA 2017)

Einzelne Fallstudien zeigen, dass es den Low-Cost-High-Value-Anbietern sehr gut gelingt, Qualität, kundenorientierte Prozesse und für eine breite Bevölkerungsanteil bezahlbare Preise zu vereinbaren (QUERCI & GAZZOLA 2017; CANONICO et al. 2019).

Beispiel Centro Medico Santagostino

Das Centro Medico Santagostino wurde im Jahr 2009 mit 20 Arztpraxen und rund 4.600 behandelten Patientinnen/Patienten mit Unterstützung von Oltreventure, dem ersten italienischen Sozialinvestitionsfonds, gegründet. 2017 wurden bereits

fast 150.000 Patientinnen/Patienten, mit einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme der Patientinnen-/Patientenzahl um etwa 60 %, in den 14 Kliniken behandelt. Das rasante Wachstum ermöglichte nicht nur die Eröffnung neuer Kliniken, sondern auch eine stetige Erweiterung des Serviceangebots. Alle Aktivitäten in Bezug auf Planung und Geschäftsführung finden in der Zentrale in der Innenstadt von Mailand mit ca. 100 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern statt, einschließlich des intern verwalteten Patientenservice-Centers. Die ärztlichen Dienstleistungen werden in 14 Kliniken im Ballungsraum Mailand und jeweils in einer Klinik in Bologna und Brescia, zwei weitere kleinere Städte in Norditalien, erbracht. Das Zentrum Medico Santagostino ist bei 50 % der Bevölkerung Mailands bekannt. In der Klinik in der Mailänder Innenstadt arbeiten mehr als 600 Ärztinnen/Ärzte als Freiberuflerinnen/Freiberufler verschiedener Fachbereiche zusammen (SCHMITTINGER 2018).

Das Leistungsspektrum des Centro Medico Santagostino umfasst aktuell über 70 Bereiche der üblichen fachärztlichen Versorgung, darunter z. B. ärztliche Atteste, Gedächtnisklinik, Ernährung, Raucherentwöhnung, Psychotherapie und spezifische Angebote per Telefon oder Videokonsultation. Unklar ist, welche Tiefe der Behandlungen angeboten wird. Aus Expertensicht wurde im Rahmen dieses Projektes benannt, dass die Leistungen keine schwerwiegenden Erkrankungen umfassen und auch für chronische Erkrankungen keine Anwendung fänden.

In Italien hat sich das Angebot der Low-Cost-High-Value-Anbieterinnen/Anbieter auf Basis der Schwächen des öffentlichen Systems sowie den dort üblichen hohen Selbstzahleranteilen entwickelt. Es gilt jedoch in der (überwiegend italienischen) Literatur als insgesamt innovatives Konzept, das den auch in anderen Ländern diskutierten Themen Wartezeiten und moderne Zugänge wie lange Öffnungszeiten, Online-Terminverfügbarkeit, Telefon- und Videosprechstunden sowie die selbstständige und transparente Auswahl von vielfältigen Leistungen an einem Standort, der Qualitätsstandards sicherstellt, gerecht wird. Von den Low-Cost-High-Value-Anbietern werden primär Leistungen angeboten, die aus Sicht deutscher Arztpraxen typischerweise mit sog. „Verdünnerefällen“ assoziiert werden, d. h. vergleichsweise zeiteffiziente Patientinnen-/Patientenkontakte, die durch die Pauschalvergütung für die Praxen wirtschaftlich attraktiv sind. Vor diesem Hintergrund würden Low-Cost-High-Value-Anbieterinnen/Anbieter in Deutschland zusätzlichen Wettbewerb für die etablierten Arztpraxen erzeugen.

5. Zusammenfassung

Die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung, die demografische Entwicklung und zunehmende Prävalenz chronischer Krankheiten sowie die Kostenentwicklungen stellen die Gesundheitssysteme in fast allen betrachteten Ländern vor Herausforderungen, die auch die steuernde Wirkung der Vergütungssysteme betrifft. Gleichzeitig erhöht sich als Folge einer zunehmenden Digitalisierung die Datentransparenz und damit die Möglichkeiten des schnelleren Austausches von Leistungs- und Ergebnisdaten, von Lerneffekten und von Verbesserungen der Versorgungsqualität. Vor diesem Hintergrund sind in vielen Ländern in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen entstanden, um die Patientinnen-/Patientenversorgung stärker zu koordinieren und abzustimmen sowie eine hohe Qualität bei stabilen oder sinkenden Kosten zu gewährleisten.

Das System der Vergütung ärztlicher Leistungen bestimmt maßgeblich die pekuniären Anreize, die auf das Verhalten von Ärztinnen/Ärzten wirken, angefangen von der Entscheidung diesen Beruf zu wählen, über die Wahl des Tätigkeitsbereichs (fachlich, institutionell), das Leistungsangebot, die Qualität und Effizienz der Versorgung bis zum Zeitpunkt der Beendigung der beruflichen Tätigkeit. Von der Vergütung ärztlicher Leistungen wird entsprechend erwartet, dass sie für hinreichend viele Ärztinnen/Ärzte ausreichend attraktiv ist, um in Zusammenarbeit mit den anderen Anbieterinnen/Anbietern des Gesundheitssystems eine hochwertige Versorgung zu erbringen sowie Unter- und Überversorgung der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen zu vermeiden.

Der gesundheitsökonomische Kenntnisstand und die internationale Empirie belegen eindrücklich, dass es angesichts der Vielfalt und Dynamik der Entwicklung von Bedarf und Angebot ärztlicher Versorgung ein optimales Vergütungssystem nicht gibt. Stattdessen unterliegt die Vergütung ärztlicher Leistungen einem permanenten Anpassungs- und Reformdruck mit dem Ziel, die typischen und meist unvermeidbaren Fehlanreize der verschiedenen Vergütungsformen neu auszutarieren und dadurch zu minimieren. Das Gestaltungsspektrum lässt sich nach wie vor am umfassendsten durch den Spannungsbogen zwischen Einzelleistungsvergütung und Pauschalierung und die mit ihnen jeweils assoziierten Fehlanreize beschreiben (Mengen-/Ausgabenexpansion vs. Risikoselektion und Leistungsrationierung). Die vorliegende Vergleichsanalyse zeigt, dass die Länder hierbei teilweise sehr unterschiedliche Wege beschreiten. Gemeinsam ist den Ländern jedoch die Tendenz, die Vergütungssysteme für ambulante ärztliche Leistungen stärker zu differenzieren bzw. durch eigene Bausteine für spezifische Versorgungsaspekte und/oder Patientinnen-/Patientengruppen zu erweitern.

