

Ambulante Fachversorgung: Wie sieht ambulante Fachversorgung international aus?

Die ambulante Fachversorgung ist vielerorts zentraler Angelpunkt von Reformen in der Gesundheitsversorgung. Wir haben uns angesehen, wie die ambulante Fachversorgung andernorts strukturiert und finanziert ist.

Text: Thomas Czypionka, Monika Riedel, Thomas Arnhold, Lea Koisser¹

Einleitung

Nicht nur in Österreich, auch in vielen anderen Ländern verspricht man sich viel von der Ambulantisierung der Versorgung, zumeist fachärztlicher Leistungen. Sie soll integriertere Diagnose und Behandlung in einem niederschwelligeren und gleichzeitig kostengünstigeren Setting bieten. Dieser stehen freilich oft etliche Hinderungsgründe im Weg (Czypionka und Kraus 2020).

Im Versorgungsstufenplan des ÖSG wird konzeptuell von der „ambulanten Fachversorgung“ gesprochen. Sie reiht sich zwischen Primärversorgung und stationärer Versorgung ein und erfolgt in Einzelpraxen, Gruppenpraxen, selbständigen Ambulatorien und Spitalsambulanzen (ÖSG 2017, S. 32). Die 15a-Vereinbarung 2017 brachte diesbezüglich aber eine Neuerung: In Art. 6 Abs. 4f wird erstmals eine multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre, ambulante Fachversorgung angedacht, die in Zentren oder Netzwerken realisiert werden soll. Sie ist in der entsprechenden Passage noch weit weniger genau ausformuliert als die Primärversorgung (Art. 6 Abs. 1 bis 3), es wird jedoch klar, dass sie erweiterte Öffnungszeiten anbieten und Lücken in der ambulanten Versorgung schließen soll.

Wie die ambulante Fachversorgung in anderen Ländern geregelt ist, zeigt der nachfolgende, internationale Vergleich. Nach einer Übersicht über Stand und Entwicklungen inter-

national sehen wir uns drei Länder – Deutschland, England und Frankreich – genauer an. Diese wurden entweder aufgrund ihrer Ähnlichkeit zu Österreich oder aufgrund einer interessanten Ausgestaltung der ambulanten, fachärztlichen Versorgung gewählt. Einen guten ersten Überblick bieten Abbildung 1 und Abbildung 2, Seite 42, welche die Finanzierung des ambulanten, fachärztlichen Bereichs im europäischen Vergleich zeigen. Abbildung 1 verdeutlicht, dass die Ausgaben für die kurative und rehabilitative Versorgung zwischen den Ländern variieren, ebenso wie der Anteil der ambulanten Versorgung. Ambulante und stationäre Versorgung stehen – zumindest bei den abgebildeten Ländern – in keinem komplementären Verhältnis.

Die privaten und staatlichen Ausgaben pro Kopf für die ambulante Fachversorgung werden in Abbildung 2 dargestellt. Mit der Ausnahme von Griechenland und der Schweiz liegt der Anteil der öffentlichen Finanzierung bei über 60 Prozent, bei einigen Ländern (Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Großbritannien etc.) sogar deutlich über 80 Prozent.

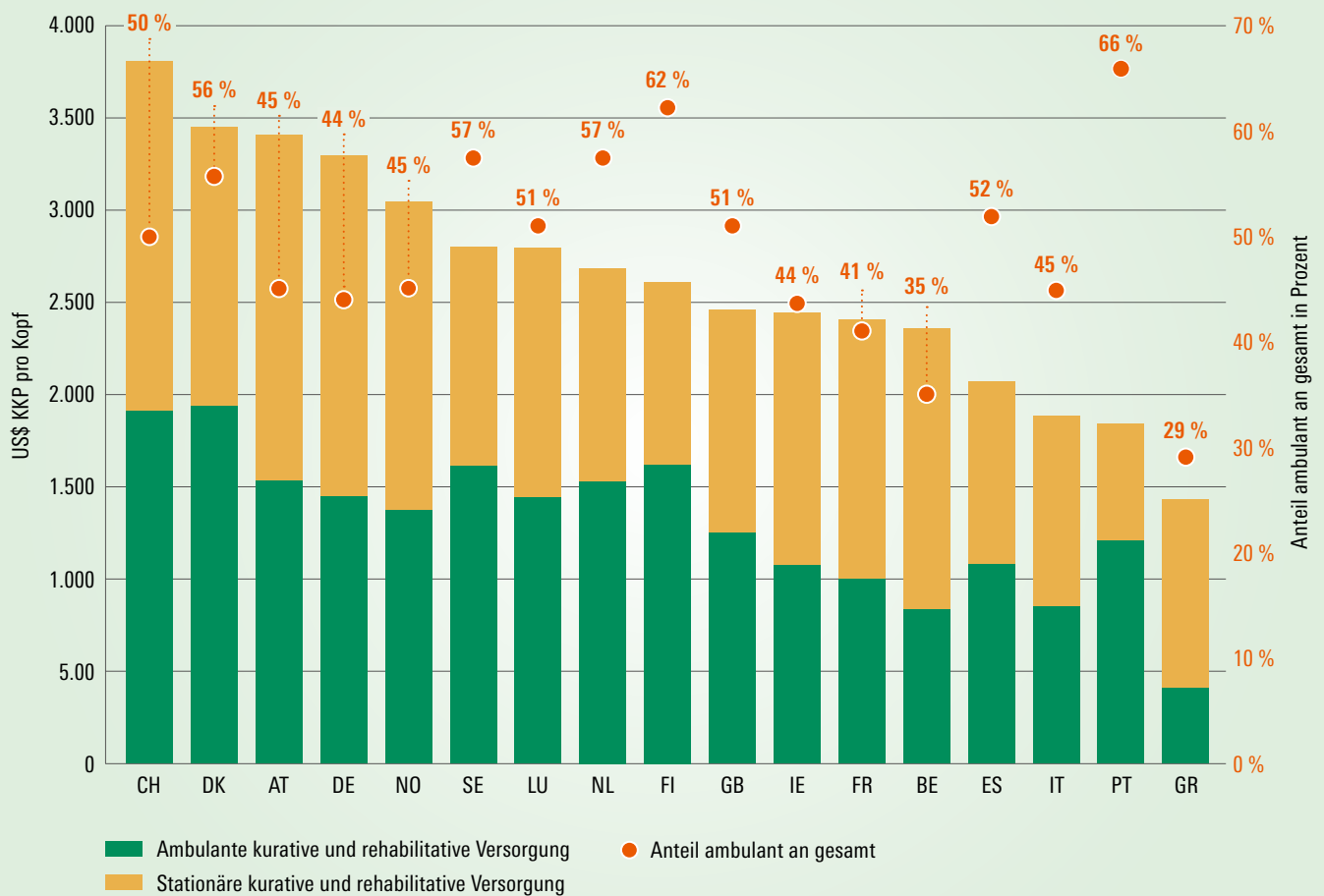
Ambulante Fachversorgung im internationalen Überblick

International wird die Abgrenzung zwischen hausärztlicher Versorgung und ambulanter Fachversorgung nicht einheitlich, und damit

nicht unbedingt gleich wie in Österreich getroffen. Im österreichischen Sprachgebrauch wird jede ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich, die nicht durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin erbracht wird, der ambulanten Fachversorgung zugerechnet; allenfalls bilden internistische Praxen mit hausärztlichem Schwerpunkt noch eine Ausnahme. International inkludieren die Aufgaben der General Practitioners häufig auch Tätigkeitsfelder, die in Österreich im fachärztlichen Bereich verortet sind, wie Frauen- sowie Kinder- und Jugendheilkunde. In Spanien beispielsweise werden das Impfprogramm für Kinder sowie die Schwangerschafts- und Postpartum-Betreuung in den Primärversorgungszentren durchgeführt (Bernal-Delgado et al., 2018). Dementsprechend sind Fachärzt*innen aus diesen Bereichen dort erst ab einer Komplexität oder Schwere zuständig, die eben als Sekundärversorgung angesehen wird. Es ist daher naheliegend, dass sich im internationalen Vergleich mit der inhaltlichen Abgrenzung auch oft der Ort der Leistungserbringung und/oder ihre Organisationsform verschiebt.

