

Mag. Katharina Wieser

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut
für Gesundheitssystem-Forschung LIG**

Systeme zur Festlegung von Ärztehonoraren – administrative Preisbildung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text entweder die männliche oder die weibliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gemeint sind.

1. Preisbildung im Gesundheitswesen	72
2. England	76
3. Niederlande	79
4. Irland	82
Literaturverzeichnis	84

Die Festlegung von Honoraren für Ärzte in der öffentlichen Gesundheitsversorgung gestaltet sich auf vielfältige Weise. Zahlreiche Gründe sprechen gegen die Regulation über den freien Markt. In vielen Ländern finden daher Verhandlungen zwischen öffentlichen Organisationen (z.B. Sozialversicherung) und den Leistungsanbietern statt. In diesem Beitrag soll auf drei europäische Länder eingegangen werden, in denen Honorare für Ärzte administrativ von staatlichen Organisationen festgesetzt werden.

1. Preisbildung im Gesundheitswesen¹

Das Gesundheitswesen ist ein besonderer Markt, der in den meisten Staaten aus vielerlei Gründen nicht über den Preismechanismus koordiniert wird. Medizinische Leistungen (z.B. Blinddarm-Operationen) werden nicht eingekauft wie gewöhnliche Güter. Die Anbieter von medizinischen Leistungen (z.B. Ärzte) werden in vielen Ländern (z.B. Großbritannien, Italien) vom Staat angestellt und vollständig aus Steuermitteln bezahlt. Oder es sind alle Bürger dazu verpflichtet, Mitglied in einer (manchmal nicht wählbaren) Krankenversicherung zu sein (z.B. Deutschland, Österreich). In vielen Ländern sind daher medizinische Leistungskataloge gesetzlich vorgeschrieben und die Preise durch eine staatlich verordnete Gebührenordnung reguliert. Somit sind in den meisten Gesundheitssystemen die Anbieter und Nachfrager weder die souveränen Entscheider darüber, welche Leistungen angeboten und nachgefragt werden, noch sehen sie sich mit den vollen finanziellen Konsequenzen konfrontiert. Die einzelwirtschaftlichen Pläne werden daher nicht durch den Preismechanismus koordiniert. Die wichtigsten Gründe für diese Eingriffe in die unsichtbare Hand des Marktes im Gesundheitswesen sind Marktversagen und bestimmte Vorstellungen von Gerechtigkeit.

1.1. Marktversagen

Unter Marktversagen versteht man eine Situation, in der die Koordination über den Markt zu keiner effizienten Verteilung von Gütern bzw. Dienstleistungen führt. Es kann aus unterschiedlichen Ursachen zu Marktversagen kommen: Ein Grund für die staatliche Bereitstellung von Gesundheitsleistungen sind sogenannte positive externe Effekte, also die Tatsache, dass durch die Konsumption eines Gesundheitsgutes (z.B. einer Impfung) andere Personen mitprofitieren. Wenn sich jemand impfen lässt, sinkt auch für alle nicht geimpften Personen die Gefahr, sich selbst zu infizieren. Zusätzlich handelt es sich bei Gesundheitsleistungen auch noch um Kollektivgüter: Das bedeutet, dass sich der Nutzen einer Person nicht reduziert, wenn auch eine andere Person das Gut konsumiert. Im Falle der Impfung: Von der verminderten Ansteckungsgefahr können mehrere Personen profitieren, ohne dabei den Nutzen für die anderen Personen zu reduzieren. Da viele Personen von der Impfung profitieren, wäre es nur logisch, dass diese die Kosten der

¹ Breyer, Zweifel, Kifmann (2004)

Impfung mittragen. Allerdings kann schwerlich festgestellt werden, wer genau profitiert (Kollektivgut). Insofern scheint es angeraten, die Kosten von Impfungen staatlich zu finanzieren. Darüber hinaus lässt sich so die Durchimpfungsrate steigern. Dasselbe Prinzip gilt im Gesundheitswesen nicht nur für physische Auswirkungen, sondern auch für psychische Faktoren. So empfinden es viele Menschen als unangenehm, wenn andere Personen leiden oder sogar sterben, weil sie sich keine ausreichende Gesundheitsversorgung leisten können. Sie profitieren also davon, wenn arme Personen eine Behandlung bekommen, weil sie sich dann selber besser fühlen. Und auch die reine Vorhaltung von medizinischen Kapazitäten stellt ein Kollektivgut dar, von dem alle profitieren. Insofern könnte auch das eine Argumentation sein, alle Bürger zur Mitfinanzierung des Gesundheitssystems zu verpflichten.

