

Festlegung ärztlicher Tarife im internationalen Vergleich

Diese Ausgabe des HSW bietet einen Überblick zur Tariffestlegung für Leistungen niedergelassener Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in fünf Vergleichsländern (Deutschland, Schweiz, Frankreich, Niederlande und Dänemark), um Erkenntnisse für einen einheitlichen österreichischen Honorarkatalog zu gewinnen.

Text: Eva Raschhofer, Monika Riedel, Thomas Cypionka¹

Einleitung

Der richtigen Gestaltung von Honorierungsmodellen kommt aus mehreren Gründen große Bedeutung zu. Erstens werden über sie nicht unerhebliche Mittel verteilt – ein effizienter Einsatz ist für die wirksame und nachhaltig finanzierbare Gesundheitsversorgung unabdingbar. Zweitens gehen von Honorierungsmodellen, wie die empirische Literatur zeigt, starke Anreizwirkungen aus. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einem anreizkompatibel gestalteten Honorierungsmodell, wenn es gelingt, die Interessen von Ärzt*innen, Patient*innen und Versicherungen in Übereinstimmung zu bringen. Drittens sollen Leistungen auch kostendeckend vergütet werden, um Unterversorgung zu vermeiden. Dabei sollen aber auch keine übermäßig hohen Profite entstehen.

Während wir an anderer Stelle bereits über die Anreizwirkungen in Honorarsystemen geschrieben haben, wenden wir uns in dieser Ausgabe aus aktuellen Gründen diesen Bewertungsfragen zu. Mit der SV-Reform sind zwar die ehemaligen Gebietskrankenkassen zusammenge-

legt worden, jedoch bleiben die neun Landesärztekammern als Verhandlungspartner bestehen und die neun Honorarkataloge wirken im vertragsärztlichen Bereich fort. Nicht zuletzt verlieh die jüngste 15a-Vereinbarung dem politischen Wunsch nach einem einheitlichen Honorarkatalog Nachdruck. Wir wagen wieder einen Blick über die Grenzen und schauen, wie in anderen Ländern einzelne Leistungen bewertet und mit einem Honorartarif ausgestattet werden.

Wer legt die Tarifhöhe fest?

Österreich ist eines der wenigen Länder, in denen es noch eine Vielzahl an Honorarkatalogen im vertragsärztlichen Bereich gibt. Da die Erstellung aufwändig ist, aber auch da in den meisten europäischen Ländern in Sozialversicherungstradition auch Versicherungswettbewerb herrscht, sind dort die Inhalte des Katalogs bereits von außen definiert, zum Teil auch die Tarifhöhe.

Grundsätzlich wird die Höhe der ärztlichen Vergütung oft, sowohl international als auch in Österreich, in Verhandlungen zwischen Ärzt*innen und Versicherungen festgelegt. In manchen Vergleichsländern sind bei diesen Verhandlungen auch staatliche und/oder unabhängige Institutionen vertreten. In Dänemark wird die Vergütung für ärztliche Leistungen in einem Verhandlungsprozess zwi-

schen den Lohn- und Tarifvorständen der dänischen Regionen (Regionernes Lønnings- og Takstnævns; RLTN) und den Berufsverbänden der Ärzt*innen, der FAS (Foreningen af Speciallæger; für Fachärzt*innen) und der PLO (Praktiserende Lægers Organisation; für Allgemeinmediziner*innen) unter Aufsicht des Staates festgelegt. Die Höhe der Honorare wird regelmäßig angepasst und basiert auf Zeitkalkulationen für medizinische Behandlungen. Der Staat ist nicht nur an der Festlegung der Gesamtausgaben beteiligt, sondern wirkt auch beratend bei den Verhandlungen über ärztliche Honorare und Arbeitsbedingungen mit (Birk et al., 2024; Interview DK_11).

Anders als in Dänemark werden in den Niederlanden die Tarife für die zu erbringenden medizinischen Leistungen in Verhandlungen zwischen den privaten Krankenversicherungen und den Leistungserbringern ausgehandelt. Da dezentral verhandelt wird, können die Tarife und Qualitätsstandards je nach Region und Versicherer unterschiedlich sein. Die niederländische Gesundheitsbehörde NZa, die vom Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (VWS) finanziert wird, agiert dabei als unabhängige Kontrollinstanz. Es obliegt der NZa, genau zu bestimmen, welche medizinischen Basisleistungen die Versicherten bekommen müssen. Darüber

¹ Alle: Institut für Höhere Studien, Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: health@ihs.ac.at, Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>



Bei der Gestaltung von Honorierungsmodellen im ärztlichen Bereich ist es wichtig, die Interessen von Ärzt*innen, Patient*innen und Versicherungen in Übereinstimmung zu bringen.

hinaus legt die NZa auch die Obergrenzen für die Tarife dieser Leistungen fest (Kroneman et al., 2016; Riedel, 2018; Zorginstituut Nederland, 2024).