Ambulante Fachversorgung kann prinzipiell in verschiedenen Organisationsformen erbracht werden, die wiederum innerhalb oder außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems des jeweiligen Landes finanziert werden können:

Gesundheitsausgaben pro Kopf für ambulante und stationäre Versorgung, EU-15, Norwegen, Schweiz, 2020



Anmerkung: Die Punkte geben den prozentuellen Anteil (siehe rechte y-Achse) der Ausgaben für die ambulante Versorgung an, gemessen an der Summe der Ausgaben für stationäre und ambulante Versorgung.
Quelle: OECD, 2022.

- In Einzelpraxen,
- in mono- oder multidisziplinären Gruppenpraxen,
- in teambasierten, multiprofessionellen Einrichtungen, die nicht bettenführend sind, wie z.B. Gesundheitszentren, oder
- im ambulanten Zweig bettenführender Einrichtungen.

Nur in manchen Ländern bestimmt eine einzelne dieser Formen die Versorgungsstruktur; das parallele Bestehen mehrerer dieser Versorgungsformen innerhalb eines Landes ist häufig. Eine im Jahr 2008 von der Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) durchgeführte Befragung zu

Organisationscharakteristika der Gesundheitsversorgung ergab für Out-patient Specialists' Services in den 29 teilnehmenden Ländern folgende (überwiegende) Angebotsformen:

- **Private Praxen**²: 15 Länder, davon
 - Private Einzelpraxen: zehn Länder (Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Korea, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Schweiz)
 - Private Gruppenpraxen: vier Länder (Australien, Island, Niederlande, Slowakei)
 - Private Kliniken: Japan
- **Öffentliche Gesundheitszentren**: vier Länder (Mexiko, Polen, Spanien, Ungarn)

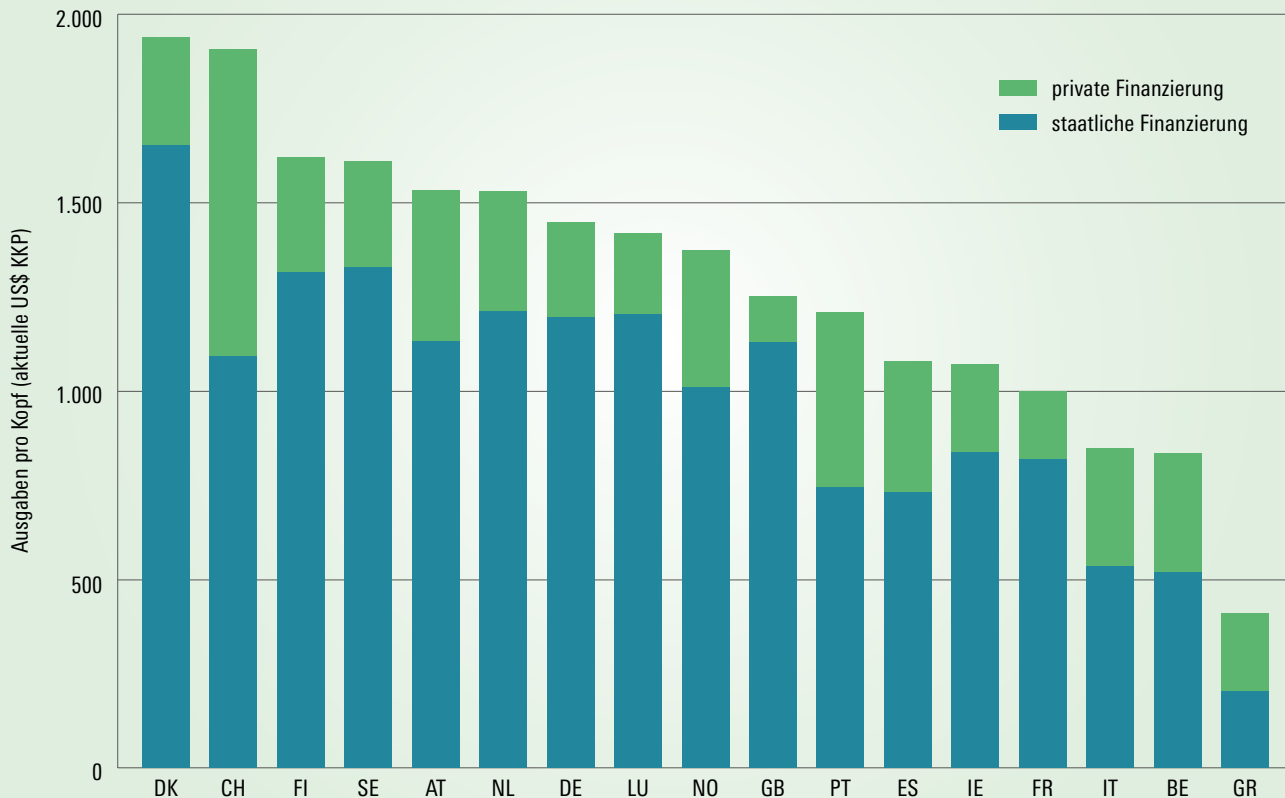
- **Öffentliche Krankenhäuser**: zehn Länder (Finnland, Irland, Italien, Kanada, Neuseeland, Portugal, Schweden, Tschechien, Türkei, UK)

Damit sind – oder waren es zumindest zum Zeitpunkt der Befragung – die beiden extremsten Varianten des organisatorischen Größenspektrums am stärksten in der ambulanten Fachversorgung vertreten, private Einzel-

¹ Alle: Institut für Höhere Studien, Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien, Telefon: +43/1/599 91-0, E-Mail: health@ihs.ac.at. Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>.

² Privat iSv selbstständige Ärzt*innen in niedergelassenen Praxen; diese können sowohl Kassen- als auch Privat-ärzt*innen sein.

Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante Versorgung nach privater vs. öffentlicher Finanzierung, EU-15, Norwegen, Schweiz, 2020



Quelle: OECD, 2022.

praxen sowie öffentliche Krankenhäuser mit jeweils zehn Nennungen.

In rund der Hälfte der Länder bestand ergänzend eine weitere Versorgungsschiene, die mindestens 20 Prozent der ambulanten Fachversorgung bestritt. Dazu gehören auch sechs der zehn Länder mit überwiegend privaten Einzelpraxen. In fünf Ländern besteht die ergänzende Versorgungsschiene aus öffentlichen Krankenhäusern bzw. deren Ambulanzen (Australien, Griechenland, Österreich, Slowakei, Ungarn), in fünf weiteren aus privaten Gruppenpraxen (Belgien, Finnland, Kanada, Mexiko, Tschechien), in den Niederlanden und Polen aus privaten Einzelpraxen, in Frankreich und Luxemburg aus privaten Kliniken und in Portugal aus öffentlichen Gesundheitszentren. Angaben darüber, wie viel oder welches Personal jeweils in den Einrichtungen

beschäftigt ist, oder konkretere Angaben über die Struktur der Einrichtungen bietet der Bericht nicht (OECD, 2010).

Das Ergebnis der OECD-Befragung eröffnet ein weiteres Feld an spezifischen Versorgungsformen, die sich bezüglich medizinischer Spezialisierung, aber auch hinsichtlich Haftungsfragen, Nutzung von Infrastruktur oder Finanzierung unterscheiden können.