Vor allem stellt der Zustand der Krankheit aber eine außergewöhnliche Situation dar, die es dem Individuum oft nicht (z.B. Bewusstlosigkeit) oder nur eingeschränkt (z.B. bei lebensbedrohenden Krankheiten) ermöglicht, eine rationale Konsumentenentscheidung zu treffen. Der souveräne Konsument, der in der Ökonomie eine Voraussetzung für eine effiziente Güterverteilung ist, ist daher im Gesundheitswesen in vielen Fällen nicht gegeben. Hinzu kommen eine fehlende Transparenz bei Qualität und Preis von Gesundheitsdienstleistungen (auch aufgrund dessen, weil Entscheidungen oft sehr rasch getroffen werden müssen) und unzureichende medizinische Kenntnisse der Patienten. Da es dem Konsumenten nicht oder nur schwer möglich ist, die Qualität der medizinischen Leistung im Vorhinein zu beurteilen, werden meist von staatlicher Seite Mindeststandards festgelegt, etwa durch die gesetzliche Festschreibung von Zulassungsverfahren zum Arztberuf und anderen Heilberufen, oder der Produkthaftung auf ärztliche Leistungen (Kunstfehler).

Ein weiterer Punkt ist, die Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse: Diese Theorie geht davon aus, dass junge gesunde Menschen heute einen zu geringen Betrag für spätere Gesundheitsausgaben zurücklegen (sparen) bzw. keinen oder einen zu geringen Versicherungsschutz abschließen würden und sie damit Gefahr laufen, im Alter in eine medizinische Unterversorgung zu schlitern. Damit scheint es gerechtfertigt, dass der Staat als Souverän ein bestimmtes Mindestmaß der Absicherung für den Krankheitsfall vorschreibt und damit das Wohlergehen der Bevölkerung fördert.

1.2. Gerechtigkeitsvorstellungen

Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist ein essentielles Gut, das nach den Gerechtigkeitsvorstellungen unserer Kultur jedem Menschen zusteht. Deshalb sollten unterschiedliche Zahlungsfähigkeiten keine Rolle für den Zugang zu Gesundheitsleistungen spielen. Da jeder Mensch mit unterschiedlichen Fähigkeiten geboren wird und im Laufe seiner Lebensbiographie verschiedenen Chancen und Hindernissen begegnet, scheint es ungerecht zu sein, dass daraus resultierende inhomogene Einkommensverhältnisse Auswirkungen auf die Möglichkeit zum Einkauf von Gesundheitsleistungen haben. Zumindest eine Basisversorgung² sollte jedem ermöglicht werden. Um dies zu gewährleisten, werden etwa je nach Leistungsfähigkeit verschieden hohe Beiträge zum Gesundheitssystem von den Individuen eingehoben oder Beiträge zu Krankenversicherungen mit Zuschüssen unterstützt.

Zudem würde eine freie Preisbildung am Krankenversicherungsmarkt dazu führen, dass Personen mit höherem Gesundheitsrisiko (z.B. durch eine angeborene Krankheit oder Behinderung) auch höhere Versicherungsprämien zahlen müssten. Auch dies wird als ungerecht empfunden. Angeborene Unterschiede beim individuellen Gesundheitsrisiko sollen keine finanzielle Schlechterstellung nach sich ziehen. In vielen Ländern gibt es daher ein gesetzliches Verbot der Risikoselektion für Krankenversicherungen (dürfen niemanden ablehnen) und einen darauf folgenden Risikostrukturausgleich, um eventuelle Schlechterstellungen einzelner Versicherungen zu glätten. Beachtet muss dabei aber werden, dass nicht alle Ursachen für ein höheres Gesundheitsrisiko ohne Zutun der Person entstehen (z.B. Rauchen, Übergewicht) und eine völlige Risikoumverteilung daher womöglich zu einem risikoaffineren Verhalten führen kann, das die Versicherungsgemeinschaft kollektiv tragen muss. Um diesen Effekt zu schwächen, gibt es etwa die Möglichkeit für Versicherer, Gesundheitsbewusstes Verhalten zu belohnen.