Aus der Zusammenschau der vertiefenden Länderanalysen ergeben sich vor diesem Hintergrund folgende Erkenntnisse:

- ◆ In Frankreich und der Schweiz hat die Einzelleistungsvergütung (FFS) in der ambulanten ärztlichen Versorgung nach wie vor einen hohen Stellenwert. In der **Schweiz** hatte es zwar zwischenzeitlich eine Hinwendung zu

Capitation-Vergütungen gegeben, aufgrund der Schwierigkeiten bei Berechnung und Risikoadjustierung basiert die Vergütung auch in alternativen Versicherungsverträgen jedoch aktuell wieder stärker auf FFS in Kombination mit P4P-Shared-Savings-Ansätzen. Die Erfahrungen der Effizienzmessungen aus den Capitation-Vergütungen werden hierbei jedoch weiterhin genutzt. Auch in **Frankreich** sieht man Bedarf, die FFS-Vergütung weiter zu entwickeln, hält aber vom Grundsatz an ihr fest, weil man ihre positiven Aspekte – Reagibilität, Transparenz und Stärkung des Ärztinnen/-Arztkontaktes – schätzt. Gleichzeitig soll die FFS-Vergütung als Basis durch weitere Systemelemente ergänzt werden, um spezifischen Anforderungen an die Versorgung zu entsprechen (P4P sowie multidisziplinäre Formen des Leistungsangebots). Hierbei möchte man aber behutsam (schrittweise) und zunächst experimentierend vorgehen. In den **USA** werden langfristig Population-Based-Payments angestrebt, die jedoch im Hintergrund ihrer Berechnung auf die bisherigen Einzelleistungsvergütungen und darauf aufbauende Benchmarks aufsetzen.

- ◆ In den **Niederlanden** setzt man dagegen bei der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen deutlich stärker auf Pauschalierung und innovative Formen. Das Vergütungssystem dort fokussiert jedoch deutlich stärker auf die Hausärztinnen/-ärzte, die im Unterschied zu anderen Ländern viel weitreichender die Aufgabe der Patientinnen-/Patientensteuerung übernehmen. Mehr als die Hälfte ihrer Vergütung erhalten die Hausärztinnen/-ärzte als Kopfpauschalen für registrierte Versicherte, also unabhängig von deren Inanspruchnahme. Nur ungefähr ein Fünftel der Vergütung erhalten sie als Einzelleistungsvergütungen (FFS). Allerdings werden beide Formen im Vergleich zu anderen Ländern stärker nach Patientinnen-/Patientenmerkmalen differenziert (Alter, Wohnort, sozioökonomische Gruppen). Vergleichsweise innovativ sind diagnosebezogene Pauschalen für chronisch Kranke, deren Vergütungsanteil von mittlerweile 15 % weiter zunehmen soll. Diese Vergütungsform richtet sich an integrative und multidisziplinäre Anbieterstrukturen, die eine koordinierte, schnittstellenfreie Versorgung gewährleisten sowie deren Verbreitung fördern sollen. Den Erfolgen in Form verringerter Krankenhauseinweisungen steht ein erhöhter Koordinationsaufwand gegenüber, sodass die Fokussierung dieser Vergütungsform auf chronische Krankheiten sinnvoll erscheint. Das Beispiel Niederlande zeigt somit, dass Vergütungsmodelle, die explizit für chronische Erkrankungen konzipiert sind, ggf. zielgerichteter umgesetzt werden können als Vergütungsmodelle, die auf die Gesamtheit der Versicherten abzielen. Ein drittes Vergütungssegment bildet schließlich P4P, wobei die Niederlande hier einen relativ flexiblen Ansatz wählen, sowohl hinsichtlich einer großen Bandbreite möglicher Performance-Ziele als auch durch die Verankerung im Rahmen selektiver Verträge (mit extra-budgetärer Vergütung).

- ◆ Dieser flexible niederländische P4P-Ansatz kontrastiert mit dem in **England**. Dort werden Qualitätsindikatoren des QOF zentral für den gesamten NHS festgelegt. Die Teilnahme ist zwar freiwillig, aber nahezu vollständig. Allerdings ist der relativ hohe Vergütungsanteil der P4P-Komponenten in jüngster Zeit zurückgegangen. Viele Indikatoren wurden mit der letzten QOF-Anpassung aufgegeben, da die Qualitätsanreize gelten als zu wenig nachhaltig.
- ◆ Umfangreiche Reformbestrebungen bei der ambulanten ärztlichen Vergütung gibt es in den **USA**. Das aktuelle Reformprogramm zielt sowohl auf Veränderungen der Anbieterstrukturen als auch auf Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen. Geplant ist eine sukzessive Umstellung auf Population-Based-Modelle stark vernetzter ACOs. In der aktuellen Vergütung der ACOs ist derzeit noch die Verknüpfung von Einzelleistungsvergütung und P4P-Shared-Savings-Ansätzen die am weitesten verbreitete Vergütungsform.
- ◆ Das Beispiel der Selbstzahler-Zentren in **Italien** zeigt, wie neue Vergütungssegmente außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems entstehen, wenn letzteres bestimmte Teile des Versorgungsbedarfs nicht bzw. nicht präferenzgerecht abdecken kann. Diese privat zu finanzierenden Vergütungen bilden sich in einem wettbewerblichen Prozess und führen zu Preissenkungen. Dies wurde allerdings auch dadurch ermöglicht, dass dem Versorgungsangebot eine Selektion hoch standardisierbarer Leistungen bzw. relativ homogener Behandlungsfälle zugrunde liegt.

Länderübergreifend lassen sich folgende weitere Schlussfolgerungen aus der Vergleichsanalyse ziehen:

- ◆ Die ACOs in den USA, die umso mehr von Shared-Savings-Ansätzen profitieren können, je größer sie sind, die HMOs und Telmed-Angebote der Schweiz sowie die Low-Cost-Anbieter in Italien zeigen, dass Veränderungen bzw. Reformen der Vergütungssysteme häufig Hand in Hand mit grundlegenden **Veränderungen der Angebotsstrukturen** gehen, wobei die initialen Impulse von beiden Seiten ausgehen können.
 - ◆ Die **qualitätsorientierten Vergütungsformen** gehen erfahrungsgemäß mit einem erhöhten Messaufwand einher und sind in ihren Anreizwirkungen immer wieder zu prüfen, wie die Umsetzungserfahrung in den USA, England und Frankreich zeigen. In vielen Ländern sind die Qualitätsindikatoren sehr kleinteilig mit der Gefahr, den Leistungskatalog aus anderer Perspektive zu duplizieren oder Anforderungen zu stellen, welche die Ärztinnen-/Ärzeschaft oder ein Teil von dieser, wie zum Beispiel kleine Arztpraxen, überfordern können. Viele der Programme beschränken sich nach wie vor auf positive Anreize, d. h. das Erreichen bestimmter Qualitätsanforderungen wird zusätzlich vergütet, es findet aber (noch) keine echte Risikoteilung im Sinne sogenannter Shared-Losses-Modelle statt. Die
-

langfristige Planung des Reformprozesses in den USA zeigt den großen Abstimmungsbedarf zwischen Prozessen und Indikatoren in der Gesundheitsversorgung. Die Reformkommission in Frankreich hat sich daher dafür ausgesprochen, möglichst einfache Indikatoren für P4P-Vergütungen zu verwenden. Hierzu zählen vor allem Zielgrößen aus dem Bereich der Krankheitsprävention, während sich Effizienzgewinne als P4P-Zielgröße i. d. R. schwieriger definieren, messen und zuschreiben lassen.