Länder mit überwiegend privaten Einzelpraxen sind vor allem Länder mit einem Sozialversicherungssystem, und zum Zeitpunkt der OECD-Recherche (2008) auch Dänemark und Norwegen. In Norwegen vergrößerte aber im Jahr 2012 eine Reform zur Verbesserung der Koordination im Gesundheitswesen den Zuständigkeitsbereich der Regionen, die nun zusätzlich zur Primärversorgung auch

einen Teil der prä- und poststationären Versorgung sowie die Rehabilitation übernehmen. Ambulante Fachversorgung erfolgt jetzt hauptsächlich in den als Poliklinik bezeichneten Krankenhausabteilungen für ambulante Versorgung. Solche Polikliniken bieten Leistungen für körperliche wie für psychische Leiden, bei Alkohol- oder Substanzmissbrauch und bieten Diagnostik an (Labor, Radiologie). Rund ein Viertel der fachärztlichen ambulanten Versorgung erfolgt noch im niedergelassenen Bereich, meist in privaten Praxen unter Vertrag bei der regionalen Gesundheitsbehörde. Rund 70 Prozent dieser Leistungen bei körperlichen Leiden betreffen Augenheilkunde, HNO oder Dermatologie (Saunes et al., 2020). Auch in Dänemark hat sich neben privaten Einzelpraxen die Fachversorgung über Krankenhausambulanzen etab-

liert, wobei eine Teilzeitanstellung im Krankenhaus auch in limitiertem Umfang den Betrieb einer selbständigen privaten Praxis erlaubt. Die Regionen übernehmen im Rahmen des vereinbarten Tarfkatalogs die Behandlungshonorare sowohl für Eingeschriebene im öffentlichen Programm (sogenannte Gruppe 1), als auch für jene, die sich in das Programm ohne Gatekeeping (Gruppe 2) eingeschrieben haben. Die Honorare bei Gruppe 2 werden aber individuell festgesetzt und können jene des nationalen Tarfkatalogs überschreiten, was dann zu privaten Zuzahlungen führt (Vrangbaek 2020).

In den Niederlanden wird Sekundärversorgung dadurch definiert, dass sie (außerhalb von Notfällen) nicht ohne Überweisung aus der Primärversorgung oder anderen Sekundärversorgungseinrichtungen zugänglich ist. Damit unterliegt nicht nur die stationäre, sondern auch jede ambulante Fachversorgung einem „Überweisungszwang“. Ambulante Fachversorgung wird hauptsächlich in Krankenhäusern erbracht, die in der Regel über Stationen, Ambulanzen und meist eine Notaufnahme verfügen. Wie auch in Österreich dienen Ambulanzen sowohl für die ambulante Versorgung als auch für prä- und poststationäre Diagnostik. Neben den unterschiedlichen Krankenhäusern bestehen unabhängige Behandlungszentren, die aber keine stationären Aufnahmen durchführen, sondern nur tagesklinisch arbeiten. Fachärzt*innen in Krankenhäusern arbeiten zu rund 60 Prozent selbständig und zu rund 40 Prozent im Angestelltenverhältnis. Einzelne Einrichtungen, beispielsweise Universitätskliniken, arbeiten ausschließlich mit Angestellten, und auch pädiatrische Leistungen werden ausschließlich von Angestellten erbracht (Kroneman et al., 2016).

Dass die OECD-Befragung die hauptsächliche Angebotsform in den Niederlanden als Gruppenpraxis klassifiziert, dürfte dadurch zu erklären sein, dass die selbständig arbei-

tenden Fachärzt*innen sich meist zu fächerspezifischen Partnerschaften zusammengeschlossen haben, nur dass der Ort der Leistungserbringung eben ein Krankenhaus ist. Interessant am niederländischen Modell ist ferner, dass die Honorierung der ambulanten fachärztlichen Leistungen ebenso über das Krankenhausabrechnungssystem (DBC bzw., in der etwas neueren Form, DOT) abgewickelt wird wie stationäre oder durch Krankenhausangestellte erbrachte, ambulante Leistungen. Seit 2015 verhandeln die fachspezifischen Partnerschaften der selbständigen Ärzt*innen direkt mit den Krankenhäusern über ihren Anteil an den Behandlungspauschalen, nicht mehr wie zuvor mit den Krankenversicherungen. Dies führte dazu, dass nun ein etwas größerer Anteil als zuvor im Anstellungsverhältnis arbeitet, und sich die Ärzt*innen in vielen Krankenhäusern zu fachspezifischen Kooperativen zusammenschlossen, die wiederum die Aufteilung ihres Honoraranteils intern gemäß unterschiedlicher, oft einfacher Maßzahlen regeln (Kroneman et al., 2016; Quentin et al., 2018).

Länder, in denen die fachambulante Versorgung überwiegend in öffentlichen Krankenhäusern stattfindet, lassen sich meist einem staatlichen Gesundheitssystem zurechnen. Fachärzt*innen arbeiten meist als Angestellte der jeweiligen Krankenhäuser. In einigen Ländern wird diese dominierende Stellung öffentlicher Krankenhäuser auch für ambulante Versorgung zunehmend der Konkurrenz durch andere Einrichtungen ausgesetzt. In Kanada werden diagnostische und chirurgische Leistungen inzwischen auch durch privat-gewinnorientierte Einrichtungen erbracht, die sich auf häufige tagesklinische Leistungen mit niedriger Komplexität spezialisieren, wie Katarakte, Gelenkersatz oder dermatologische Eingriffe (Marchildon et al., 2020). Auch in Finnland bestehen ergänzend zur ambulanten Versorgung durch öffentliche Spitäler und größere Ge-

sundheitszentren private Einrichtungen, insbesondere für Augenbehandlungen und Gynäkologie, und je nach regionalen Gegebenheiten auch für andere Leistungen (Keskimaki et al., 2019).

In osteuropäischen Ländern, wie Ungarn, Tschechien oder Polen, sind die Gesundheitssysteme zum Teil noch von der Shemashko-Struktur aus der Zeit unter starkem sowjetischem Einfluss geprägt. Damals bestanden drei strikt voneinander getrennte, staatliche Versorgungsbereiche, nämlich Primärversorgung, ambulante Fachversorgung in Polikliniken sowie stationäre Versorgung in Krankenhäusern. In Ungarn wurde beispielsweise ermittelt, dass intermediäre ambulante Versorgungsstrukturen in benachteiligten Gebieten auch Krankenhäuser teilweise substituieren und Ambulatory Care Sensitive Conditions reduzieren helfen (Elek et al., 2019).

Die öffentliche Dominanz in der Versorgungsstruktur dieser Länder zeigt sich auch noch in den oben dargestellten Befragungsergebnissen der OECD. Mittlerweise wird in Polen aber ambulante Fachversorgung überwiegend in privaten Einrichtungen erbracht; Statistiken über den Public-Private-Mix oder die Aufteilung nach Versorgungssetting (Praxen versus Krankenhausambulanzen) sind allerdings nicht verfügbar. Eine Initiative des nationalen Gesundheitsfonds setzte 2018 finanzielle Anreize für die Reduktion von Wartezeiten auf ambulante Fachversorgung. Ein 2017 in Kraft getretenes Primärversorgungsgesetz zielt auf eine verbesserte Integration von Primärversorgung und ambulanter Fachversorgung ab. Zum einen führt das Gesetz Primärversorgungszentren (PVZ) ein, die zumindest aus einer Ärztin bzw. einem Arzt für Allgemeinmedizin, einer Pflegekraft für Primärversorgung, einer Hebamme und einer School Nurse oder Hygienefachkraft bestehen. Zum anderen kann bei Vorliegen bestimmter chronischer Krankheiten gewählt wer-

den, ob die Betreuung und Koordination PVZ-intern sowie mit anderen Versorgungseinrichtungen durch das PVZ durchgeführt wird – was auch Gatekeeping und den Verlust der Arztwahl außerhalb des PVZ bedeutet – oder ob die Versorgung durch eine selbst gewählte Fachärztin oder einen Facharzt bevorzugt wird. Ergebnisse dieser Maßnahmen liegen jedoch noch nicht vor (Sowada et al., 2019).