² Was von den Basisleistungen umfasst wird und was nicht mehr, muss ebenfalls definiert werden und kann sehr unterschiedlich ausfallen.

1.3. Honorarfestlegungsverfahren

Bei den Ärzten muss das Gehalt oder das (von den Krankenkassen) bezahlte Honorar immer wieder neu festgelegt werden, sofern sich der Preis nicht über den Markt (Angebot und Nachfrage) reguliert. Dieser Prozess gestaltet sich je nach Land unterschiedlich. Im Wesentlichen gibt es jedoch zwei verschiedene Modelle³:

- Verhandlungen zwischen Finanzierungsträgern (z.B. Krankenhäuser, Krankenkassen) und Leistungserbringern bzw. deren legitimierte Vertretern.
- Administrative Preisbildungen, etwa durch staatliche Behörden. In einigen Ländern werden hierfür objektivierte Verfahren angewendet, in deren Zuge versucht wird, eine Erhöhung durch eine unabhängige Stelle und ein transparentes, faires System zu errechnen. Es sollen gleichzeitig eine adäquate Entlohnung der Ärzte und die zur Verfügung stehenden Mittel Beachtung finden.

Außerdem unterscheidet man zwischen verschiedenen Honorierungsverfahren⁴:

- Einstufiges Honorierungsverfahren: Die Krankenkasse oder der Patient bezahlt den Arzt direkt.
- Zweistufiges Honorierungsverfahren: Die Krankenkasse zahlt an eine Zwischenstelle (z.B. in Deutschland an die Kassenärztliche Bundesvereinigung) und diese verteilt dann das Gesamthonorar an die Ärzte.
- Gemischt zweistufiges Honorierungsverfahren: Prinzipiell wie beim zweistufigen Honorierungsverfahren, nur dass die Berechnung der Gesamthonorarsumme auf der ersten Stufe anders verläuft als die Berechnung der Einzelhonorare der Ärzte auf der zweiten Stufe.

Im Folgenden werden drei europäische Länder (England, Niederlande und Irland) vorgestellt, in denen die Preisbildung auf administrative Weise durch staatliche Behörden erfolgt.

3 Schulenburg (2007)

4 Rathmayr (2000)

2. England

Als Idealtypus eines Beveridge-Systems findet man in Großbritannien viele Elemente einer zentralen Finanzplanung und Leistungserstellung. Seit einiger Zeit befindet sich jedoch auch dieses System im Übergang zu einem System regulierter Versorgungsmärkte. Das heißt, dass einerseits die Wettbewerbsfunktion von Märkten stärker genutzt wird und diese andererseits durch quasi-staatliche Behörden reguliert werden.⁵

2.1. Doctors' and Dentists' Review Body

Die jährliche Anpassung der Löhne und Honorare aller im NHS tätigen Ärzte und Zahnärzte wird vom Doctors' and Dentists' Review Body (DDRB)⁶ vorgeschlagen. Es handelt sich dabei um eine unabhängige Organisation, die vom Gesundheitsministerium finanziert wird. Die jährlich erscheinende Empfehlung enthält dabei jegliche Argumentationen der Ärzteseite, der öffentlichen Hand und auch neutrale Daten und Analysen. Die Organisation bezieht folgende Punkte in ihre Empfehlung mit ein:

- den Bedarf: Notwendigkeit neue Ärzte anzustellen und bestehende zu halten und zu motivieren,
- regionale und lokale Unterschiede im Arbeitsmarkt und deren Effekte auf das Arbeitskräftepotential bei den Ärzten,
- das verfügbare Budget der Gesundheitsministerien,
- das Inflationsziel der Regierung,
- den Grundsatz des NHS, dass der Patient an erster Stelle steht, und die Mechanismen, mit denen dieses Ziel erreicht werden kann,
- alle Argumente, die von der Regierung und den Ärzten sowie professionellen Vertretern und Anderen eingebracht werden,
- die gesetzlichen Verpflichtungen des NHS, inklusive des Anti-Diskriminierungsgesetzes.