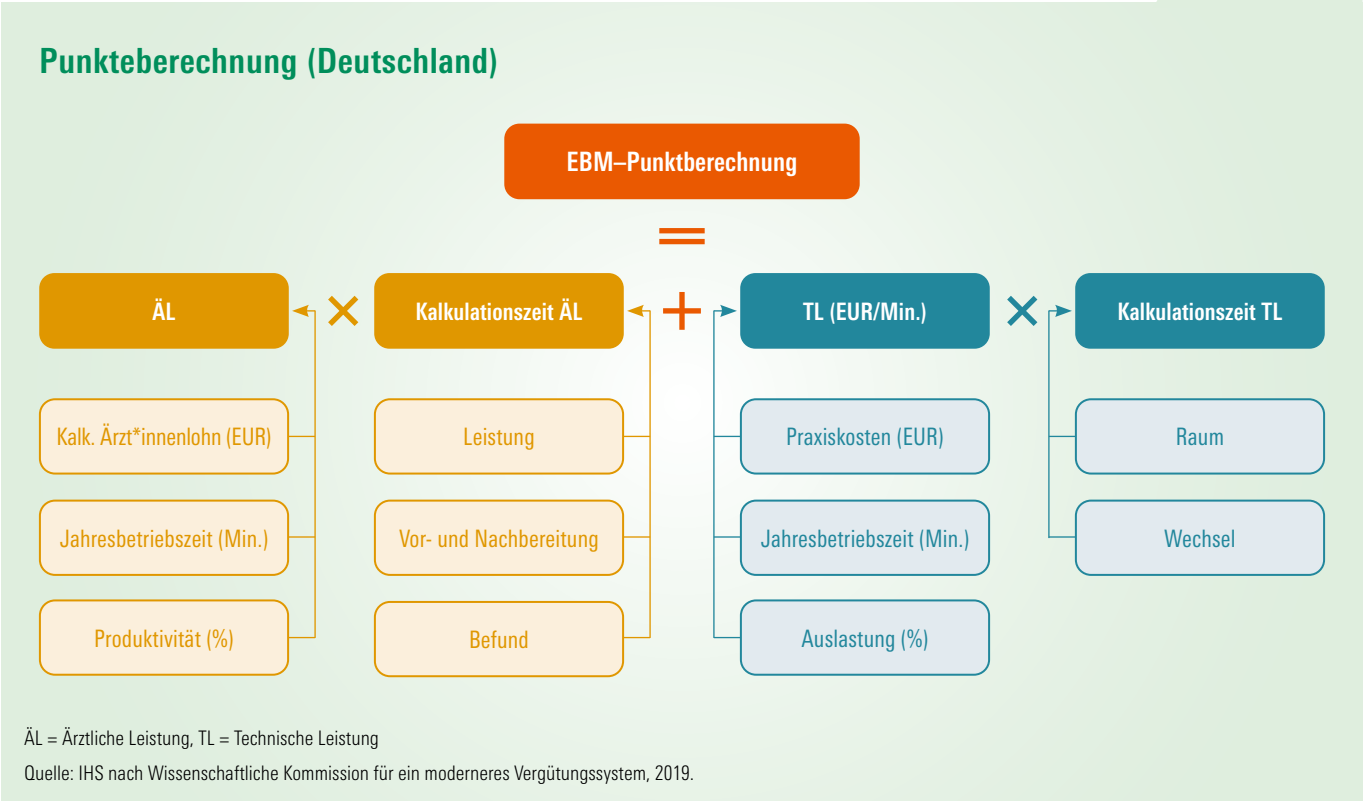
Das französische Gesundheitssystem ähnelt dem österreichischen, indem es noch immer durch eine Aufteilung in verschiedene Krankenkassen für unterschiedliche Berufsgruppen geprägt ist. 2020 kam es zu einer weitgehenden Vereinheitlichung des fragmentierten Kassensystems in die nationale Krankenversicherung (Caisse nationale de l'Assurance Maladie; CNAM), welche heute 93 Prozent der Bevölkerung versichert. In Frankreich werden die ärztlichen Honorare über einen Rahmenvertrag, die sogenannte „Convention Médicale“, festgelegt. Dieser Vertrag wird zwischen Ärzt*innen(-Gewerkschaften) und der UNCAM (Nationale Union der Krankenkassen) ausgehandelt. Die Honorare für ärztliche Leistungen werden wiederum von den Ärzt*innenvertretungen in sogenannten CHAP-Kom-

missionen berechnet und diskutiert. Die CHAP-Kommissionen sind unabhängige Gremien, in denen Expert*innen aus verschiedenen Bereichen zusammenkommen, um die Höhe der ärztlichen Honorare zu evaluieren. Die Ergebnisse der Verhandlungen münden in nationale Tarifverträge (Brunn & Hassenteufel, 2018; Neubauer et al., 2021; Riedel, 2018).

In Deutschland verhandeln zentral der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und die KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) die Bundesmantelverträge, welche die Grundlage der vertragsärztlichen Versorgung bilden. Die Verträge regeln unter anderem die Leistungen der Ärzt*innen und die dafür geltende Vergütung. Die KBV ist nicht zu verwechseln mit der Ärztekammer in Österreich, da Erstere nur die Interessen der deutschen Vertragsärzt*innen im ambulanten Bereich vertritt. Das Institut des Bewertungsausschusses (InBA), eine Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung und

paritätisch besetzt von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband, ist dafür zuständig, Vergütungsparameter für ärztliche Leistungen festzulegen. Das InBA ist spezialisiert auf die Erstellung genauer Kostenkalkulationen im Gesundheitswesen, welche dann Grundlage für Verhandlungen über die Höhe der ärztlichen Vergütung sind. Neben der Anpassung des Leistungskatalogs „Einheitlicher Bewertungsmaßstab“ (EBM) bestimmt er den bundesweiten Orientierungswert, der die Preisentwicklung für ambulante ärztliche Leistungen widerspiegelt und analysiert die morbiditätsbedingte Veränderungsrate. Letztere soll die Entwicklung der Morbidität im Land abbilden und wird regional auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ermittelt. Eine höhere Morbiditätsrate kann zu einem größeren Vergütungsvolumen in der jeweiligen KV-Region führen, jedoch pendelt sich der EBM-Punktwert durch ein höheres Leistungsvolumen beim

Abbildung 1



EBM-Orientierungswert ein (Bundesministerium für Gesundheit, 2016a, 2016b; Interview DE_I2; GKV Spitzenverband, 2023; Riedel, 2018).