Somit sind in einigen Ländern mit durchaus unterschiedlicher Ausgangslage Verschiebungen in der Versorgungsstruktur zu beobachten. Die Weiterentwicklung der medizinisch-technischen Möglichkeiten einerseits und demografische wie gesellschaftliche Veränderungen andererseits führen dazu, dass ambulante Versorgungsformen an Bedeutung gewinnen und sich die Strukturen – jedenfalls in einigen Ländern – weiterentwickeln. Ausschlaggebend für Bestrebungen, Verlagerungen in die extramurale Versorgung anzustoßen, sind häufig die Erwartung, dass dadurch höhere Effizienz und niedrigere Ausgaben erreicht werden können, ohne Einbußen bei Qualität oder Zufriedenheit der versorgten Bevölkerung hinnehmen zu müssen. Ein systematischer Review zu den Effekten von Verschiebungen ausgewählter Interventionen, die von Krankenhausambulanzen in die Primärversorgung³ ausgelagert wurden, bestätigte diese Erwartung teilweise. Während der Review zu keinen Bedenken bezüglich Qualität und Zufriedenheit führte, konnten Kostenreduktionen nur teilweise bestätigt werden. Zudem stammten alle eingeschlossenen Reviews aus Ländern, denen gemeinhin eine gute Primärversorgung mit ausgeprägtem Gatekeeping nachgesagt wird – UK, Niederlande und Spanien –, was bei der Übertragung dieser Ergebnisse auf andere Länder zu berücksichtigen wäre. In Ländern, in denen mehr Fachärzt*innen niedergelassen arbeiten, würden Verschiebungen aus den Ambulanzen wohl auch dorthin erfolgen. Dennoch ist

erstaunlich, dass angesichts der Aktualität und Verbreitung des Themas doch „nur“ 14 Arbeiten in den Review eingeschlossen wurden, von denen lediglich fünf in den 2000er Jahren entstanden sind (van Hoof et al., 2019). Es drängt sich der Verdacht auf, dass der bekannte Publication Bias zugunsten positiver Ergebnisse hier eine Rolle gespielt haben könnte.

Länderprofile

Deutschland

Struktur

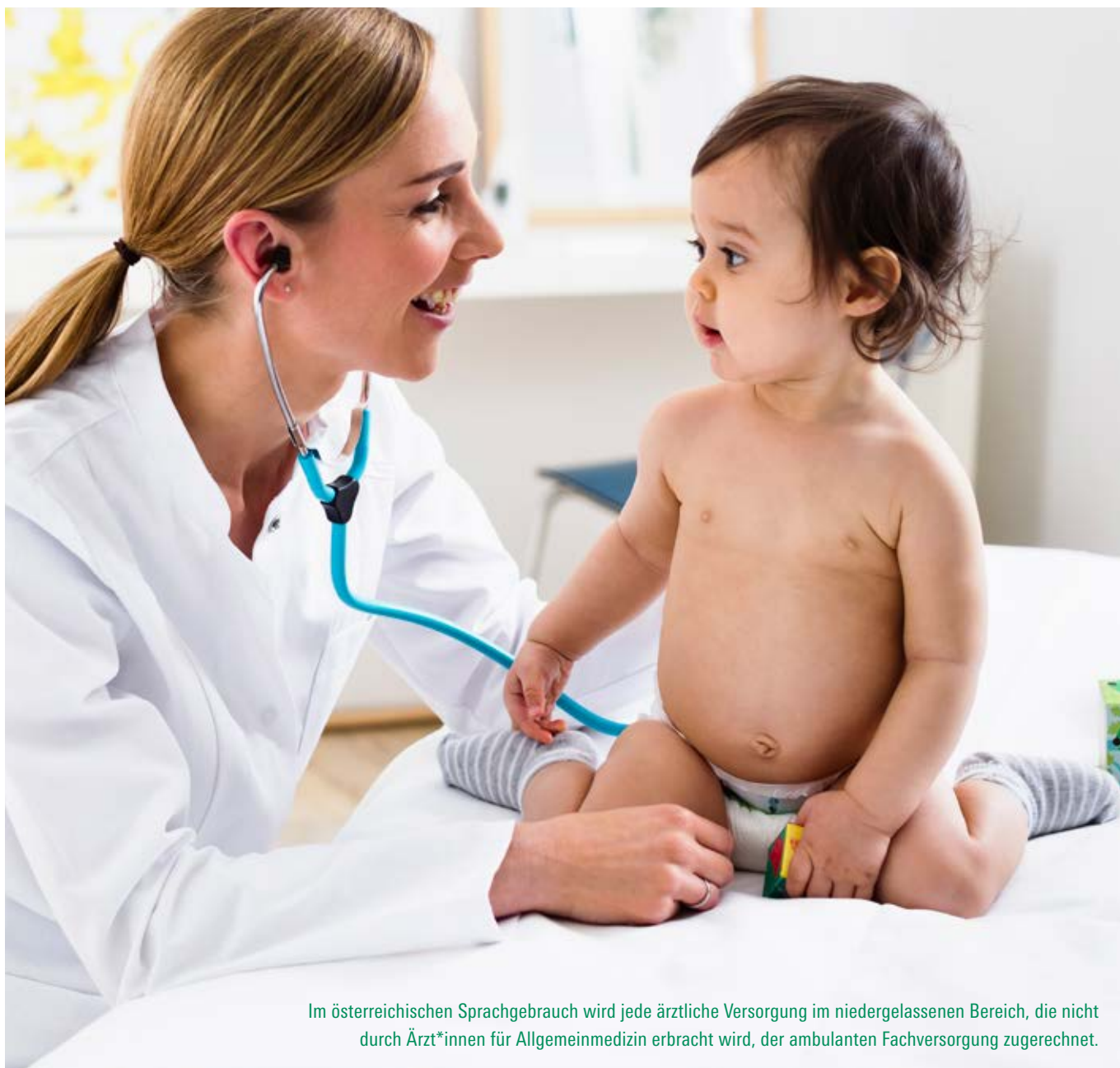
Die ambulante Versorgung in Deutschland gliedert sich traditionell einerseits in die hausärztliche Versorgung – die nicht auf die allgemeinmedizinische Betreuung eingeschränkt ist, sondern explizit auch Kinder- und Jugendheilkunde sowie Innere Medizin mit hausärztlichem Schwerpunkt einschließt – und andererseits in die niedergelassene fachärztliche Versorgung (vgl. § 73 SGB V). Grundsätzlich können Leistungen von Vertragsfachärzt*innen ohne hausärztliche Überweisung in Anspruch genommen werden; zu den wenigen Ausnahmen gehören beispielsweise Radiologie und Laborleistungen. Eine ambulante Versorgung über Krankenhausambulanzen war lange Zeit nicht vorgesehen.

Wohl auch aus diesem Grund sind in Deutschland im internationalen Vergleich sehr viele Fachärzt*innen im niedergelassenen Bereich tätig. Von 416.000 berufstätigen Ärzt*innen in Deutschland waren am Stichtag 31.12.2021 knapp 164.000 ambulant, 215.000 stationär und die restlichen 37.000 anderweitig (z.B. in Gesundheitsämtern) tätig (Bundesärztekammer, 2022). Von den 152.000 zum gleichen Stichtag an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen sind rund 55.000 der hausärztlichen Versorgung zuzurechnen, womit rund 97.000 – also ein knappes Viertel aller in Deutschland berufstätigen Ärzt*innen – ambulant fachärztlich arbeiten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022d).