5 Bundeszentrale für politische Bildung

6 Doctors' and Dentists' Review Body

Die Regierung ist jedoch nicht dazu verpflichtet, die vom DDRB abgegebenen Empfehlungen auch umzusetzen. Tatsächlich kam es bereits häufig zu einer Lohnerhöhung unter dem vom DDRB festgelegten Satz. 2017 beklagte Mark Foster, Vorstand der British Medical Association BMA, der Ärztevereinigung im Vereinigten Königreich, dass es trotz der vom DDRB vorgeschlagenen Lohn- bzw. Honorarerhöhungen zu einem realen Absinken der Löhne gekommen sei. Und das zu einem Zeitpunkt, wo die Ärzte mehr arbeiten als je zuvor. Bei Jungärzten betrage diese reale Lohnkürzung in den letzten fünf Jahren 17 Prozent und bei Hausärzten 13 Prozent.⁷

2.2. Clinical Commission Groups – CCGs

Im Zuge des Health and Social Care Acts 2012 kam es zur Gründung der Clinical Commission Groups, die 2013 die Primary Care Trusts ablösten. Es handelt sich dabei um klinisch geleitete Organe des NHS, die sich um die regionale Angebotsplanung und -deckung kümmern. Um diese Aufgabe zu erfüllen, vergeben die CCGs Verträge an Leistungsanbieter und kaufen so Gesundheitsleistungen für ihre Region ein. Derzeit gibt es 207 CCGs in England. Die CCGs arbeiten eng mit dem NHS zusammen. Die Mitglieder der CCGs sind die lokalen GP-Praxen. Gesteuert werden sie von gewählten GPs, anderen medizinischen Berufen (z.B. Krankenschwester, Facharzt) und Laien. Sie sind für die Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung der Region zuständig (inkl. psychischer Gesundheitsversorgung, Notfallversorgung, ausgewählter Krankenhausleistungen und kommunaler Pflege) und tragen in etwa für zwei Drittel des gesamten NHS-Budgets in England Verantwortung. Der Sinn der CCGs liegt in der Anpassbarkeit der Gesundheitsversorgung an regionale Bedürfnisse. Die Anbieter von Gesundheitsleistungen stehen in Konkurrenz um die Verträge mit den Clinical Commission Groups.⁸

2.3. Abgeltung von Hausärzten

Der Vertrag für die Honorierung von Allgemeinmedizinpraxen (General Medical Services Contract) besteht seit 2003 und wird zwischen dem General Practitioners Committee (GPC), einem Teil der British Medical Association, und dem NHS Employers ausverhandelt. Der Vertrag regelt⁹