- ◆ Die Zuschreibungsprobleme bei Effizienzgewinnen (shared savings) führen zu Vergütungsformen, die – ähnlich wie stark pauschalisierte Vergütungen – letztlich eine **veränderte Risikoaufteilung** zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern bedeuten. Eine sehr weitreichende Pauschalierung in Form eines populationsorientierten (regionalen) Budgets für hochintegrierte Anbieterorganisationen, welche die ambulante Versorgung zu großen Teilen abdecken, berührt die konzeptionelle Grenze zwischen Vergütung von Gesundheitsleistungen einerseits und Versicherung von Gesundheitsrisiken andererseits. Das heißt, das Budget lässt sich ab einem bestimmten Integrationsgrad auch als Versicherungsprämie interpretieren und stellt keine Vergütungsform i. e. S. mehr dar.
 - ◆ Eine Herausforderung der zukünftigen Entwicklung von Vergütungssystemen in der ambulanten Versorgung ist der zunehmende Anteil von Ärztinnen und Ärzten, die als **Angestellte** in größeren (Gruppen-)Praxen oder ambulanten Versorgungseinrichtungen tätig sind. Die intendierten und nicht-intendierten Anreize des Vergütungssystems wirken damit auf eine wachsende Gruppe von Ärztinnen/Ärzten nicht mehr unmittelbar. Die Aufteilung der Vergütung zwischen dem Primäradressat (selbständig tätige Ärztinnen/Ärzte bzw. Träger einer ambulanten Einrichtung) und den angestellten Ärztinnen/Ärzten bildet eine zusätzliche Ebene der Anreizwirkungen. Diese entzieht sich jedoch dem öffentlichen Vergütungssystem, solange es letztere nicht direkt adressiert. Ob und inwiefern sich hieraus versorgungsrelevante (Fehl-)Anreizwirkungen ergeben, lässt sich bislang nur ansatzweise beantworten.
 - ◆ **Kostendämpfung** durch Budget-Reduktionen oder durch Kürzung von Preisen sind dagegen in der jüngeren Vergangenheit, z. B. in der Schweiz und in den USA, durch großes Konfliktpotenzial der beteiligten Parteien gekennzeichnet. Als Reaktion hierauf richten sich Effizienzbemühungen daher primär auf das Verhalten bzw. die Steuerung von Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten und wirken damit mittelbar auf Vergütungen und Budgets. Beispiele beziehen sich hierbei auf Krankenhauseinweisungen im Rahmen von Managed Care- oder Gatekeeping-Modellen zur Reduktion der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen. Bemerkenswert ist in Bezug auf die Finanzierungsstrukturen im Ländervergleich, dass in den meisten betrachteten Ländern deutlich seltener Mengenbegrenzungen in der Art der Regelleistungsvolumina in Deutschland Anwendung finden. Auch Zuzahlungen, Wahltarife und Selbstbehalte auf Patientenseite
-

werden außerhalb von Deutschland deutlich häufiger zur Eingrenzung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen eingesetzt.

6. Literaturverzeichnis

*AARP PUBLIC POLICY INSTITUTE (2006). European Leadership Study: Health Care Cost Containment. France, the Netherlands, Norway and the United Kingdom: AARP European Leadership Study. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter https://assets.aarp.org/www.aarp.org/_cs/gap/ldrstudy_costcontain.pdf

AGENCE RÉGIONAL DE SANTE PAYS DE LA LOIRE (ARS) (2018). Innovation-organisation-financement Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018. Verfügbar unter: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-PDL-innovation-organisation-_financement_article-51-LFSS_1H-1Theme-20180410.pdf

AGENCE RÉGIONAL DE SANTE (ARS); L'ASSURANCE MALADIE (2017). Réunion de présentation de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel Saint-Hilaire-du-Harcouë. Verfügbar unter: https://www.fmfpro.org/IMG/pdf/presentation_aci_saint_hilaire_du_harcouet_210617.pdf

*AMELI (o. D.). Ce qui est remboursé. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse>

AMELI (2017). Le codage des actes médicaux - CCAM, L' Assurance Maladie. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/nomenclatures-codage/codage-actes-medicaux-ccam>

*AMELI (2018). Annexes à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Verfügbar unter: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375832/document/annexes_convention_medicale_cnam_version_consolidée_fevrier_2019.pdf

AMELI (2019a). Tableaux récapitulatifs des taux de remboursement, L' Assurance Maladie. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>

AMELI (2019b). Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés, L' Assurance Maladie. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>

AMELI (2019c). Le forfait à 24 euros, L' Assurance Maladie. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/forfait-24-euros>

AMELI (2019d). Le forfait patientèle médecin traitant. Verfügbar unter: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>

*ANGLO-LIST:COM (Hrsg.) (2018). What's in and out for 2018? The Israel basket of health services - Sal HaBriut. Zugriff am 29.05.2019. Verfügbar unter <https://anglo-list.com/general-3/medical-a-healthcare/health-basket>

- *ATS-TMS AG (2018). Wir über uns. Olten. Verfügbar unter <http://www.ats-tms.ch/wir-ueber-uns/>
- AVALERE HEALTH (2018). Medicare accountable care organizations have increased federal spending contrary to projections that they would produce net savings. Verfügbar unter: file://ads.iges.de/Use/Zelle/Hdn/Downloads/1522328903_Avalere_MSSP_Analysis.pdf
- L'ASSURANCE MALADIE (2018). Les dépassement d'honoraires et l'OPTAM - Garantir l'accès aux soins et améliorer l'efficacité du système pour mieux le préserver : verfügbar unter : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_OPTAM.pdf
- ARENTZ, C. (2017). Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern. In: WIP-Diskussionspapier.
- ARENTZ, C. (2018). Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006. Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen. Köln. Zugriff am 30.05.2019. Verfügbar unter http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP_Analyse_1_2018_Krankenversicherung_in_den_Niederlanden_seit_2006.pdf
- *BACHNER, F., BOBEK, J., HABIMANA, K., LADURNER, J., LEPUSCHÜTZ, L., OSTERMANN, H. et al. (2018). Austria. Health system review. Health Systems in Transition, 20(3).
- *BARON, R. J. (2012). New pathways for primary care: an update on primary care programs from the innovation center at CMS. *Annals of Family Medicine*, 10(2), 152–155. <https://doi.org/10.1370/afm.1366>
- BDI RESOURCING (2018). A doctor's pay within the NHS. verfügbar unter: <https://bdiresourcing.com/news/a-doctors-pay-within-the-nhs/119>
- BECK, K. (2013). Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz. *Praktische Erfahrungen*. In: GGW 2013. Jg. 13, Heft 2 (April): 25–34
- BERCHICK, E. R., HOOD, E., & BARNETT, J. C. (2018). Health insurance coverage in the United States: 2017. *Current Population Reports*. US Government Printing Office, Washington, DC, 60-264.
- *BMSGK (2018). Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich. L K F ambulant MODELL 2019. Wien.
- *BORKAN, J., EATON, C. B., NOVILLO-ORTIZ, D., RIVERO CORTE, P. & JADAD, A. R. (2010). Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(8), 1432–1441. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0023>
- BOUET, P. (2016). Atlas de la Démographie Médicale en France. Conseil Nationale de L'Ordre. Zugriff am 05.06.2019.
- BOUET, P. (2018). Atlas de la Démographie Médicale en France. Conseil Nationale de L'Ordre. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_1.pdf
-