Trotz der im internationalen Vergleich hohen Zahl an niedergelassenen Ärzt*innen legt § 116a SGB V die Basis, um einer ärztlichen Unterversorgung im niedergelassenen Bereich entgegenzutreten zu können. Auf Antrag sind zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

Das GKV-Reformgesetz aus dem Jahr 2000 legte wichtige Voraussetzungen für integrierte Versorgung (IV) fest. § 140a SGB V beschreibt IV als „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung“ auf der Grundlage von Verträgen zwischen Krankenkassen und verschiedenen Leistungsanbietern bzw. Trägerorganisationen. Seit 2015 wurde § 140a SGB V um die sogenannte besondere Versorgung ergänzt. Die jetzige Regelung für „besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften“ war anfangs weniger offen formuliert und beschränkte sich ausschließlich auf vertragsärztliche Leistungsanbieter und ambulante ärztliche Versorgung, inzwischen sind unter anderem auch Verträge mit Unternehmen aus der Pharma-, Medizinprodukte- oder Gesundheits-IT-Branche sowie mit den sogenannten Praxiskliniken möglich. Regionale Beschränkungen der Verträge sind zulässig. Die Teilnahme der Versicherten an diesen Programmen ist freiwillig.

Das Gesetz definiert Praxiskliniken als Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzt*innen ambulant und stationär versorgt werden (§ 115 Abs. 2 Z. 1 SGB V). Konkret sollten durch diese Form Behandlungen ohne oder mit nur sehr kurzem stationären Aufenthalt ermöglicht werden. Welche konkreten Leistungen in Praxiskliniken durchgeführt werden



Im österreichischen Sprachgebrauch wird jede ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich, die nicht durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin erbracht wird, der ambulanten Fachversorgung zugerechnet.

dürfen, ist in einem Leistungskatalog zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Interessensvertretung der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzt*innen vertraglich festzuhalten, ebenso Regelungen bezüglich Behandlungsqualität, Versorgungsabläufen und Behandlungsergebnissen (§ 122 SGB V). Praxiskliniken wurden zwar bereits 1989 gesetzlich ermöglicht, sind aber noch kaum verbreitet. Ursachen hierfür werden zum einen darin gesehen, dass Praxiskliniken nicht in die entsprechenden Vertragsverhandlungen eingebunden sind, sondern die Verträge zwischen den Vertretungen der Krankenkassen, Krankenhäuser und

Vertragsärzt*innen auf Landesebene ausverhandelt werden („Dreiseitige Verträge“). Zum anderen beklagt die deutsche Praxisklinikgesellschaft e.V., dass die Vergütung nicht auf gleichem Niveau wie bei Durchführung in Krankenhäusern geregelt sei, und somit ein finanzieller Vorteil für die Krankenhäuser gegeben sei. Der Entwurf zum Krankenhaus-Pflege-Entlassungsgesetz würde aber eine finanzielle Gleichstellung mit stationärer Versorgung ab 2023 versprechen.

Seit 2004 sieht § 95 SGB V als weitere ambulante Einrichtungen sogenannte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) vor, deren gesetzliche Rahmenbedingungen seither mehr-

mals geändert wurden, wie auszugsweise im Abschnitt Reformen beschrieben. MVZ zählen zur vertragsärztlichen Versorgungslandschaft, müssen von der Kassenärztlichen Vereinigung des Bundeslandes zugelassen werden, mindestens zwei Vertragsarztsitze beinhalten, und unter ärztlicher bzw. kooperativer Leitung stehen. Verbesserte integrierte Versorgung war einer der Leitge-

³ Auswahlkriterium für den Review war unter anderem, dass die Intervention nach wie vor durch Specialists vorgenommen wird, die eben in der Primärversorgung angesiedelt sind oder mit ihr kooperieren.

danken für die Einrichtung von MVZ. Dementsprechend sollten MVZ anfangs fächerübergreifend sein, müssen es seit 2015 aber nicht mehr – was zwar zu einem Wachstumsschub für diese Versorgungsform führte, aber nicht mehr der ursprünglichen Intention der Einführung von MVZ entspricht.

Mit 16 Prozent (4.048 Personen) aller Ärzt*innen stellte der hausärztliche Bereich im Jahr 2021 die größte Fachgruppe innerhalb der MVZ, bezogen auf gesamte Einrichtungen betrug der hausärztlich ausgerichtete Anteil der MVZ 34 Prozent. Somit tragen jedenfalls zwei Drittel der MVZ zur fachambulanten Versorgung bei, aber de facto ein noch größerer Anteil, da ja auch in hausärztlichen MVZ weitere Fächer vertreten sein können. Die beiden am stärksten in MVZ vertretenen Fächer nach der hausärztlichen Versorgung sind Chirurgie/Orthopädie sowie fachärztliche innere Medizin, deutlich vor Radiologie, Augenheilkunde und Gynäkologie.

Ende 2021 waren 25.754 Ärzt*innen in deutschen MVZ tätig, was 17 Prozent aller an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen entspricht. Im Durchschnitt kamen Ende 2021 6,2 Ärzt*innen auf jedes MVZ (7,3 bei Krankenhaus-Trägerschaft), wobei diese Größen seit einigen Jahren relativ konstant sind. Allerdings verschiebt sich die Struktur in der MVZ-Ärztenschaft in Richtung Anstellung: Im Zeitraum 2012–2021 stieg die Anzahl der angestellt arbeitenden Ärzt*innen um 130 Prozent, die Anzahl jener mit Vertragsstatus hingegen um lediglich 16 Prozent. Somit waren bereits über 93 Prozent der MVZ-Ärzt*innen angestellt. Krankenhaus-MVZ arbeiten praktisch ausschließlich mit Anstellungen, zum Stichtag 31.12.2021 betrug das Zahlenverhältnis 30 Personen (Vertrag) zu 13.750 Personen (Anstellung). Bei 47 Prozent der MVZ waren Vertragsärzt*innen an der Trägerschaft beteiligt, bei 45 Prozent Krankenhäuser, bei 14 Prozent andere

Träger wie etwa Kommunen, die sich seit 2015 an der Trägerschaft beteiligen dürfen (aufgrund gemischter Trägerschaften übersteigt die Summe 100 Prozent; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022a, 2022c).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet Informationen zu verschiedenen Praxisformen. Diese zeigen für das Jahr 2020 folgende Struktur – siehe Abbildung 3.

Finanzierung und Vergütung

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen besteht ambulante Fachversorgung vor allem in der vertragsärztlichen Versorgung, an der zugelassene Ärzt*innen, MVZ sowie ermächtigte Ärzt*innen und ermächtigte Einrichtungen teilnehmen. Das Verrechnungsinstrument für deren Leistungen ist der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM). Da die Krankenkasse der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Geltungsbereich der KV zahlt, rechnen die einzelnen Vertragsärzt*innen gemäß EBM mit ihrer KV ab, nicht mit den Krankenkassen. Basierend auf Veränderungen in Morbiditätsstruktur und Anzahl der Versicherten vereinbaren die Krankenkassen und der KV jährlich den notwendigen ambulanten medizinischen Behandlungsbedarf.