7 BMJ Careers

8 NHS <https://www.nhscc.org/ccgs/>

9 NHS Employers

- die globale Summe, die die Kosten der Praxisführung inklusive aller essentiellen und einigen zusätzlichen allgemeinmedizinischen Leistungen für die registrierten Patienten abdeckt. Diese wird nach der Carr-Hill-Formel berechnet, die eine gewichtete Kopfpauschale darstellt. Einbezogen werden Geschlecht und Alter der Patienten, die Anzahl neuer Patienten, das Morbiditätsprofil der Bevölkerung, der ländliche Charakter einer Gegend und Faktoren der Marktkräfte. Es gibt jedoch eine Minimum Practice Income Guarantee, die bei Unterschreitung einer gewissen Mindestpauschale zu Ausgleichszahlungen führt. Diese Garantie soll jedoch in den nächsten Jahren auslaufen.
- Zusatzleistungen, die Praxen anbieten können und dies normalerweise auch tun (z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern, Mutterschaftsleistungen, Kleine Chirurgie, Verhütungsmaßnahmen).
- das Quality and Outcome Framework (QOF), das evidenzbasierte Qualitätsindikatoren festlegt (z.B. Anteil der Patienten mit koronaren Herzbeschwerden mit gemessenem Blutdruck unter 150/90 mmHg). Die Erfüllung dieser Indikatoren wird bepunktet und dann auch mit einem Geldwert belohnt. Das Regelwerk wird jährlich überarbeitet und vom NHS Employers veröffentlicht. Es lässt sich in die vier Bereiche klinische Leistungen, Praxisorganisation, Patientenerfahrung und zusätzliche Leistungen einteilen. Besondere Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen Diabetes, koronare Herzkrankheiten und Bluthochdruck. Die Summe des QOF macht bis zu einem Drittel des gesamten Praxis-einkommens aus.¹⁰
- erweiterte Leistungen (Enhanced services), die ebenfalls von Praxen angeboten werden dürfen. Erweiterte Leistungen können landesweit oder lokal anerkannt werden, um die Bedürfnisse der Bevölkerung abzudecken.

Die Abgeltung einer Praxis kann daher aus diesen vier Finanzierungsquellen kommen. Der Vertrag wird immer mit einer Praxis abgeschlossen, nie mit einem Mediziner. Zudem ist eine zunehmende Zahl von Ärzten angestellt und nicht selbstständig tätig.¹¹

10 Czyponka, et al. (2001)

11 Cylus et al. (2015)

2.4. Abgeltung von Fachärzten

In Großbritannien arbeiten fast alle Fachärzte in Krankenhäusern. Ein Netz niedergelassener Fachärzte, wie in Österreich, gibt es nicht. Die Gehälter der angestellten Fachärzte werden jedoch ebenfalls zentral festgelegt.

3. Niederlande

Die Regulierung des niederländischen Gesundheitsmarktes besteht derzeit aus einer Mischung von staatlichen Vorgaben, korporatistischen Elementen und marktbezogenen Steuerungsmechanismen. Der Trend geht allerdings klar in Richtung Liberalisierung und Markt. Besonders die Bedarfsplanung ist jedoch nach wie vor stark staatlich über das Gesundheitsministerium (z.B. Genehmigung von Krankenhäusern) reglementiert.¹²

3.1. Dutch Healthcare Authority

Bei der Dutch Healthcare Authority¹³ (Niederlandse Zorgautoriteit, NZA) handelt es sich um eine autonome administrative Autorität, die zum Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport gehört. Die Pflichten und Aufgaben wurden im Healthcare Market Regulation Act festgehalten. Die NZA beschäftigt über 400 Mitarbeiter und ist für die Wahrung der Interessen der niederländischen Bürger, mit Blick auf Verfügbarkeit, Leistbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung, zuständig. In diesem Sinne erstellt die NZA Regeln, reguliert Gesundheitsdienstleister und Krankenversicherungen und erstellt Empfehlungen für das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport. Das von der NZA erstellte Regelwerk soll ein positives Marktverhalten der Akteure nach sich ziehen und gleichzeitig den Preiswettbewerb fördern. Die NZA überwacht außerdem die Einhaltung der Regelungen durch die Versicherer und Leistungsanbieter. Vor allem im Bereich der Versorgung durch Hausärzte (GPs) und Zahnärzte sowie bei der Behandlung von Menschen mit Behinderung legt die Niederlandse Zorgautoriteit fest, welche Leistungen an die Patienten verrechnet werden können und wie viel diese maxi-

¹² Bundeszentrale für politische Bildung

¹³ The Dutch Healthcare Authority

mal kosten dürfen. Viele Tarife und Leistungsbeschreibungen werden also zentral bestimmt. Die überwiegende Mehrheit der Leistungsbeschreibungen und Preise werden allerdings mittlerweile direkt zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern verhandelt.