Das Schweizer Gesundheitssystem zeichnet sich in Hinblick auf ärztliche Honorare durch ein dezentrales Verhandlungssystem der Tarifhöhen aus. Ärzt*innenverbände, vor allem die FMH, und private Krankenkassen (z.B. santésuisse, curafutura) verhandeln über den sogenannten Taxpunkt-wert für ärztliche Leistungen. Der relative Aufwand der Leistungen in Punkten wird in einem schweizweit geltenden System abgebildet. Derzeit wird der ambulante Bereich hauptsächlich nach dem TARMED-Tarif abgerechnet, der aber 2026 durch den neuen TARDOC-Einzelleistungstarif und ambulante Pauschalen ersetzt werden soll. Die Schweizer Gesetzgebung sieht den verstärkten Einsatz von Pauschalen vor, da man sich davon höhere Kosteneffizienz auch im ambulanten Leistungsgeschehen verspricht. Man erwartet sich dadurch einfachere Abrechnungen und weniger unnötige Leistungsausweitungen (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2023; Der Bundesrat – Das Portal der

Schweizer Regierung, 2024; Felder, 2021).

Auf Empfehlung des Schweizer Bundesrates wurde 2024 die bundesweite Tarifbehörde OAAT AG gegründet, um mit TARDOC die Tarife für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz einheitlich zu gestalten und zu pflegen. Ziel ist es, eine faire und transparente Tarifstruktur zu schaffen. Die Organisation nutzt umfangreiche Daten aus der Praxis, um eine realistische Kostenabbildung zu gewährleisten. Durch jährliche Aktualisierungen und die Möglichkeit, neue Leistungen schnell in den Tarif aufzunehmen, soll das System flexibel bleiben und sich an veränderte Bedingungen anpassen. Die öffentlich zugängliche Kostenberechnung im Gesundheitswesen durch eine unabhängige Organisation soll vor allem das Vertrauen und die Nachvollziehbarkeit bei Gesundheitskosten erhöhen (Der Bundesrat – Das Portal der Schweizer Regierung, 2024; FMH, 2024a).

An welcher Bemessungseinheit erfolgt die Honorierung?

Bei den Verhandlungen zwischen Ärzt*innen und Krankenkassen wird

in vielen Ländern häufig nicht direkt über den Geldbetrag verhandelt, sondern über einen sogenannten „Punkt-wert“. Dieser Punktwert wird dann auf alle Leistungen angewandt, deren relative Aufwände zunächst nur über ein Punktegerüst abgebildet sind. Systeme wie der deutsche EBM oder der Schweizer TARDOC basieren auf solchen Punktwerten. Dadurch können regionale Anpassungen leichter vorgenommen werden, da nur die Punktwerte angepasst werden müssen und nicht das gesamte Vergütungssystem (Institut des Bewertungsausschusses, 2024; Interview DE_I2).

Im internationalen Vergleich stützt sich die Kostenberechnung oft auf empirische Daten aus der Praxis. In Deutschland und der Schweiz werden die Kosten in der Regel anhand von Personalkosten und Sachkosten ermittelt. Im sogenannten Standardbewertungssystem (STABS) in Deutschland werden diese Kosten in EBM-Punkten bewertet. Sie werden zunächst nach ihrer Art (z.B. Personalkosten, Miete) kategorisiert, dann einzelnen Bereichen der Praxis (Kostenstellen) zugeordnet und schließ-

lich den einzelnen erbrachten Leistungen (Kostenträgern) zugerechnet. Die Kosten werden dabei für ärztliche und technische Leistungen getrennt ermittelt. Da das Schweizer System als Vorbild für den EBM in Deutschland galt, ist diese Berechnung in beiden Ländern ähnlich aufgebaut. Der ärztliche Leistungsanteil basiert auf einem kalkulatorischen Opportunitätsstundensatz für Ärzt*innen (gemessen am Gehalt einer*eines leitenden Ärztin*Arztes). Der technische Leistungsanteil umfasst alle realen Kosten der Praxis, wie beispielsweise Personalkosten, Miete und Materialkosten. Die Summe beider Anteile, gewichtet mit dem jeweiligen Zeitaufwand, ergibt die im EBM ausgewiesene Punktezahl (Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem, 2019). In Deutschland dienen die bundesweiten Verhandlungsergebnisse (Bundemantelverträge) als Ausgangspunkt für die nachfolgen-

den Verhandlungen auf Länderebene. Hierbei können die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die regionalen Krankenkassen den bundesweit festgelegten EBM-Punktwert (Orientierungspunktwert) anpassen, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Der EBM-Orientierungswert wird jährlich deutschlandweit angepasst (2025: 12,3934 Cent), um steigende Praxiskosten zu berücksichtigen. Aus österreichischer Sicht ist bemerkenswert, dass Ärzt*innen und Krankenkassen gemeinsam das Risiko für den Anstieg an Behandlungskosten tragen, da sich der Wert des EBM-Punktes auch verringern kann, wenn die Gesamtleistungsvolumina im Bundesland eine vordefinierte Schwelle übersteigen. Eine Teilung des Risikos gibt es bereits in Vorarlberg mit der „Gesamtvergütung“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2016; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2023; Riedel, 2018).

TARDOC ist ab 2026 ein Schweizer Einzelleistungsstrukturtarifsystem. Der Wert einer medizinischen Leistung wird dabei in Taxpunkten ausgedrückt, die sich aus der Dauer der Leistung (Minutage) und dem Kostensatz pro Minute zusammensetzen. Diese Rechnung ist jener in Deutschland für den EBM-Punktwert sehr ähnlich (siehe Abbildung 1). Die Ermittlung der Kosten für Infrastruktur und Personal ist aufgrund der Vielfalt der medizinischen Leistungen und der unterschiedlichen Praxisstrukturen anspruchsvoll. Die Berechnungen dieser Taxpunkte basieren auf einer regelmäßigen Erhebung der Kosten (durch die rollende Kostenstrukturerhebung) in Arztpraxen. Die OAAT AG ermittelt dabei die durchschnittlichen Kosten für verschiedene Leistungsbe- reiche und gewichtet diese entsprechend. Der Taxpunkt ergibt sich aus der Summe der ärztlichen Leistung und den Infrastruktur- und Personal-

Abbildung 2

Leistungsbewertung (TARDOC, Schweiz)



ÄL = Ärztliche Leistung, IPL = Infrastruktur- und Personalleistung, RoKo = Rollende Kostenstrukturerhebung
Quelle: IHS, 2024.