- *BOWERS, L. (2014). Hot Issues in Israel's Healthcare System, Taub Center for Social Policy Studies in Israel. Zugriff am 29.05.2019. Verfügbar unter <http://taubcenter.org.il/hot-issues-in-israels-healthcare-system/>
- *BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA), NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) (2019): Investment and evaluation: A five-year framework for GP contract reform to implement the NHS long term plan. verfügbar unter: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/gp-contract-2019.pdf>
- BRUNN, M., HASSENTEUFEL, P. (2018). Frankreich: Gesundheitspolitik weiter "en marche". In: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. 72:3
- BAG (2018). Krankenversicherung: Kostenbeteiligung für in der Schweiz wohnhafte Versicherte. BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/praemien-kostenbeteiligung/kostenbeteiligung.html>
- CAISSE NATIONALE L'ASSURANCE MALADIE (2017a). Observatoire des pratiques tarifaires dépassement d'Honoraires des médecins une tendance à la baisse qui se confirme. Verfügbar unter: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Observatoire_des_pratiques_tarifaires.pdf
- CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE (2017b). Guide Methodologique - Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé le 20 avril 2017. Verfügbar unter: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400390/document/annexe_6_guide_methodo_ra_contrat_struture_pluripro-.pdf
- CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE (2018). La rémunération sur objectifs de la sante publique en 2018. Verfügbar unter: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM_-_Dossier_de_presse_Rosp_2017_-_25_Avril_2018.pdf
- *CMS (o. D.). Physician Fee Schedule. CY 2019 Physician Fee Schedule Final Rule, Centers for Medicare & Medicaid Services. Accessed 05.06.2019. Retrieved from <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeeSched/index.html>
- CMS (2018). Medicare Shared Savings Program Fast Facts. January 2018. Verfügbar unter <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/SSP-2018-Fast-Facts.pdf>
- CMS (2019a). CMS Fast Facts. Verfügbar unter: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CMS-Fast-Facts/index.html>
- CMS (2019b). Fast Facts January 2019 Version. Verfügbar unter: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CMS-Fast-Facts/index.html>
- *COMMISSION NATIONALE MÉDICO-MUTUALISTE (2017). L'accord national médico-mutualiste 2018-2019. Zugriff am 04.06.2019. Verfügbar unter:
-

http://lemondedesspecialistes.be/upload/files/downloads/file_1513718125.pdf

*COMMONWEALTH FUND (o. D.). The Canadian Health Care System. International Health Care System Profiles, THE COMMONWEALTH FUND. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://international.commonwealthfund.org/countries/canada/>

*COMMONWEALTH FUND (o. D.). The Israeli Health Care System. International Health Care System Profiles, THE COMMONWEALTH FUND. Zugriff am 29.05.2019. Verfügbar unter <https://international.commonwealthfund.org/countries/israel/>

COMMONWEALTH FUND (2017). International Profiles of Health Care Systems 2016. Verfügbar unter: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf

COMMONWEALTH FUND (2018). 2016 International Survey of Adults. Verfügbar unter: <https://international.commonwealthfund.org/data/2016/>

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (2018). Accès au secteur 2. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1639>

CZYPIONKA, T., KRAUS, M. & KRONEMANN, F. (2015). Bezahlungssysteme in der Primärversorgung (Bd. 2015). Wien. Zugriff am 28.05.2019.

*DEPARTMENT OF HEALTH (2014). Universal Health Insurance. Background Policy Paper on Designing the Future Health Basket. Verfügbar unter <https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/04/Background-Policy-Paper-on-Designing-the-Future-Health-Basket.pdf>

*DESCAMPS, U. (2010). Ambulante Versorgungssituation in Frankreich. Strasbourg. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/AmbulanteVersorgunginFrankreich1.pdf>

*DE GRAAFF, R., SPEE, I. (2018). Current developments in the Dutch healthcare market: Edition 2018. Seijgraaf Consultancy BV

DE BAKKER, D. H., STRUIJS, J. N., BAAN, C. A., RAAMS, J., DE WILDT, J. E., VRIJHOEF, H. J., & SCHUT, F. T. (2012a). 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 BAKKER, D., RAAMS, R., SCHUT, E., VRIJHOEF, B., & DE WILDT, J. E. (2012b). Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering. The Hague: ZonMw.

DREES (2018a). Les dépenses de santé en 2017. La Consommation de Soins et de Biens Médicaux, Chap. 1. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1-9.pdf>DREES (2018b). Les

- dépenses de santé en 2017. La Consommation de Soins et de Biens Médicaux, Chap. 3. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3-9.pdf>
- DREES (2018c). Les dépenses de santé en 2017. La Consommation de Soins et de Biens Médicaux, Chap. 4. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/4-9.pdf>
- DREWES, H. W., VAN VOOREN, N. J. E., STEENKAMER, B., KEMPER, P. F., & HENDRIKX, R. J. (2018). Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem: Landelijke Monitor Proeftuinen–reflectie op 5 jaar proeftuinen.
- EIDGENÖSSISCHES DEPARTMENT DES INNEREN (EDI) (2017). Anpassungen des Ärztetarifs TARMED. Faktenblatt. Bundesamt für Gesundheit BAG. Abteilung Kommunikation und Kampagnen. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/rev-tarifstruktur-in-der-krankenversicherung/faktenblatt-anpassungen-des-aerztetarifs-tarmed-16-08-2017.pdf.download.pdf/Faktenblatt%20vom%2025.08.2017%20Anpassungen%20des%20C3%84rztetarifs%20TARMED%20.pdf>
- ENGLER, C. (2019). H+ Die Spitäler der Schweiz. H+ Spital- und klinik-Monitor. Leistungen, Strukturen, Entwicklungen und Trends der Branche.
- *EQUAM STIFTUNG (o. D.). Ambulante Tarife, 20 JAHRE EQUAM STIFTUNG. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter <https://www.equam.ch/>
- *ESMAIL, N. & BARUA, B. (2018). How Canadian Health Care Differs from Other Systems. Zugriff am 04.06.2019. Verfügbar unter <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/how-canadian-health-care-differs-prerelease.pdf>
- *EURO INSTITUT (2016). Gesundheit ohne Grenzen. Krankenversicherungssysteme und Übernahme der Behandlungskosten in Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Baden-Baden. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter https://www.trisan.org/fileadmin/user_upload/dokumente/Hintergrundinformationen_Krankenversicherungssysteme_und_U%CC%88bernahme_der_Behandlungskosten_2016.pdf
- *FÉDÉRATION DES MÉDECINS SUISSES (2018). Globalbudgets rationieren Leistungen und führen zu einer Zweiklassenmedizin. Bern. Verfügbar unter https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget_final.pdf
- *FÉDÉRATION DES MÉDECINS SUISSES (2019). Gesamtrevision ambulanter Tarif. Bern. Verfügbar unter <https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/gesamtrevision.cfm>
- FINDLAY, S., BERENSON, R., LOTT, R., & GNADINGER, T. (2016). Health policy brief: Medicare's new physician payment system. Health Affairs, 1-7.
- FINKENSTÄDT, V. (2015). Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. WIP Diskussionspapier.
-