Auch der niederländische Ärzterverband (Nederlandse Vereniging van Artsen – VvAA), der sich in einen Hausärzte- und einen Fachärzterverband unterteilt, spielt bei der Regulierung des Versorgungssystems eine wichtige Rolle. Zwar bietet das Gesundheitswesen den Versicherungen und Leistungserbringern viel Raum für Verhandlungen, jedoch existiert auch immer mehr die Möglichkeit zum Abschluss selektiver Verträge, die die Rolle korporatistischer Verhandlungssysteme zurückdrängt. Es werden vermehrt Verträge direkt zwischen Versicherungen und einzelnen Leistungsanbietern abgeschlossen. Eine weitere wichtige gestaltende Organisation stellt der nationale Patientenverband (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie – NPCF¹⁴) dar, der neben Staat, Krankenversicherungen und Leistungserbringern als vierte Kraft in gesundheitspolitischen Regulierungsgremien vertreten ist.¹⁵

3.2. Abgeltung von Hausärzten

Im Jahre 2015 wurde in den Niederlanden ein neues Finanzierungssystem für Allgemeinmedizinische Praxen eingeführt. Seither besteht das Finanzierungsmodell aus drei Segmenten¹⁶:

Segment 1 beinhaltet alle Basisleistungen, für die der Arzt die erste Ansprechperson ist und für die er als Gatekeeper in die zweite Versorgungsebene fungiert. Dieses Segment setzt sich wiederum aus drei Teilen zusammen:

- eine Kopfpauschale pro registriertem Patienten, die z.B. nach Alter der Patienten gewichtet wird,
- eine Zahlung pro Inanspruchnahme (auch für telefonische Konsultationen und Visiten) und
- Provisionen für verschiedene andere Leistungen (z.B. mental health care, Krankenschwesterleistungen).

14 Zusammenschluss von ca. 300 Patienten- und Verbraucherorganisationen

15 Bundeszentrale für politische Bildung

16 Wammes et al. (2014); Madelon et al. (2016)

Für Leistungen aus diesem Segment werden landesweit, wie oben beschrieben, vom Dutch Health Care Authority (Niederlandse Zorgautoriteit) Maximalpreise festgelegt.

Segment 2 besteht aus multidisziplinären Programmen für Diabetes Typ 2, Herzkrankheiten, Asthma und COPD und soll die integrierte Versorgung fördern. In Versorgungsstandards ist festgelegt, was zu einer adäquaten Versorgung dieser vier Krankheitsbilder gehört. Versorgungsgruppen, die aus 4 bis 150 GPs bestehen, kümmern sich um die Organisation der notwendigen Versorgung dieser Krankheiten, koordinieren die Versorgung der Patienten und entlohnen andere in die Versorgung involvierte Leistungsanbieter. Die Preise für Leistungen aus diesem Segment müssen von den Ärzten mit den Versicherungen ausverhandelt werden und werden als gebündelte Leistungen als Fixtarif pro Patient ausbezahlt. Es müssen daher Verträge mit Versicherungen bestehen, um solche Leistungen abrechnen zu können. 80 Prozent der GP-Praxen schlossen sich jedoch 2014 einer Versorgungsgruppe an. Für Patienten besteht keine Verpflichtung, sich in einer Versorgungsgruppe eintragen zu lassen.

Segment 3 lässt Ärzten und Versicherungen Raum, um sowohl Volumen als auch Preis für weitere Leistungen aus den Bereichen „pay for performance“ und Innovation auszuverhandeln. Beispiele hierfür wären Leistungsdaten aus den Bereichen Erreichbarkeit der Praxis und Effizienz bei der Verschreibung von Medikamenten oder bei Überweisungen.

Die Einnahmen aus dem ersten Segment sollten ungefähr 77 Prozent des gesamten Praxisumsatzes ausmachen. Zwischen Gesundheitsministerium und Vereinigungen von Patienten, Versicherern und Ärzten wurde für die Segmente 1 und 2 ein jährliches Ausgabenwachstum von 1,5 Prozent und für das Segment 3 von 1 Prozent zur Leistungsverchiebung in die Primärversorgung vereinbart.