Abbildung 3

Vergütung der niedergelassenen Ärzt*innen (Deutschland)



Quelle: IHS nach bpb & Gerlinger, 2017.

leistungen, so wie in Deutschland (ats-tms AG, 2021; FMH, 2024; Interview CH_I1; Interview CH_I2).

Die Höhe des Taxpunktswerts wird in Verhandlungen zwischen den kantonalen Ärzt*innengesellschaften und den Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer² festgelegt. Danach muss dieser ausverhandelte Vertrag über den Taxpunktswert von der jeweiligen Kantonsregierung genehmigt werden. Alle Krankenkassen müssen die gleichen Leistungen mit denselben Taxpunkten vergüten, können jedoch unterschiedliche Taxpunktswerte ausverhandeln. Der Taxpunktswert schwankt zwischen den Kantonen und Krankenkassen und liegt 2024 zwischen 0,82 und 0,96 CHF. Da sich die Verhandlungspartner häufig nicht einigen können, kann die Entscheidung auch die jeweilige Kantonsregierung treffen (NewIndex AG, 2024; Interview CH_I1; Interview CH_I2).

Um eine kostenneutrale Umstellung von TARMED auf TARDOC

zu gewährleisten, wurde auch ein Kostenneutralitätsfaktor (= External Factor) von 0,83 CHF festgelegt. Der Faktor dient dazu, das Abrechnungsvolumen zu stabilisieren und wird auf jede einzelne Leistung angewendet (curafutura & FMH, 2022). Der Gesamtbetrag der Leistungsbewertung setzt sich somit aus drei Faktoren zusammen, wie Abbildung 2 darstellt: die Anzahl der erbrachten Leistungen (in Taxpunkten), der Wert eines einzelnen Taxpunkts (Taxpunktswert) und ein Kostenneutralitätsfaktor. Durch Multiplikation dieser drei Werte erhält man die finale Vergütung der ambulanten ärztlichen Leistungen in der Schweiz (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2024; De Pietro et al., 2015; Organisation ambulante Arzttarife, 2024b).

Wie werden Honorare verteilt?

Der Mechanismus der schlussendlichen Vergütungsverteilung erfolgt für niedergelassene Ärzt*innen in Deutschland in zwei Schritten: Zunächst zahlen die Krankenkassen einen Gesamtbetrag an die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Nachdem auf Bundesebene

festgelegt wurde, wie viel Geld insgesamt für die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland zur Verfügung steht, entscheiden die regionalen KVen, wie dieses Geld konkret in sogenannten Honorarverteilungsmaßstäben verteilt wird. Obwohl bundesweite Rahmenbedingungen bestehen, nutzen die regionalen KVen ihre Gestaltungsspielräume, um auf regionale Besonderheiten einzugehen und bestimmte Leistungen oder Leistungserbringer gezielt zu fördern. Nachdem die Ärzt*innen die erbrachten Leistungen anhand der EBM-Punkte den KVen mitteilen, verteilen die regionalen KVen das Geld an die einzelnen Ärzt*innen nach den Vorgaben des EBM und regionalen Vereinbarungen (Honorarverteilungsmaßstab) (Blümel et al., 2020; GKV Spitzenverband, 2023; Riedel, 2018).

Jede deutsche Arztpraxis erhält pro Quartal ein bestimmtes Leistungsvolumen zugeteilt, das sich aus einem Grundvolumen und einem zusätzlichen Volumen für spezielle Qualifikationen zusammensetzt. Das Grundvolumen hängt von der Anzahl der Patient*innen und der Art der Praxis ab. Dieses Volumen bildet eine

² Vgl. bspw. HSK: <https://ecc-hsk.info/de/ueber-uns/beteiligte-versicherer> (abgerufen am 10.02.2025).

Obergrenze für Leistungen, die zum vollen Preis vergütet werden. Zusätzliche Leistungen werden zu niedrigeren, gestaffelten Tarifen bezahlt, abhängig davon, wie viele Leistungen insgesamt über die vereinbarte Grenze hinaus erbracht wurden (Blümel et al., 2020).

In Dänemark werden die ärztlichen Vergütungen zentral auf nationaler Ebene ausgehandelt. Obwohl die Regionen an den Verhandlungen beteiligt sind, erfolgt die eigentliche Festlegung der Vergütungen auf Ebene des Gesamtstaates und die Ärzt*innen werden von den Regionen bezahlt. Ähnlich zu Österreich wird nur ein Geldbetrag für jede medizinische Leistung festgelegt, eine konkrete Berechnung mit Punkten ist auch den befragten dänischen Gesundheitsexpert*innen nicht bekannt (Birk et al., 2024).

In der Schweiz und Frankreich gilt für Leistungen im niedergelassenen Bereich das Kostenerstattungsprinzip, wobei Patient*innen die medizinische Leistung zuerst selbst zahlen und dann bei der Kasse zur Erstattung einreichen. In der Schweiz werden 10 Prozent, in Frankreich 30 Prozent des vertraglichen Tarifs vor Erstattung als Selbstbehalt abgezogen. Somit wird die Vergütung erst durch die Einreichung der Rechnung ausgelöst (De Pietro et al., 2015; Kroneman et al., 2016; Or et al., 2023).