- FMH (2018). TARMED: Tarif. Bern. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter <https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tarmed-tarif.cfm>
- *FORDE, I., NADER, C., SOCHA-DIETRICH, K., ODERKIRK, J. & COLOMBO, F. (OECD, Hrsg.) (2016). Primary care review of Denmark. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter [https://scholar.google.de/scholar?q=Forde+I,+Nader+C+et+al.++\(2016\).+Primary+Care+Review+of+Denmark.&hl=de&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.de/scholar?q=Forde+I,+Nader+C+et+al.++(2016).+Primary+Care+Review+of+Denmark.&hl=de&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)
- *GERKENS (2015). Belgium: Health System Review.
- *GERLINGER, T. & KÜPPNER, B. (2015). Bedarfsplanung und Planungsrichtwerte in der ambulanten Versorgung - eine Analyse von Regelungen in ausgewählten europäischen Gesundheitssystemen. Verfügbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.616919&version=1427183303>
- *GLENNGÅRD, A. H. (o. D.). The Swedish Health Care System. International Health Care System Profiles. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>
- *GOUJARD, A. (2018). France: improving the efficiency of the health-care system (OECD Economics Department Working Papers Nr. 1455). Zugriff am 28.05.2019. <https://doi.org/10.1787/09e92b30-en>
- *HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (o.D) Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (gemäß § 28 des Gesamtvertrages). Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.566625&version=1391184733>
- HEALTH AFFAIRS BLOG (2017). Physician Workforce Trends and Their Implications For Spending Growth. In: Health Affairs Blog. Verfügbar unter: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20170728.061252/full/>
- *HEALTH MANAGEMENT (2006). Facts & Figures: the Italian Healthcare System, HEALTH MANAGEMENT. Verfügbar unter <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/facts-figures-the-italian-healthcare-system>
- *HIA (2018). The Irish Healthcare System (HIA). An Historical and Comparative Review. Zugriff am 28.05.2019.
- *HIRA (o. D.). Total Solution for Value-based Healthcare Purchasing. HIRA System. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter https://www.hira.or.kr/eng/e-book/00_Page_img/extra/00.pdf
- *HIT BELGIEN (2019). Health Systems in Transition (HiT) profile of Belgium. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. Zugriff am 27.05.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>
- *HIT DÄNEMARK (2018). Health Systems in Transition (HiT) profile of Switzerland. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre
-

for Health Policy. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/countries/denmark27012013/livinghit.aspx?Section=1.1%20Geography%20and%20sociodemography&Type=Section>

*HIT ENGLAND (2015). Health Systems in Transition (HiT) profile of United Kingdom. Organization and governance, Financing. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. section 2.3, 2.5, 3.2, 3.7. Zugriff am 04.06.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>

*HIT FINLAND (2019). Health Systems in Transition (HiT) profile of Finland. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/countries/finland21082013/livinghit.aspx?Section=1.1%20Geography%20and%20sociodemography&Type=Section>

HIT FRANKREICH (2018). Health Systems in Transition (HiT) profile of France. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>

*HIT IRLAND (2009). Health Systems in Transition (HiT) profile of Ireland. Financing, Provision of services. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/countries/ireland18092013/livinghit.aspx?Section=1.1%20Geography%20and%20sociodemography&Type=Section>

*HIT ISRAEL (2019). Health Systems in Transition (HiT) profile of Israel. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/countries/israel25062012/livinghit.aspx?Section=1.1%20Geography%20and%20sociodemography&Type=Section>

*HIT ITALIEN (2019). Health Systems in Transition (HiT) profile of Italy. Organization and Governance, Financing. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. section 2.1, 2.3, 3.6, 3.7. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/countries/italy25062012/livinghit.aspx?Section=1.1%20Geography%20and%20sociodemography&Type=Section>

*HIT KANADA (2019). Health Systems in Transition (HiT) profile of Canada. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>

- HIT NIEDERLANDE (2019). Health Systems in Transition (HiT) profile of Netherlands. Financing. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. section 3.4. Verfügbar unter: <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>
- *HIT NORWEGEN (2013). Health Systems in Transition (HiT) profile of Norway. Organization and governance. Online HiT with modifications since publication of printed version. Zugriff am 04.06.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>
- *HIT ÖSTERREICH (2018). Health Systems in Transition (HiT) profile of Austria. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>
- *HIT POLEN (2019). Health Systems in Transition (HiT) profile of Poland. Organization and Governance, Financing. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. section 2.2, 3.1, 3.7. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>
- *HIT SCHWEDEN (2018). Health Systems in Transition (HiT) profile of Sweden. Online HiT with modifications since publication of printed version. Zugriff am 04.06.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>
- HIT SCHWEIZ (2015). Health Systems in Transition (HiT) profile of Switzerland. Financing. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. section 3.1, 3.3, 3.7. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>
- *HIT SPANIEN (2018). Health Systems in Transition (HiT) profile of Spain. Online HiT with modifications since publication of printed version. Zugriff am 04.06.2019. Verfügbar unter <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>
- *HIT USA (2019). Health Systems in Transition (HiT) pro-file of United States of America. Online HiT with modifications since publication of printed version, European Observatory on Health Systems and Policies WHO European Centre for Health Policy. Verfügbar unter: <https://www.hspm.org/countries/unitedstatesofamerica18112013/countrypage.aspx>
- HÖPPNER, K. & MAARSE, J. A. M. Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden. GGW, 2003(3).
- HOSTETTLER, S., & KRAFT, E. (2018). FMH-Ärztestatistik 2017 – aktuelle Zahlen. Schweizerische Ärztezeitung, 99(1314), 408-413.
- HOSTETTLER, S., & KRAFT, E. (2019). FMH-Ärztestatistik 2018: Wenig Frauen in Kaderpositionen. Schweizerische Ärztezeitung, 100(12), 411-416.
- *HSE (2018). Statement of Purpose. Primary Care Reimbursement System. Zugriff am 29.05.2019.
- *IFAC (2015). Controlling the health budget: Annual budget implementation in the public health area (Analytical Note No. 8).
-