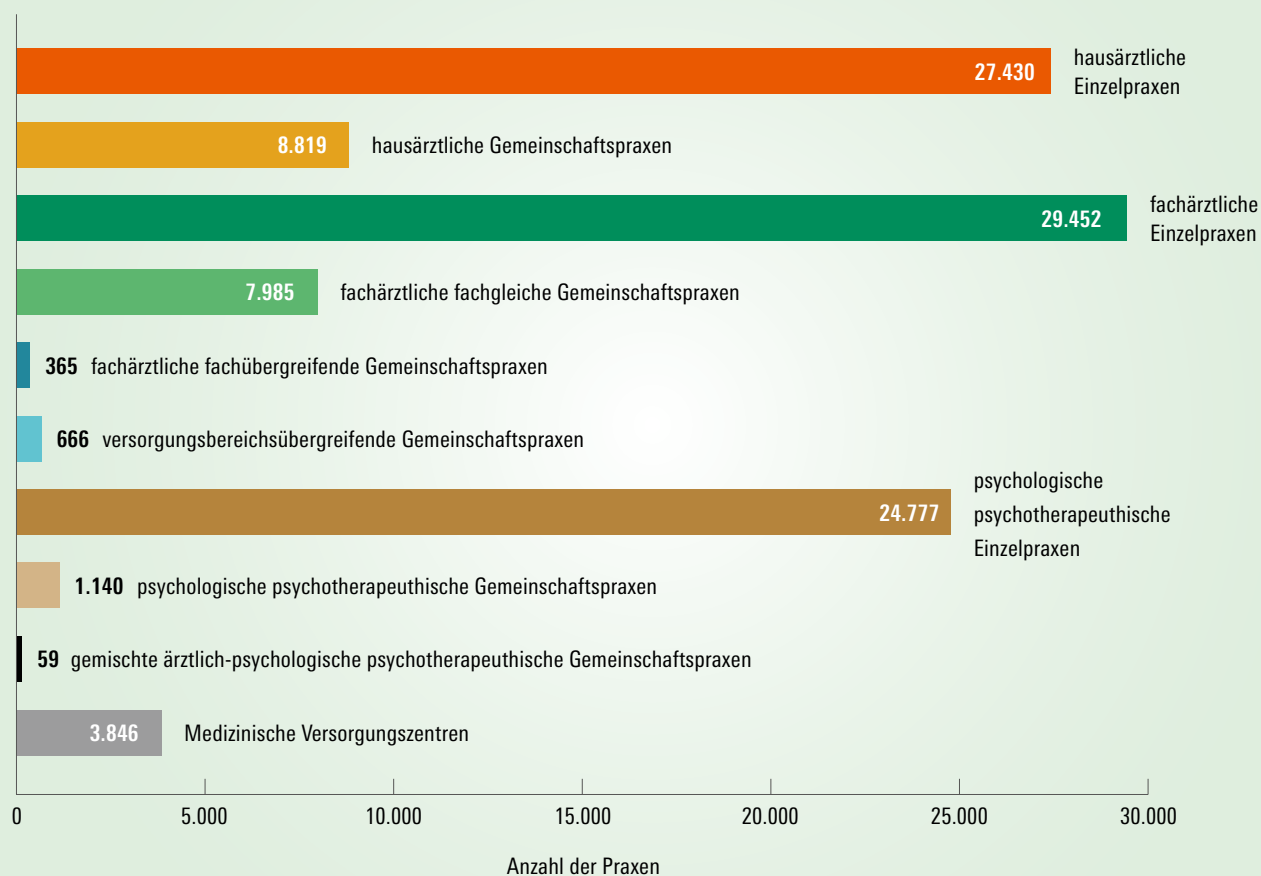
Reformen

Seit Einführung der Versorgungsform MVZ wurden zahlreiche Änderungen im rechtlichen Rahmen vorgenommen. Beispielsweise war die Definition, konkret, welche Organisationen und juristische Personen ein MVZ gründen dürfen, anfangs sehr offen gehalten, und wurde nach mehreren Änderungen 2015 deutlich verengt. Generell waren die Gründungsberechtigten aber immer zur Erbringung von Gesundheitsleistungen zugelassene Personen oder Einrichtungen, und seit 2015 zusätzlich Kommunen (Ladurner et al., 2020).

Auch die rechtliche Form der MVZ war anfangs relativ offen. Im Jahr 2012 wurde vor dem Hintergrund zunehmender nichtärztlicher Inhaberschaft eine Einschränkung auf bestimmte Gesellschaftsformen vorgenommen. Gerade in kapitalintensiven Fächern wie Labor oder Augenheilkunde gab es Bedenken, dass Kapitalinteressen die medizinisch geleiteten Entscheidungen beeinflussen könnten. Seit Einführung der MVZ musste die Leitung in ärztlicher Hand liegen, was anfangs ebenfalls nicht genauer spezifiziert war, und die ärztliche Leitung durch MVZ-externe Personen zuließ. Nunmehr muss die Leitungsperson auch angestellt oder per Vertragsstatus im MVZ tätig sein, und die medizinische Weisungsfreiheit der ärztlichen Leitung wurde explizit festgeschrieben (§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Auch bei Erbringer*innen nicht-ärztlicher Dialyseleistungen (die seit 2015 MVZ gründen dürfen) war beobachtet worden, dass diese zunehmend von Kapitalinvestoren ohne fachlich-medizinischen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung aufgekauft worden waren, damit Letztere Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung erhalten. Die jüngeren Reformen sollten unterbinden, dass Kapitalinteressen über die medizinischen Interessen der Bevölkerung gestellt werden (Ladurner et al., 2020).

Die Gewerkschaft ver.di kritisiert, dass diese Bemühungen nur teilweise erfolgreich gewesen seien. Finanzinvestor*innen haben demnach 31 Krankenhäuser gekauft, um in den Besitz von MVZ zu kommen, darunter 24 Private Equity-Gesellschaften. Als weitere und häufigere Methode, aus MVZ Erträge zu erwirtschaften, kritisiert ver.di Asset Deals, in denen das MVZ Räumlichkeiten, Ausstattung und ärztliche Leitung stellt, während bereits zugelassene Ärzt*innen als Angestellte die eigentliche Leistung erbringen. Nettoerträge würden über Gewinnabführungsverträge an die MVZ und in weiterer Folge die Finanzinvestor*innen fließen.

Deutschland: Anzahl der Praxen nach Praxisform (2020)



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022b.

Anders als in Kliniken gelten für Angestellte in Praxen oder MVZ keine Tarifverträge, sodass Gehälter individuell auszuhandeln sind. Nach einer Umfrage unter angestellten Ärzt*innen in MVZ und Praxen (N = 700) liegt das durchschnittliche Festgehalt in MVZ allerdings rund 22 Prozent über jenem in Praxen, und 23 Prozent der Angestellten in Praxen sowie 36 Prozent der Angestellten in MVZ beziehen darüber hinaus eine Umsatzbeteiligung. Bei fachärztlichen Angestellten lag das Gehalt rund 15 Prozent über jenem der hausärztlich Angestellten (Hanke, 2022).

England Struktur

Das englische Gesundheitssystem weist eine zentralisierte Organisationsform auf. Dies spiegelt sich unter anderem in dem Prozess der staatlichen Finanzierung wider. Die Höhe

der Finanzierung wird jährlich direkt von der britischen Regierung festgelegt. Die operationale Verantwortung liegt beim NHS England (National Health Services England), das sich bei der Allokation der Mittel an dem national definierten 10-Jahres-Plan, dem 2019 NHS Long-Term Plan, orientiert (Anderson et al., 2022). Auf regionaler Ebene sind die Integrated Care Systems (ICS) für die Planung und den Ressourceneinsatz im Rahmen der Gesundheitsversorgung zuständig. Sie haben die Clinical Commissioning Groups abgelöst, die davor die lokale Steuerung der Mittelverteilung übernommen hatten. Die ICS stellen eine Plattform dar, die die Koordination der Finanzierung und Kommunikation regionaler Gesundheitsakteure erleichtern soll. Momentan existieren 42 ICS in England, die jeweils für 500.000 bis drei Millionen Personen zuständig sind (Charles, 2022).