In Frankreich hängt die Höhe der Zahlung für Patient*innen nach einem Arztbesuch auch davon ab, in welchen Sektor sich die*der niedergelassene Ärztin*Arzt eingeordnet hat. Die französische ambulante Versorgung gliedert sich nämlich in drei Sektoren. Man könnte Sektor 1-Ärzt*innen mit Kassenärzt*innen und Sektor 2-Ärzt*innen mit Wahlärzt*innen in Österreich vergleichen. Rund 73 Prozent der niedergelassenen Ärzt*innen sind dem Sektor 1 zugeordnet und rechnen ihre Leistungen nach dem Convention-Médicale-Tarif ab. Neben der Leistungsabrechnung gibt es auch Modelle mit Pauschalver-

gütungen oder qualitätsorientierten Zahlungen. Während die Convention Médicale für die Sektor 1-Ärzt*innen in Frankreich verbindlich ist, können Ärzt*innen im Sektor 2 ihre Honorare weitgehend frei bestimmen, bekommen jedoch keine steuerlichen Vorteile wie in Sektor 1. Dies führt zu einem privaten Gesundheitsmarkt und erheblichen Tarifunterschieden, was Patient*innen finanziell stark belastet. Fast alle Bürger*innen verfügen über eine private Zusatzversicherung, welche Teile der zusätzlichen Kosten für Sektor 2-Ärzt*innen abdeckt. Das französische Gesundheitssystem bietet Ärzt*innen bei Beginn der Niederlassung beide Vertragsmodelle an. Ein späterer Wechsel vom Sektor 2 in den Sektor 1 ist möglich, die umgekehrte Richtung wird jedoch untersagt (Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale – ISNAR-IMG, 2017; Kingsada, 2024; Luc Lenoir, 2018; Neubauer et al., 2021).

Der kleinste Teil der französischen Ärzt*innen ist im Sektor 3 tätig. Diese haben keinerlei vertragliche Bindungen an die Krankenkassen und können ihre Honorare frei bestimmen. Da es in diesem Sektor keine gesetzlichen Gebührenordnungen gibt, können die Tarife erheblich über denen der anderen Sektoren liegen. Dies erschwert zusätzlich für viele Patient*innen, insbesondere in Städten, den Zugang zu Fachärzt*innen (an der Heiden & IGES, 2019; Direction de l'information légale et administrative, 2024; Luc Lenoir, 2018).

Wie wird die Bemessungseinheit zu einem Honorar aggregiert?

In allen untersuchten Ländern zeigt sich ein klarer Trend hin zu pauschalen Abrechnungsmodellen. In vier der fünf untersuchten Länder sind solche Modelle bereits in der Regelversorgung im Einsatz, während in Frankreich derzeit noch Pilotprojekte für multiprofessionelle Gruppenpraxen laufen (Ministre du Travail, de la

Santé et des Solidarités, 2024; Or et al., 2023). Pauschalvergütungen werden oft in Kombination mit anderen Zahlungsmodellen eingesetzt. Das bedeutet, dass neben einer grundlegenden Pauschale für eine bestimmte Leistung oder einen Leistungsumfang auch zusätzliche, individuelle Leistungen gesondert abgerechnet werden können. Oft sind solche Modelle in speziellen Programmen oder für bestimmte Patient*innengruppen vorgesehen, wie beispielsweise in Schweizer HMOs (Health Maintenance Organizations)³, in der deutschen hausarztzentrierten Versorgung⁴ oder Disease Management Programs (DMP)⁵ (De Pietro et al., 2015; Riedel, 2018).

Pauschalzahlungen haben in einigen Ländern einen festen Platz im Gesundheitssystem. Sie sind entweder gesetzlich bevorzugt, wie im deutschen EBM, oder werden für bestimmte, komplexere Behandlungen, wie im Schweizer TARDOC-Modell, als Standard festgelegt. Im internationalen Kontext sind Pauschalen häufig als Kopfpauschalen (Capitation) bekannt. Diese unterscheiden sich von den in Österreich üblichen Pauschalen, obwohl beide eine pauschale Vergütung für ein Leistungsbündel darstellen. Bei Kopfpauschalen übernehmen die Ärzt*innen eine Rundumversorgung und erhalten dafür ein festes Entgelt pro Patient*in, unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme von Leistungen. Sie sind meist mit Gatekeeping verbunden, bei dem Hausärzt*innen zwingend als erste Anlaufstelle fungieren und oft die weitere Versorgung koordinieren (an der Heiden & IGES, 2019;

³ In der Schweiz bezieht sich der Begriff HMO üblicherweise auf Gruppenpraxen oder kleinere Ärzt*innennetze, welche sich im Besitz von Versicherungsgesellschaften befinden. In solchen Strukturen sind die Ärzt*innen in der Regel angestellt und erhalten ein Gehalt anstelle von direkten Honorarzählungen pro Behandlung (De Pietro et al., 2015).

⁴ Siehe <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hausarztssystem.html> (abgerufen am 10.02.2025).

⁵ Siehe als Beispiel HSW IV 2022.



Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass es durchaus kompliziert ist, ein gutes Honorierungssystem für die ambulante Versorgung zu entwerfen. Die Ansätze reichen von staatlich regulierten Tarifen bis hin zu dezentralen Honorarvereinbarungen.

Bundesministerium für Gesundheit, 2016; Der Bundesrat – Das Portal der Schweizer Regierung, 2024; Riedel, 2018).

Die Vergütung für Hausärzt*innen in Dänemark wird in einem Tarifvertrag zwischen dem Verband der Allgemeinmediziner*innen (PLO) und dem Verband der Regionen (RLTN) festgelegt. Dieser Vertrag sieht für Allgemeinärzt*innen eine Kombination aus festen Grundvergütungen (Kopfpauschalen) und leistungsabhängigen Zahlungen (für z.B. Konsultationen, bestimmte Untersuchungen) vor. Die Hausärzt*innen tragen die Kosten für ihre Praxis und erhalten den Großteil ihrer Einnahmen aus der Region, in der sie tätig sind. Patient*innen können nach einer Überweisung durch Hausärzt*innen beliebige niedergelassene Fachärzt*innen aufsuchen (Gatekeeping-Funktion). Die Vergütung für Fachärzt*innen erfolgt nur leistungsabhängig und wird in Verhandlungen zwischen den Regionen und dem Fachärzteverband (FAS) festgelegt (Birk et al., 2024; Interview DK_I1; Tikkanen et al., 2020b).