- INTERPHARM (2018). Starke Zunahme alternativer Versicherungsmodelle. Daten der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Bundesamt für Gesundheit BAG. Verfügbar unter <https://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1881-starke-zunahme-alternativer-versicherungsmodelle>
- *DURAND-ZALESKI, I. (o. D.). The French Health Care System. THE COMMONWEALTH FUND, Hrsg. Zugriff am 04. Verfügbar unter <https://international.commonwealthfund.org/countries/france/>
- *JAPAN SOCIETY (1994). Japan's Universal and Affordable Health Care: Lessons for the United States? Lessons for the United States? (with the assistance of Llyn Kawasaki and James Littlehales). New York.
- *JONG DAE, K. (2014). National Health Insurance System of Korea. Universal Health Coverage for the World: NHIS. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter http://www.coopami.org/en/countries/countries/south_korea/social_protection/pdf/social_protection05.pdf
- *JURJUS, A. (2014). Italian Health Care System: Universal Coverage. Human & Health. Zugriff am 29.05.2019. Verfügbar unter https://www.syndicateof-hospitals.org.lb/Content/uploads/SyndicateMagazinePdfs/2100_14-19eng.pdf
- *KFF HENRY J KAISER FAMILY FOUNDATION (2019). Medicaid Benefits: Physician Services. Zugriff am 04.06.2019. Verfügbar unter <https://www.kff.org/medicaid/state-indicator/physician-services/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>
- *KOL ZCHUT ALL YOUR RIGHTS (o. D.). Services in the Healthcare Basket, KOL ZCHUT ALL YOUR RIGHTS. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter https://www.kolzchut.org.il/en/Services_in_the_Healthcare_Basket
- KONZEPT DIGNITÄT TARMED (o.D.) Version 9.0. Verfügbar unter https://www.fmh.ch/files/pdf21/tarmed_konzept_dignitaet.pdf
- *KRINGOS, D. S., BOERMAN, W. G. W., HUTCHINSON, A. & SALTMAN, R. B. (Eds.). (2015). Building primary care in a changing Europe. Case studies (Observatory studies series, vol. 40). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies a partnership hosted by WHO. Accessed 30.05.2019.
- KRONEMAN, M., BOREMA, W., VAN DEN BERG, M., GROENEWEGEN, P., JONG, J. & VAN GINNEKEN, E. (2016). Health Systems in Transition. Netherlands Health System Review: NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research.
- *LEE, T.-J. (2015). Universal Health Coverage Assessment. South Korea. Global Network for Health Equity (GNHE). Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter <https://core.ac.uk/download/pdf/51181179.pdf>
- LESTER, H., CAMPBELL, S. (2010). Developing Quality and Outcomes Framework (QOF) indicators and the concept of 'QOFability'. In: Quality in Primary Care 2010; 18:103-9.
-

- *LINDAHL, A. K. (o. D.). The Norwegian Health Care System. International Health Care System Profiles, THE COMMONWEALTH FUND. Zugriff am 30.05.2019. Verfügbar unter <https://international.commonwealthfund.org/countries/norway/>
- *LOCK QC, D. (GP Law, Hrsg.) (o. D.). Chapter 6: Management of the practice list of patients. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <http://www.gplaw.co.uk/chapter-6-management-of-the-practice-list-of-patients>
- *LOCK QC, D. (GP Law, Hrsg.) (o. D.). Chapter 7: The services an NHS GP Practice is obliged to provide to patients. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <http://www.gplaw.co.uk/chapter-7-the-services-an-nhs-gp-practice-is-obliged-to-provide-to-patients>
- *MAEDA, ARAUJO, CASHIN, HARRIS, IKEGAMI & REICH (2014). Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development. A Synthesis of 11 Country Case Studies. Directions in Development Human Development. Zugriff am 30.05.2019.
- *MATSUDA, R. (o. D.). The Japanese Health Care System. International Health Care System Profiles, THE COMMONWEALTH FUND. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://international.commonwealthfund.org/countries/japan/>
- MEDPAC (Medicare Payment Advisory Commission) (2017). Physician and other health professional payment system. Payment Basics. Verfügbar unter http://medpac.gov/docs/default-source/payment-basics/medpac_payment_basics_16_physician_final.pdf?sfvrsn=0
- MEDICARE (o. D.). What's Medicare Supplement Insurance (Medigap)? Zugriff am 04.06.2019. Verfügbar unter <https://www.medicare.gov/supplements-other-insurance/whats-medicare-supplement-insurance-medigap>
- MEDINSIDE (2019a). Die wichtigsten Fragen zum Globalbudget. Verfügbar unter <https://www.medinside.ch/de/post/die-draengendsten-fragen-zum-globalbudget>
- MEDINSIDE (2019b). Der Tarmed ist tot, es lebe der Tardoc! Veröffentlicht am: 25. April 2019. Verfügbar unter <https://www.medinside.ch/de/post/tarmed-ist-tot-es-lebe-tardoc>
- *MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (2018). Circulaire no SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018. Verfügbar unter: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-05/ste_20180005_0000_0044.pdf
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (2018a). Réformes des modes de financement et de régulation – Vers un modèle de paiement combiné. Verfügbar unter: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ (2016). Décrets, arrêtés, circulaires. Textes Généraux, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA
-

SANTÉ. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Arrete_du_20-10-16__JO_23-10-16_-convention_medicale.pdf

*MINISTERO DELLA SALUTE (2013). Tariffari nazionali delle prestazioni del Ssn, MINISTERO DELLA SALUTE. Verfügbar unter http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3662&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto

*MINISTRY OF HEALTH (2016). Healthcare in Denmark. An overview.

*MINISTRY OF HEALTH (2017). Visiting a Primary and Secondary Care Provider, Outpatient Clinics and Institutes, MINISTRY OF HEALTH. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://www.health.gov.il/English/Topics/RightsInsured/RightsUnderLaw/CollectionArrangements/Pages/Bikurofe.aspx>

MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT (2018). Healthcare in the Netherlands. Den Haag. Verfügbar unter: https://www.eiseverywhere.com/file_uploads/0f57b7c2d0d94ff45769269d50876905_P4-HealthcareintheNetherlands.pdf

*MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH (o. D.). Social and health care client fees. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://stm.fi/sotehuollon-asiakasmaksut>

MINISTERIE VAN FINANCIËN (2019). Staathaushalt 2019. Verfügbar unter: <http://www.rijksbegroting.nl/2019/voorbereiding/begroting>, Abschnitt 3.1.2.

MONEYLAND.CH (2019A) HMO-Modelle im Schweizer Vergleich. Verfügbar unter: <https://www.moneyland.ch/de/hmo-modell-vergleich-schweiz>

*MONEYLAND.CH (2019B) Telmed-Modelle im Schweizer Vergleich. Verfügbar unter <https://www.moneyland.ch/de/telmed-modell-vergleich-schweiz>

*MOSSIALOS, E., DJORDJEVIC, A., OSBORN, R. & SARNAK, D. (2017). International Profiles of Health Care Systems. New York: The Commonwealth Fund. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter: <https://www.commonwealth-fund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>

*MOSSIALOS, E., WENZL, M., OSBORN, R. & SARNAK, D. (2017). 2015 International Profiles of Health Care Systems: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.

MUHLESTEIN, D., SAUNDERS, R., RICHARDS, R., & MCCLELLAN, M. (2018). Recent progress in the value journey: growth of ACOs and value-based payment models in 2018. Health Affairs Blog.