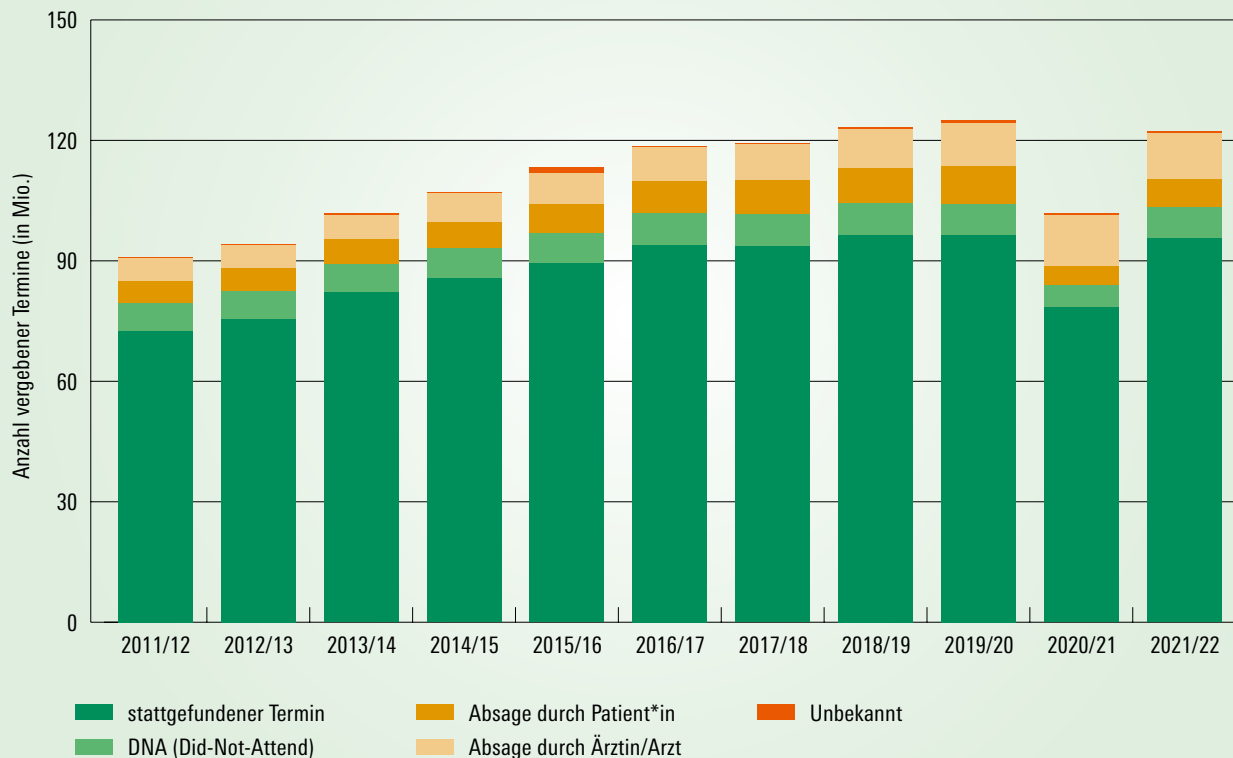
Der hohe Zentralisierungsgrad zeigt sich auch in der geografischen Verteilung der ambulanten Versorgung. So finden fachärztliche Untersuchungen und Behandlungen hauptsächlich zentralisiert in Krankenhäusern statt.

Finanzierung und Vergütung

Die Finanzierung ambulanter Leistungen in NHS-Krankenhäusern (trusts) folgt dem sogenannten Blended Payment System. Die Finanzierungsmenge wird dabei durch eine Mischung aus einer Fixbetragszahlung und qualitäts- und effizienzbasierten variablen Zahlungen bestimmt (NHS England, 2022).

Um den Wettbewerb im Gesundheitsbereich anzutreiben, wurde 2012 der Health and Social Care Act verabschiedet, der es privaten Anbietern im ambulanten Sektor ermöglicht, Patient*innen NHS-finanzierte

England: Vereinbarte ambulante Termine unterteilt in stattgefundene Termine und nicht-stattgefundene Termine und die Gründe für das Nichtstattfinden (von 2011/12 bis 2021/22)



Quelle: NHS Digital, 2022.

Leistungen anzubieten. Dementsprechend spielen heute im Gegensatz zu früher auch private Krankenhäuser eine wichtige Rolle für die staatliche ambulante Versorgung (Anderson et al., 2022).

Performancebasierte Finanzierungen geschehen durch die Pay for Performance Schemes. Sie dienen der Anreizsetzung mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung in der ambulanten Versorgung. Eines davon ist das Commissioning for Quality and Innovation Programme (CQUIN), welches die sogenannten Best Practice Tariffs vergibt. Dies sind zusätzliche Auszahlungen an jene Anbieter von Gesundheitsleistungen, die wirksame und kosteneffiziente medizinische Methoden anwenden. Sie dienen demnach der Etablierung von Qualitäts- und Effizienzstandards in Gesundheitsbe-

reichen, in denen es eine klar identifizierbare Best Practice gibt (Anderson et al., 2022).

Das Gehalt der ambulanten Fachmediziner*innen setzt sich grundsätzlich aus einem fixen und einem performanceabhängigen Teil zusammen. Bei in Trusts tätigen Mediziner*innen wird der performanceabhängige Anteil als Clinical Excellence Awards bezeichnet. Zahnärzt*innen werden hingegen grundsätzlich aktivitätsbasiert bezahlt. Krankenpfleger*innen erhalten einen standardisierten Lohn, der in neun Lohnklassen, abhängig von der Erfahrung und dem Skill-Level, eingeteilt ist (Anderson et al., 2022).

Obwohl Englands ambulanter Sektor als kosten- und ressourceneffizient gilt, kämpft er seit Jahren mit Personalengpässen bei Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen. Dies ist

unter anderem auf die in den letzten Jahren stark steigende Nachfrage für ambulante Leistungen zurückzuführen (NHS England, 2019). So ist die Anzahl der vereinbarten ambulanten Patient*innen-Termine in den letzten zehn Jahren um mehr als ein Drittel gestiegen (siehe Abbildung 4). Ein weiterer Faktor ist die hohe Did-Not-Attend (DNA)-Rate: Von jenen Terminen, die nicht stattfanden, entfiel in der Periode 2021/22 beinahe jeder dritte ohne vorherige Absage (siehe Abbildung 4) (NHS Digital, 2022).

Reformen

Reformen des Gesundheitssystems in den letzten Jahrzehnten verfolgten mitunter das Ziel, den Wettbewerb in der ambulanten Versorgung durch aktivitätsbasierte Anreize zu fördern. In den letzten Jahren hat eine teilweise

Abkehr von dieser Zielsetzung stattgefunden (NHS England, 2019, 2022).

Im Einklang mit den Zielen des 2019 Long-Term Plans begann das NHS England im Jahr 2020 mit einer schrittweisen Reform der Krankenhausfinanzierung vom aktivitätsbasierten Payment by Results-System (PbR-System) hin zu einem Blended Payment System. Während Leistungsanbieter im PbR-System grundsätzlich nach der Leistungsmenge bezahlt wurden, unterteilt sich die Bezahlung im Rahmen des Blended Payment Systems in zwei Komponenten, einen fixen aktivitätsbasierten Betrag und einen variablen Betrag, dessen Höhe von der Qualität der Leistung und deren Einfluss auf die Verkürzung von Wartelisten für Behandlungen abhängt. Die Reform begann 2019/20 bei psychiatrischen Behandlungen und Notfallversorgung und wurde im Rahmen der COVID-Pandemie auf die Akutversorgung in Krankenhäusern ausgeweitet. Seit 2022 wird das Blended Payment System bei einem Großteil der Sekundärversorgungsleistungen angewendet (HFMA, 2022; NHS England, 2022).

Ein weiteres Hauptziel des 2019 NHS Long-Term Plans ist es, die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Versorgungsanbietern untereinander und mit regionalen Gemeinschaften zu forcieren. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Schaffung integrierter Systeme zwischen der Primär- und Akutversorgung (NHS England, 2016, 2019). Eine aktuelle Reform auf regionaler Ebene, die sich jener Zielsetzung widmet, ist die rechtliche Etablierung der ICS durch den 2022 Health and Care Act. Die ICS sind jeweils in zwei Teile gegliedert. Die Integrated Care Boards (ICBs) allozieren unter anderem die vom NHS zur Verfügung gestellten Gelder und sind für das Performance-Management zuständig. Die Integrated Care Partnerships (ICPs) sind ein Komitee bestehend aus den Mitgliedern der ICBs und den Kommunalbehörden. Die Entschei-

dungsmacht der ICS in Kombination mit ihrer Funktion als Kommunikationsplattform soll dazu führen, Versorgungsakteure zu verlinken, auf ihre Bedürfnisse einzugehen und somit die integrierte Versorgung zu verbessern (Charles, 2022).