3.3. Abgeltung von Fachärzten

Auch in den Niederlanden arbeiten fast alle Fachärzte in einem Krankenhaus, entweder als Selbstständige in einer im Krankenhaus angesiedelten Gruppenpraxis oder als Angestellte des Krankenhauses. Honorare für selbstständige Fachärzte in solchen Gruppenpraxen wurden bis 2015 ebenfalls national festgelegt, können aber seither mit dem Krankenhaus frei verhandelt werden. Das Gesundheitsministerium hoffte, dass in Folge dieser Änderung viele Fachärzte eine Anstellung im Krankenhaus eingehen würden, jedoch wählte nur ein sehr kleiner Teil der Spezialisten diese Option. Nur ein kleiner Teil der Fachärzte arbeitet außerhalb

des Krankenhauses, zum Beispiel in sogenannten Ambulatory Surgery Centern. In diesen Zentren werden Fachärzte leistungsorientiert bezahlt (fee-for-service) und das Honorar wird mit den Versicherungen ausverhandelt. Die Patienten können prinzipiell mit einer Überweisung zu jedem Facharzt gehen, allerdings ist es den Versicherungen freigestellt, nur für Behandlungen der bei ihnen unter Vertrag stehenden Fachärzte aufzukommen. Die Rückerstattung für Leistungen bei Nicht-Vertragsärzten kann je nach Versicherungsvertrag bis zu null Prozent ausmachen.¹⁷

4. Irland

Oberste Verantwortung für das Gesundheitswesen trägt die Regierung unter der Führung des Gesundheitsministeriums. Der Minister ist für die strategische Ausrichtung und die grundsätzliche Organisation von Gesundheitsleistungen inklusive gesetzlicher Regelungen zuständig.¹⁸

4.1. Health Service Executive

Seit dem Jahr 2005 ist die Health Service Executive (HSE) in Irland für das operative und finanzielle Management des gesamten Gesundheitswesens zuständig. Dafür wird jedes Jahr ein umfassender Plan für die Gesundheitsdienstleistungen verfasst, der vom Ministerium für Gesundheit und Kinder (Ministry of Health and Children, MoHC) nur noch genehmigt werden muss. In diesem Schriftstück wird unter anderem festgehalten, wie das Budget auf Krankenhäuser, die Primärvorsorgung und andere Leistungen aufgeteilt wird, und es beinhaltet auch eine Obergrenze für Beschäftigungszahlen innerhalb des Gesundheitswesens. Grundsätzlich orientiert sich die HSE dabei an der Gesundheitsstrategie, die vom MoHC formuliert wird.¹⁹

Grundsätzlich wird das Budget für das Gesundheitswesen in Irland nur zu einem kleinen Teil auf Basis von ressourcenbezogenen Formeln festgelegt, sondern es wird vielmehr versucht, zukünftige Ausgaben zu schätzen. Dafür werden etwa die

17 Wammes et al (2014)

18 McDaid et al (2009)

19 McDaid et al (2009)

Vorjahresausgaben, Lohnabschlüsse, demographische Veränderungen, Entgelte für die Erreichung von Qualitätszielen, die Inflation und erwartete Gebührenerträge durch Patienten herangezogen. Aus diesem Budget ergeben sich die Zahlungen an die Spitäler und die Kopfpauschalen für die Primärversorgung.²⁰

4.2. Abgeltung von Hausärzten

Die meisten Hausärzte arbeiten selbstständig in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Die überwiegende Mehrheit behandelt sowohl öffentlich Versicherte als auch private Patienten, nur wenige arbeiten ausschließlich in einem der beiden Sektoren. Patienten, die über eine Medical Card oder eine GP Visit Card verfügen, müssen sich bei einem General Practitioner registrieren lassen. Ärzte, die für den öffentlichen Gesundheitsservice tätig sind, gehen einen individuellen Vertrag mit dem National Shared Service PCRS (Primary Care Reimbursement Service) ein, das Teil der HSE (Health Service Executive) ist. Prinzipiell setzen sich die Rückerstattungen für GPs aus einer gewichteten Kopfpauschale und den Gebühren für spezielle Services (z.B. Visiten) zusammen. Die Kopfpauschale orientiert sich hauptsächlich am Alter der Person und der Entfernung zur Praxis.²¹ Der PCRS ist für die operative Abwicklung der Berechnung und Auszahlung an die Vertragspartner verantwortlich und erstellt jährliche Statistiken.²²