NATIONAL COMMISSION ON PHYSICIAN PAYMENT REFORM (2013). Report of the national commission on physician payment reform. Washington, DC.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) und BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA) (2019). 2019/20 General Medical Services (GMS) contract Quality and Out-

comes Framework (QOF). Verfügbar unter https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/files.mylmc.co.uk/websitefiles/3/8069/1920-gms-contract-qof-guidance.pdf?X-Amz-Expires=600&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAJVI6P7KHDNQ6UXDQ/20190523/eu-west-1/s3/aws4_request&X-Amz-Date=20190523T092701Z&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=57b6450469f6dcc27ed1b77e5e5edfa95121cc0bda16b78946233e8839a02088

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) ENGLAND (2013). Everyone counts: planning for patients 2014/15 to 2018/19. London: NHS England.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) ENGLAND (2018). Report of the Review of the Quality and Outcomes Framework in England. London: NHS England. Verfügbar unter <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/07/05-a-i-pb-04-07-2018-qof-report.pdf>

NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT (NZa) (2019a). Kennzahlen der fachärztlichen Versorgung. verfügbar unter: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/kerncijfers-msz>

NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT (NZa) (2019b Grundsatzregel für die allgemeine ärztliche Versorgung und die multidisziplinäre Versorgung 2019; Verfügbar unter: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_236497_22/1/

*NHS STATISTICAL PORTAL OF THE MINISTERIO DE SANIDAD (Hrsg.) (o. D.). Remuneration of doctors in EU-28. Main features. Verfügbar unter <http://www.sanidad-ue.es/en/remuneracion>

*NOMESCO NORDIC MEDICO-STATISTICAL COMMITTEE (2013). Health Statistics for the Nordic Countries. Copenhagen.

NUFFIELD TRUST (2019). The NHS workforce in numbers- facts on staffing and staff shortages in England. Verfügbar unter: <https://www.nuffield-trust.org.uk/resource/the-nhs-workforce-in-numbers#1what-kinds-of-staff-make-up-the-nhs-workforce>

*NVZ DUTCH HOSPITAL ASSOCIATION (o. D.). Zelfstandige behandelcentra, NVZ DUTCH HOSPITAL ASSOCIATION. Zugriff am 30.05.2019. Verfügbar unter <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/zelfstandige-behandelcentra>

OECD (2016). Better ways to pay for health care. ORGANIZATION FOR ECONOMIC.

OECD (2017). Caring for Quality in Health. Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality (OECD Reviews of Health Care Quality). Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264267787-en>. Verfügbar unter <https://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>

OECD (2017a). Poland. Country Health Profile 2017. State of Health in the EU. Brüssel: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283510-en>

- OECD (2017b): OECD Health Statistics 2017, URL:
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#
- OECD (2018). HEALTH AT A GLANCE. Europe 2018. ORGANIZATION FOR ECONOMIC. OECD (2018a). OECD Health Statistics 2018. Definitions, Sources and Methods. Remuneration of general practitioners, OECD. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2018.pdf>
- OECD (2019). Private health insurance. OECD Health Statistics 2019. Definitions, Sources and Methods. Verfügbar unter:
<http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4>
- *OIREACHTAS (2014). Spotlight. GPs and the Irish primary care system: towards Universal Primary Care?.
- *OLSEN, K. R., ANELL, A., HÄKKINEN, U., IVERSEN, T., ÓLAFSDÓTTIR, T. & SUTTON, M. (2016). General practice in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 56–67. <https://doi.org/10.5617/njhe.2801>
- *OOSTENBRINK, J. B. & RUTTEN, F. F.H. (2006). Cost assessment and price setting of inpatient care in the Netherlands. The DBC case-mix system. *Health Care Management Science*, 9(3). Zugriff am 30.05.2019.
- OESCHGER, C. (2019). Holen wir uns die Tarifautonomie zurück! In: *Schweizerische Ärztezeitung*;100(1718):604-606. Veröffentlichung: 24.04.2019. Verfügbar unter [https://saez.ch/de/article/doi/saez.2019.17761/PARETTA, P. & EGLAU, K. \(2017, September\). Reorganisation der ambulanten Fachversorgung als zentrale Maßnahme in der Zielsteuerung-Gesundheit. Einführung in die ambulante fachärztliche Versorgungslandschaft in Österreich und ihr Veränderungsbedarf. Vienna Healthcare Lectures. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.644853&version=1506077809](https://saez.ch/de/article/doi/saez.2019.17761/PARETTA, P. & EGLAU, K. (2017, September). Reorganisation der ambulanten Fachversorgung als zentrale Maßnahme in der Zielsteuerung-Gesundheit. Einführung in die ambulante fachärztliche Versorgungslandschaft in Österreich und ihr Veränderungsbedarf. Vienna Healthcare Lectures. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.644853&version=1506077809)
- PETTERSON, S., MCNELLIS, R., KLINK, K., MEYERS, D., BAZEMORE, A. (2018). The State of Primary Care in the United States: A Chartbook of Facts and Statistics. The Robert-Graham-Center. Verfügbar unter: <https://www.graham-center.org/content/dam/rgc/documents/publications-reports/reports/PrimaryCareChartbook.pdf>
- PHYSICIANS ADVOCACY INSTITUTE. (2018). The Physicians Advocacy Institute's Medicare Quality Payment Program (QPP) Physician Education Initiative. How the QPP Affects Medicare Part B Payments.
- *PHYSICIANS ADVOCACY INSTITUTE (2018a): Comparison of QPP Accountable Care Organization (ACO). Alternative Payment Models. MEDICARE QPP PHYSICIAN EDUCATION INITIATIVE. www.physiciansadvocacyinsitute.org
- QUERCI, E. (2015). Collective ethic identity in the low cost high value companies. *PANNON MANAGEMENT REVIEW*.
-

- QUERCI, E., & GAZZOLA, P. (2016). The dynamic capabilities in low-cost high-value companies: the Italian health care. *Opportunities and Risks in the Contemporary Business Environment*, 918.
- QUERCI, E., & GAZZOLA, P. (2017). The Opportunity Cost in Health Care: Low Cost High Value. *European Scientific Journal, ESJ*, 13(12).
- REBSCHER, H. (2013). Versorgungsmanagement—Eine methodische und praktische Herausforderung für die Akteure des Gesundheitswesens—Eine Einführung. *Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen*, 5, 1.
- RIEDEL, M. (2018). Festlegung von Kassentarifen Jahresthema 2016; Endbericht. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Institut für Höhere Studien (IHS), Wien. Verfügbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.653524&version=1523278958>
- *RIZIV-Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (Hrsg.). (o. D.). Beschikbaarheidshonoraria huisartsgeneeskunde. Zugriff am 27.05.2019. Verfügbar unter <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/Paginas/beschikbaarheidshonoraria-huisartsgeneeskunde.aspx>
- *ROBERTSON, R., GREGORY, S. & JABBAL, J. (2014). The social care and health systems of nine countries. Commission on the future of health and social care in England.: The King's Fund.
- *ROSEN, B., WAITZBERG, R. & MERKUR, S. (2015). Israel: Health System Review.
- SANTÉSUISSE (o. D.). Ärzte rechnen ihre Leistungen über den TARMED ab. <https://www.santesuisse.ch/de/tarife-leistungen/ambulante-leistungen/aerzte/>
- SÉCURITÉ SOCIALE (2019). Annexe 7 Ondam et dépenses de santé. PLFSS 2019. <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss2019-annexe7-20181012-153730-77-14.pdf>
- SCHMITTINGER, F. (2018). Adapting design tools to incentivize the development of design capability in healthcare. A case study.*SCHÖLKOPF, M. & PRESSEL, H. (2014). Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik (2., aktualisierte): MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Zugriff am 28.05.2019.
- SCHUT, F.T., VARKEVISSER, M. (2016). Competition policy for health care provision in the Netherlands. In: *Health Policy*, Volume 121, Issue 2.
- SCHWEIZERISCHE EIDGENOSSENSCHAFT & BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (EDI/BAG) (2017a). Glossar TARMED.
- SCHWEIZERISCHE EIDGENOSSENSCHAFT & BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (EDI/BAG) (2017b). Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung.
-