Im Gegensatz zu Fachärzt*innen, welche oft in Krankenhäusern oder in Einrichtungen für fachärztliche Versorgung (MSZs) in der Nähe eines Krankenhauses tätig sind, werden Hausärzt*innen in den Niederlanden nach einem dreigeteilten System vergütet. Die drei Segmente verdeutlichen die Rolle der Hausärzt*innen als erste Anlaufstelle für Patient*innen. Das erste Segment beinhaltet eine Pauschale pro Patient*in und Einzel Leistungsvergütungen für z.B. Hausbesuche. Diese Kopfpauschale wird quartalsweise von der Krankenversicherung ausgezahlt, unabhängig davon, ob die*der Patient*in Leistungen in Anspruch genommen hat (an der Heiden & IGES, 2019; Interview NL_I1; Riedel, 2018; Tikkanen et al., 2020a).

Im zweiten Segment steht die koordinierte Versorgung chronisch kranker Patient*innen im Mittelpunkt. Hausärzt*innen (und auch Fach-

ärzt*innen) sowie Angehörige weiterer Gesundheitsberufe arbeiten in sogenannten Care Groups zusammen, um Patient*innen mit Erkrankungen wie Diabetes Typ 2, Vaskuläres Risikomanagement, Asthma oder COPD zu betreuen. Die Leistungen und die dafür zu zahlenden Pauschalen werden jährlich in Verhandlungen zwischen Krankenversicherern und Care Groups festgelegt (an der Heiden & IGES, 2019; Kroneman et al., 2016). Die Einrichtung von Care Groups hat zu einem signifikanten Rückgang von Hospitalisierungen bei chronisch kranken Patient*innen geführt. Segment 3 basiert auf einer leistungsorientierten Vergütung und fokussiert sich auf die Qualität der erbrachten Leistungen und Innovationen⁶, wie z.B. E-Health-Plattformen oder Telemedizin (Kroneman et al., 2016; Riedel, 2018).

Die Umsetzung der integrierten Versorgung in Segment 2 erfordert einen größeren organisatorischen und koordinierenden Aufwand zwischen den Fachdisziplinen (Czypionka et al., 2015). Die Behandlungen werden über jährlich festgelegte, krankheits-spezifische Budgets finanziert. Die Verteilung dieser Budgets innerhalb der Care Groups erfolgt leistungsorientiert. Durch die Verwendung von Pauschalen entfällt eine detaillierte Kostenaufstellung, was die Abrechnungsprozesse vereinfacht und eine Mehrfachabrechnung verhindert (an der Heiden & IGES, 2019; Kroneman et al., 2016).

Um sicherzustellen, dass Ärzt*innen für einen erhöhten Behandlungsaufwand auch eine angemessene Vergütung erhalten, werden Pauschalen oft risikoadjustiert. Das bedeutet, dass Patient*innen mit einem höheren Pflegebedarf, wie beispielsweise ältere und multimorbide Menschen, eine höhere Pauschale auslösen. Im Segment 1 im niederländischen Hausärzt*innen-Modell ist dies der Fall. Die Vergütung setzt sich hier aus einer pauschalen Zahlung pro Patient*in, die sich nach Alter (unter oder

ab 65 Jahren) und Wohnort richtet, zusammen (an der Heiden & IGES, 2019; Interview NL_I1; Riedel, 2018; Tikkanen et al., 2020a).

Im Gegensatz zu vielen der genannten Beispiele setzte das österreichische Sozialversicherungsrecht lange Zeit hauptsächlich auf eine Vergütung ärztlicher Leistungen nach Einzelleistungen. Erst 2010 wurde die Möglichkeit von Pauschalverträgen eingeführt (§ 342 Abs. 2 ASVG). Diese Entwicklung bietet Chancen für eine spezialisierte Versorgung chronisch Kranker, beispielsweise durch die stärkere Implementierung von DMP. Dass diese Programme jedoch gerade im österreichischen System, wo eine entsprechende Tradition fehlt, keine Selbstläufer sind, sondern in unterstützende Begleit- und Informationsmaßnahmen eingebettet und mit sorgsam abgestimmten finanziellen Anreizen ausgestattet sein sollten, zeigt sich am einzigen gesamtösterreichischen DMP, der Diabetes Therapie aktiv (Czypionka et al., 2022).

Fazit

Ein gutes Honorierungssystem für die ambulante Versorgung zu entwerfen, ist kompliziert. Ein internationaler Vergleich zeigt, dass es eine Vielzahl von Ansätzen gibt, die von staatlich regulierten Tarifen bis hin zu dezentralen Honorarvereinbarungen reichen. Es gilt in jedem Fall, ein Gleichgewicht zu finden zwischen der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, der Entwicklung der Kosten und der Zufriedenheit der Ärzt*innen und Patient*innen. Dabei investieren viele Länder erhebliche Ressourcen in die Entwicklung und Wartung des Bezahlsystems, weil von diesem starke Anreize ausgehen, die für Behandlungsqualität und Zufriedenheit bei

⁶ Siehe bspw. das Projekt „Zorg op maat“ (Versorgung nach Maß), um die Versorgung von chronisch kranken Patient*innen mit digitalen Gesundheitslösungen zu verbessern. Die Teilnahme ist freiwillig. <https://www.zorg-op-maat.nl/> (abgerufen am 16.05.2025).

den Ärzt*innen bedeutend sind. Genau aus diesem Grund verwenden die allermeisten Länder ein einheitliches Bezahlssystem, dessen konkrete Tarife entsprechend unterschiedlichen Inputpreisen und Versorgungsdichten regional variieren kann. Ein Blick auf andere Länder kann auch wertvolle Erkenntnisse liefern, wie einige der Herausforderungen bewältigt werden können, die sich auch in Österreich stellen.