4.3. Abgeltung von Fachärzten

Fachärzte in öffentlichen Spitälern sind angestellt und arbeiten unter dem „Common Contract for Medical Consultants“. Im privaten Sektor arbeiten Fachärzte auf einer „Fee-for-service“-Basis. Die meisten angestellten Fachärzte im öffentlichen Sektor behandeln auch Privatpatienten und werden für diese ebenfalls leistungsbezogen entlohnt.²³

20 McDaid et al (2009)

21 Health Service Executive (HSE) – Primary Care Reimbursement Service (PCRS); McDaid et al (2009)

22 Citizens Information

23 McDaid et al (2009)

Literaturverzeichnis

- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (2004): Gesundheitsökonomik. Springer Verlag. Berlin Heidelberg.
- Cylus, Jonathan; Richardson, Erica; Findley, Lisa; Longley, Marcus; O'Neill, Ciaran; Steel, David (2015): United Kingdom: Health System Review. Health System in Transition Vol. 17 No. 5 2015. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Czypionka, Thomas; Riedel, Monika; Obradovits, Martin; Sigl, Clemens; Leutgeb, Johannes (2011): Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich. Health System Watch III/Herbst 2011. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Kronemann, Madelon; Boerma, Wienke; van den Berg, Michael; Groenewegen, Peter; de Jong, Judit; van Ginneken, Ewout (2016): The Netherlands: Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 18 No. 2. WHO, Copenhagen.
- McDaid, David; Wiley, Miriam; Maresso, Anna; Mossialos, Elias (2009): Ireland: Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 11 No. 4. WHO, Copenhagen.
- Rathmayr, Doris (2000): Anreizwirkungen unterschiedlicher Arzt-Honorierungssysteme. Papers Gesundheitswissenschaften. OÖGKK-Hausdruckerei. Linz.
- Schulenburg, J.-Matthias Graf von der; Greiner, Wolfgang (2007): Gesundheitsökonomik. 2. Auflage. Mohr Siebeck, Tübingen.
- Wammes, Joost; Jeurissen, Patrick; Wetsert, Gert (2014): The Dutch Health System. Radboud University Medical Center. Download unter: [http://www.nvag.nl/afbeeldingen/2015/nscholing/Netherlands%20Health%20Care%20System%202014%20\(PDF\).pdf](http://www.nvag.nl/afbeeldingen/2015/nscholing/Netherlands%20Health%20Care%20System%202014%20(PDF).pdf)

Internetquellen

BMJ Careers http://careers.bmj.com/careers/advice/DDRB_recommends_pay_rise_of_1%2525_for_doctors vom 29.06.2017

Bundeszentrale für politische Bildung <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72905/gesundheitspolitik-in-europa> im November 2017

Citizens Information http://www.citizensinformation.ie/en/health/health_system/general_medical_services_payments_board.html im November 2017

Doctors' and Dentists' Review Body <https://www.gov.uk/government/organisations/review-body-on-doctors-and-dentists-remuneration> im November 2017

Health Service Executive (HSE) – Primary Care Reimbursement Service (PCRS) <http://www.hse.ie/eng/staff/PCRS/>

Irish Medical Organisation (IMO) <http://www.imo.ie/>

Nederlandse Zorgautoriteit (The Dutch Healthcare Authority) <https://www.nza.nl/organisatie/sitewide/english/>

NHS <https://www.nhs.uk/ccgs/> im November 2017

NHS Employers <http://www.nhsemployers.org> im Juli 2017

The Dutch Healthcare Authority <https://www.nza.nl/organisatie/sitewide/english/> im Juli 2017