- SECRETARIAT GÉNÉRAL DES MINISTÈRES CHARGÉS DES AFFAIRES SOCIALES (2017). Fonds d'intervention regional. Verfügbar unter: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fir_rapport_activites_2016.pdf
- SEMERARO, J.-V. (2019). Tiers payant : où en est-on de la généralisation ?, Linternaute. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter <https://www.linternaute.fr/argent/guide-de-vos-finances/1407242-tiers-payant-ou-en-est-on-de-la-generalisation/>
- *SHINYA, Y. (2017). Provider payment system in Japan. pursuing best match. Verfügbar unter https://www.who.int/health_financing/events/D1_S2_FujinoShinya_GFATM_Japan.pdf?ua=1
- SILENZI, A., SANTORO, A., RICCIARDI, W., PRENESTINI, A., CALCIOLARI, S., GARATTINI, S., ... & CICELLIN, M. (2018). Myth# 6: Health Care Is Rightly Controlled by the Public Sector, for the Sake of Equality. In *The Myths of Health Care* (pp. 155-176). Springer, Cham.
- REBSCHER, H. (2013). Versorgungsmanagement—Eine methodische und praktische Herausforderung für die Akteure des Gesundheitswesens—Eine Einführung. *Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen*, 5, 1.
- *SONG, Y. J. (2009). The South Korean Health Care System. *International Medical Community*, 52(3), 206–209. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2009_03/206_209.pdf
- *STATE OF ISRAEL MINISTRY OF HEALTH (o. D.). The Medical Services Basket, STATE OF ISRAEL MINISTRY OF HEALTH. Zugriff am 29.05.2019. Verfügbar unter <https://www.health.gov.il/English/Topics/RightsInsured/RightsUnderLaw/Pages/SalServices.aspx>
- *STIDL, M. (2012). Der Einsatz von Anreizmechanismen im ambulanten Gesundheitsversorgungsbereich in Österreich und im Vereinigten Königreich, 42–43. Masterarbeit. Zugriff am 31.05.2019.
- *STURNY, I. (O. D.). The Swiss Health Care System. *International Health Care System Profiles*, THE COMMONWEALTH FUND. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter <https://international.commonwealthfund.org/countries/switzerland/>
- *SUTTON, M. & LONG, J. (2014). International models of career structure for medical specialists, other tenured medical posts and general practitioners in public (funded) health systems, Health Research Board. Verfügbar unter https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/07/Final_version_International-models-of-career-structure-for-medical-specialists.pdf
- SYNDICAT NATIONAL DES PÉDIATRES FRANÇAIS (2017). Le forfait structure. Verfügbar unter: <https://www.snpf.fr/wp-content/uploads/2017/04/Le-forfait-structure.pdf>
- *TEDESCHI, P. (2015). Italy. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al., editors. *Building primary care in a changing Europe: Case studies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. (Observatory Studies Series, No. 40.) 15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459002/>.
-

- *THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA (o. D.). Evidence and Perspectives on Funding Healthcare in Canada. Current funding, THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA. Verfügbar unter <http://healthcarefunding.ca/key-issues/current-funding/>
- THORLBY, R. & ARORA, S. (2016). England: International Health Care System Profiles. The English Health Care System. THE COMMONWEALTH FUND, Hrsg. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://international.commonwealthfund.org/countries/england/>
- TISSOT EDITIONS (2018). Cotisations d'assurance maladie et CSG 2018 : impact sur la réduction Fillon, la rédaction des Éditions Tissot. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter <https://www2.editions-tissot.fr/actualite/droit-du-travail/cotisations-d-assurance-maladie-et-csg-2018-impact-sur-la-reduction-fillon>
- UNCAM (2005). Nomenclature Generale des Actes Professionnels (NGAP). Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/525504/document/ngap_01.03.2019-assurance_maladie.pdf
- *VAN DAMME (2015). La nomenclature soins de santé des médecins. Zugriff am 29.05.2019. Verfügbar unter <https://www.coopami.org/fr/coopami/realisation/2015/pdf/2015031008.pdf>
- *VAN DER WEES, P. J., WAMMES, J. J. G., WESTERT, G. P. & JEURISSEN, P. P. T. (2015). The Relationship Between the Scope of Essential Health Benefits and Statutory Financing: An International Comparison Across Eight European Countries. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(1), 13–22. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.166>
- VAN DIJK, C. E., VAN DEN BERG, B. , VERHEIJ, R. A., SPREEUWENBERG, P. , GROENEWEGEN, P. P. und BAKKER, D. H. (2013), Moral Hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice. *Health Econ.*, 22: 340-352
- *VRANGBAEK, K. (THE COMMONWEALTH FUND, Hrsg.). (o. D.). The Danish Health Care System. Zugriff am 28.05.2019. Verfügbar unter <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>
- *WENZL, M. & MOSSIALOS, E. (2015). International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States, 2016. Zugriff am 05.06.2019.
- *WGKK (2011). Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011. Zugriff am 31.05.2019. Verfügbar unter <https://www.wgkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.595922&version=1454315488>
- WHO (2016). Global Health Expenditure Database. Indicators. Verfügbar unter <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- WHO (2018). Outpatient contacts per person per year. Zugriff am 05.06.2019. Verfügbar unter https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_543-6300-outpatient-contacts-per-person-per-year/
-

WHO (2019). Global Health Expenditure Database – Voluntary Health Insurance (VHI). Verfügbar unter: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> WHO. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Zugriff am 05.06.2019.

WIDMER, T. & BISANG, K. & MOSER, C. (2004). Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Tamed. Office fédéral de la santé publique, Institut für Politikwissenschaft, Universität Zürich.

WILENSKY, G. R. (2018). Will MACRA improve physician reimbursement?. *New England Journal of Medicine*, 378(14), 1269-1271. Verfügbar unter https://www.mfprac.com/web2019/07literature/literature/Misc/Macra-QualityNo_Wilensky.pdf

YOUNG, A., CHAUDHRY, H. J., PEI, X., ARNHART, K., DUGAN, M., SNYDER, G. B. (2017). A Census of Actively Licensed Physicians in the United States 2016. In: *Journal of Medical Regulation*, Vol. 103: 2. Verfügbar unter: <https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/publications/2016census.pdf>

Letzter Zugriff auf die Onlinequellen, wenn nicht anders vermerkt, am 01.06.2019.

* Quellen ohne Erwähnung im Text; Quellen ausschließlich verwendet für die Überblicksabbildungen für Kapitel 3