Kostenneutralität

Die Einführung von TARDOC in der Schweiz ist an die Bedingung der Kostenneutralität geknüpft. Um diese sicherzustellen, wird ein Kostenneutralitätsfaktor eingesetzt. Ein ähnliches Modell könnte auch in Österreich bei einer bundesweiten Honorarordnung Anwendung finden, damit eine „Kostenexplosion“ verhindert wird. Diese Übergangsphase bietet zudem die

Möglichkeit, Leistungsportfolios und Versorgungsaufträge neu zu definieren und ein Prozedere für laufende Modernisierungen festzulegen (curafutura & FMH, 2022).

Regelleistungsvolumina

Sowohl in Deutschland als auch in Dänemark gibt es für niedergelassene Ärzt*innen ein festgelegtes Regelleistungsvolumen, das ihr Honorar begrenzt. In Dänemark unterliegt jedoch ausschließlich die Tätigkeit von Fachärzt*innen dieser Beschränkung. Überschreiten Fachärzt*innen dieses Volumen, werden ihre Einnahmen um 40 Prozent gekürzt. Durch diese Maßnahme soll sichergestellt werden, dass die Qualität der medizinischen Versorgung auch bei hoher Patient*innenzahl gewährleistet bleibt. Die Annahme ist, dass eine Überlastung von Ärzt*innen zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität führt. Das

Regelleistungsvolumen wirkt somit als finanzieller Anreiz für Fachärzt*innen, eine hohe Versorgungsqualität zu bieten (Birk et al., 2024; Interview DK_I1). Die Logik hinter der dänischen Regelung ist im Lichte eines strengen Gatekeepings besser zu verstehen: Der Primärversorgungsbereich ist die primäre Anlaufstelle. Die Grenze für ein mögliches Regelleistungsvolumen für Österreich festzulegen, stellt eine Herausforderung dar, um eine Unter-/Fehlversorgung zu vermeiden.

Pauschalen

Die verstärkte Einführung von Pauschalen in vielen Ländern zielt darauf ab, die Gesundheitskosten zu senken. Durch Pauschalen sinkt der Verwaltungsaufwand für Krankenkassen und Ärzt*innen haben weniger Anreize, unnötige Behandlungen durchzuführen. Beispielsweise wurden in der Schweiz, um Pauschalen zu erstellen, zunächst alle ambulanten Behandlungsfälle nach medizinischen Kriterien wie Alter, Diagnose und Therapie in Gruppen eingeteilt. Diese Gruppen dienen dann als Grundlage für die Berechnung der Pauschalen. Regelmäßige Überprüfungen und Anpassungen stellen auch sicher, dass die Pauschalen stets aktuell und zutreffend sind (Organisation ambulante Arzttarife, 2024a).

Bei der Einführung einer neuen Pauschale muss festgelegt werden, welche Leistungen in der Pauschale enthalten sind und welche nicht. Es ist wichtig sicherzustellen, dass alle Leistungen, die in der Pauschale enthalten sein sollen, auch in bedarfsgemäßer Häufigkeit erbracht werden. Wenn Leistungen regelmäßig nicht erbracht werden, erhalten Leistungserbringer sonst eine Überzahlung und die Versorgungsqualität leidet. Im Rahmen der Pauschalzahlung ist auch die Datenqualität sicherzustellen, da im Gegensatz zur Einzelleistungsvergütung ein Bündel an Leistungen ohne Angabe der genauen Leistung verrechnet wird. ■

Zusammenfassung

Die derzeitige Fragmentierung der Honorarkataloge im österreichischen vertragsärztlichen Bereich erschwert eine optimale Versorgungsgestaltung. Aktuell basiert die Tarifgestaltung nicht auf allgemein gültigen und transparenten Kriterien. Darüber hinaus führt die geteilte Verantwortung der Zielsteuerungspartner zu einer verstärkt sektoralen Betrachtung des Gesundheitssystems, insbesondere hinsichtlich des intra- und extramuralen Bereichs. Da jeder Partner seine eigenen Zuständigkeiten, Finanzierungsmodelle und oft auch eigene Interessen verfolgt, werden beispielsweise Effizienzgewinne durch optimale Patient*innenpfade, bessere Kommunikation oder integrierte Versorgung verhindert.

Internationale Erfahrungen können für die Entwicklung eines einheitlichen Honorarkatalogs genutzt werden. In Vergleichsländern gewinnen Pauschalen an Bedeutung, da sie Anreize für eine effiziente Versorgung schaffen und die Verwaltung vereinfachen. Jedoch erfordert dieser Ansatz umfangreichere Daten (z.B. Diagnosecodierung), welche im Moment in Österreich (noch) nicht zur Verfügung stehen. Zudem können Instrumente zur Steuerung der Versorgungsqualität und Kostenkontrolle, wie das Regelleistungsvolumen in Dänemark, als Vorbild dienen.

Literaturverzeichnis

- an der Heiden, I., & IGES. (2019). Internationaler Vergleich ambulanter Vergütung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_IGES_-_internat_oek_Vergleich_bf.pdf (abgerufen am 30.07.2024).
- ats-tms AG. (2021). Dignitätskonzept TARDOC. https://tardoc.fmh.ch/files/pdf30/8_dignitaetskonzept_20211220_27_.pdf (abgerufen am 09.10.2024).
- Birk, H. O., Vrangbæk, K., Rudkjøbing, A., Krasnik, A., Eriksen, A., Richardson, E., & Jervelund, S. S. (2024). Denmark: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 26(1), 1–186.
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., Busse, R., & others. (2020). Germany: Health system review.
- Brunn, M., & Hassenteufel, P. (2018). Frankreich: Gesundheitspolitik weiter „en marche“? *Gesundheits-Und Sozialpolitik*, 72(3), 7–12.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2023). TARMED. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/aerztliche-leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html> (abgerufen am 17.06.2024).
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2024). Ambulanter Arzttarif: Funktionsweise und Hauptakteure. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/aerztliche-leistungen/tardoc/faktenblatt-ambulanter-arztariffunktionsweise-hauptakteure.pdf.download.pdf/Faktenblatt_1_Tardoc_ambulante%20Pauschalen_Acteurs_et_leur_role_DE.pdf (abgerufen am 15.07.2024).
- Bundesministerium für Gesundheit. (2016). Einheitlicher Bewertungsmaßstab — EBM. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/einheitlicher-bewertungsmaassstab-ebm> (abgerufen am 16.06.2024).
- curafutura, & FMH. (2022). Kostenneutrale Überführung des TARMED in TARDOC V1.3 (KN-Konzept). https://curafutura.ch/app/uploads/220307_Faktenblatt_TARDOC_Kostenneutralita%CC%88t_DE-1.pdf (abgerufen am 27.11.2024).
- Czypionka, T., Hobodites, F., & Riedel, M. (2022). Verbesserung des Nahtstellenmanagements am Beispiel von Diabetes.
- Czypionka, T., Kraus, M., & Kronemann, F. (2015). Bezahlungssysteme in der Primärversorgung.
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., Quentin, W., Organization, W. H., & others. (2015). Switzerland: Health system review.
- Der Bundesrat – Das Portal der Schweizer Regierung. (2024). Ambulante Arzttarife: TARDOC und erste Pauschalen ersetzen TARMED ab 2026. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-101498.html> (abgerufen am 27.06.2024).
- Direction de l'information légale et administrative. (2024). Quels sont les tarifs d'un médecin (conventionné ou non) ? <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17042> (abgerufen am 06.08.2024).
- Felder, S. (2021). Pauschalen in der ambulanten Vergütung. <https://dialog.css.ch/pauschalen-in-der-ambulanten-verguetung/> (abgerufen am 11.11.2024).
- FMH. (2024a). Die wichtigsten Änderungen in Kürze. <https://tardoc.fmh.ch/tardoc/tarifstruktur/aenderungen.cfm#163035> (abgerufen am 22.7.2024).
- FMH. (2024b). Kostenmodelle. <https://tardoc.fmh.ch/tardoc/tarifstruktur/kostenmodelle.cfm#163173> (abgerufen am 03.09.2024).
- GKV Spitzenverband. (2023). Fokus: Vergütung ärztlicher Leistungen. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/verguetung_aerztlicher_leistungen/s_thema_aerzteverguetung.jsp (abgerufen am 26.06.2024).
- Institut des Bewertungsausschusses. (2024). Bewertungsausschuss Ärzte. <https://institut-ba.de/ba.html> (abgerufen am 23.07.2024).
- Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale – ISNAR-IMG. (2017). Comprendre les secteurs de conventionnement et les enjeux des négociations. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/guide-isnar-img-secteur-2-23-01-2017.pdf> (abgerufen am 06.08.2024).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023). Praxismeldungen: Knapp vier Prozent mehr für die ambulante Versorgung in 2024 – Finanzierungsverhandlungen beendet. https://www.kbv.de/html/1150_65357.php (abgerufen am 14.06.2024).
- Kingsada, A. (2024). Can financial incentives improve access to care? Evidence from a French experiment on specialist physicians. *Social Science & Medicine*, 117018.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., van Ginneken, E., Organization, W. H., & others. (2016). Netherlands: Health system review.
- Luc Lenoir. (2018). Ces médecins en «secteur 3», affranchis de la Sécurité (Le Figaro, Ed.). <https://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/2018/05/26/29001-20180526ARTFIG00022-ces-medecins-en-secteur-3-affranchis-de-la-secu.php> (abgerufen am 06.08.2024).
- Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2024). PEPS 2—Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville mise à jour 02.08.24. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville> (abgerufen am 13.08.2024).
- Neubauer, G., Minartz, C., & Wild, F. (2021). Ambulant-ärztliche Versorgung – Ein Blick ins westeuropäische Ausland. WIP-Analyse.
- NewIndex AG. (2024). Kantonale Taxpunktwerter. <https://www.newindex.ch/wp-content/uploads/2023/12/TPW-DE-2024-2013.pdf> (abgerufen am 08.10.2024).
- Or, Z., Gandré, C., Seppänen, A.-V., Hernández-Quevedo, C., Webb, E., Michel, M., Chevreul, K., & others. (2023). France: Health system review. *World Health Organization. Regional Office for Europe*.
- Organisation ambulante Arzttarife. (2024a). FAQ. <https://oaat-otma.ch/informationen/faq> (abgerufen am 16.07.2024).
- Organisation ambulante Arzttarife. (2024b). TARDOC: Der Tarif in Kürze. <https://oaat-otma.ch/tardoc/der-tarif-in-kuerze> (abgerufen am 28.06.2024).
- Riedel, M. (2018). Festlegung von Kassentarifen Jahresthema 2016; Endbericht.
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020). International profiles of health care systems Netherlands. *The Commonwealth Fund*, 12.
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020). International Health Care System Profiles Denmark (The Commonwealth Fund, Ed.). <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark> (abgerufen am 26.08.2024).
- Wissenschaftliche Kommission für ein moderneres Vergütungssystem. (2019). Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission_KOMV_-_Dezember_2019.pdf (abgerufen am 18.07.2024).
- Zorginstituut Nederland. (2024). Over de NZa. <https://www.nza.nl/over-de-nza> (abgerufen am 26.06.2024).