Der 2019 NHS Long Term Plan definiert zudem einen stärkeren Fokus auf Digitalisierung in der ambulanten Versorgung als eines der langfristigen Ziele (NHS England, 2019). Die Förderung von Telemedizin bei bestimmten Erkrankungen (z.B. Diabetes) soll zum einen zugänglichere und stressfreiere Behandlungen ermöglichen, indem Patient*innen die Anreise und Wartezeiten vor Ort erspart werden. Andererseits führen sie zu Effizienz- und somit Kapazitätsgewinnen für den ambulanten Betrieb. Eine technologische Innovation zur Senkung der DNA-Rate ist die Zusendung von Erinnerung-SMS vor Behandlungsterminen. Die neue NHS-App soll längerfristig zu einem wichtigen Instrument zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen werden. Der 2019 Long-Term Plan schätzt, dass die Umsetzung technologischer Innovationen eine Einsparung von bis zu 30 Millionen ambulanten Terminen pro Jahr möglich machen wird (Anderson et al., 2022; NHS England, 2019).

Frankreich Struktur

In Frankreich besteht die Primär- und Sekundärversorgung größtenteils aus selbstständigen Ärzt*innen und nicht-ärztlichem medizinischem Personal, die in Einzel- oder Gruppenpraxen tätig sind, so auch die ambulante Fachversorgung. Ein kleiner Anteil ist in Krankenhäusern und Gesundheitszentren angestellt. Etwa 15 Prozent des ambulanten Leistungsgeschehens findet in Spitälern oder Gesundheitszentren statt (Chevreul et al., 2015).

Im Gegensatz zu Österreich gibt es in Frankreich seit 2005 eine Gatekeeping-Funktion, die auch von ambulanten Fachärzt*innen wahrgenommen werden kann. Diese wurde

durch die sogenannte Médecin Traitant-Reform (übersetzt: behandelnder Arzt) eingeführt, mit dem Ziel, die ansteigenden Kosten zu reduzieren. Zu diesen haben unter anderen die Konsultationen von ambulanten Fachärzt*innen ohne vorherige Überweisung beigetragen. Aufgrund dessen müssen Patient*innen einen behandelnden Arzt oder eine behandelnde Ärztin festlegen, welche*r die Behandlung selbst vornimmt oder eine Überweisung zu den jeweiligen Fachärzt*innen ausstellt. Diese*r Médecin Traitant kann sowohl ein*e niedergelassene*r Allgemeinmediziner*in als auch ein*e niedergelassene*r Spezialist*in sein. Gehen Patient*innen den direkten Weg zum Facharzt oder zur Fachärzt*in, wirkt sich das auf den Selbstbehalt aus (siehe Finanzierung). Von dieser Regelung sind ausgewählte Fachärzt*innen ausgenommen, bei welchen Leistungen auch ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können, darunter Gynäkolog*innen und Zahnärzt*innen sowie unter spezifischen Bedingungen Augenärzt*innen und Psychiater*innen (Chevreul et al., 2015; Mutuelle des étudiants du nord et du nord ouest, 2022). Dumontet et al. (2017) analysierten die Anzahl der Besuche bei ambulanten Fachärzt*innen zwischen 2000 und 2008, um die Auswirkung der Reform zu untersuchen. Die Studie zeigt einen signifikanten Abfall der in Anspruch genommenen Konsultationen nach Einführung der Reform, jedoch auch bei Fachärzt*innen, die nicht in der Regelung eingeschlossen waren. Dieser Effekt kann durch die Einführung einer anderen Reform (Mammographie ohne Überweisung von Gynäkolog*innen) oder durch Spillover-Effekte (unzureichende Kenntnis der Bevölkerung über die Regelung) erklärt werden. Laut Dumontet et al. (2017) wurde der Rückgang der in Anspruch genommenen Konsultationen der ambulanten Fachversorgung vor allem durch eine Reduktion der Selbstzuweisungen verursacht.

Finanzierung und Vergütung

Im Gegensatz zu Österreich basiert die Vergütung im ambulanten Bereich auf dem Kostenerstattungsprinzip. Die Versicherten bezahlen bei Arztbesuchen die Kosten direkt, zumeist in bar oder per Scheck, und bekommen diese von der Pflicht- und/oder Zusatzversicherung rückerstattet. Seit den 1970er Jahren wurden einige Ausnahmeregelungen eingeführt, um die Zugänglichkeit zu verbessern. Dementsprechend werden besonders teure Behandlungen sowie Arztbesuche und Behandlungen von einkommensschwachen Haushalten direkt von Pflichtversicherung und/oder Privatversicherung bezahlt. Dies umfasst in etwa 35 Prozent des ambulanten Leistungsgeschehens. Die Pflichtversicherung, welche bei Berücksichtigung des Behandlungspfads bis zu 70 Prozent der anfallenden Kosten bei niedergelassenem Spezialist*innen übernimmt, hat auch die Aufgabe, das vom Parlament jährlich erstellte Budget für Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung (fr.: Objectif National des Dépenses

d'Assurance Maladie, ONDAM) einzuhalten. Dementsprechend gibt es jährliche Tarifverhandlungen mit Vertreter*innen der niedergelassenen Gesundheitsfachkräfte, bei welchen die Versicherung für jede Fachgruppe ein Ausgabenziel und Maßnahmen zur Zielerreichung einführt (Chevreul et al., 2015).

Reformen

In den letzten Jahren gab es in Frankreich einige Reformen im Gesundheitswesen, jedoch betrafen diese die ambulante Fachversorgung nur peripher. Im Jahr 2017 wurde im Zuge der Verhandlung des Gesundheitsbudgets 2018 unter anderem die Telemedizin ausgebaut, mit dem Ziel, die Effizienz zu steigern und letztendlich Kosten zu sparen (Or et al., 2017). Zwar wurden schon seit 2009 Feldversuche durchgeführt, in der Regelversorgung war sie jedoch bisher die Ausnahme (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Diese Reform betrifft vor allem Allgemeinmediziner*innen und Fachärzt*innen, denen dadurch die digitale Betreuung

und Beratung von Patient*innen sowie der Austausch zwischen (Fach-) Ärzt*innen ermöglicht wird (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022). Trotz der Möglichkeiten der Telemedizin muss der Behandlungspfad, also die Erstbetreuung durch den festgelegten, behandelnden Arzt bzw. die festgelegte, behandelnde Ärztin, eingehalten werden. Weiters gilt, dass bei der Telekonsultation ambulante Fachärzt*innen in unmittelbarer Entfernung zu wählen sind, damit bei Notwendigkeit auch persönliche Untersuchungen stattfinden können. Ausnahmen gelten, wenn in dem Gebiet des Wohnsitzes des bzw. der Patient*in keine adäquate Versorgung vorhanden ist. Bei Einhaltung dieser Auflagen werden telemedizinische Leistungen zu den normalen Tarifen von der Pflichtversicherung übernommen (l'Assurance Maladie, 2022). Ebenfalls im Jahr 2017 wurden neue Finanzierungsmodelle eingeführt, um eine Verschiebung des Leistungsgeschehens vom stationären in den ambulanten Bereich herbeizuführen. Die neue Finanzierung betrifft den spitalsambulanten Bereich, insbesondere Leistungen, die intramurale Versorgung durch verschiedene Fachbereiche, jedoch keine stationäre Aufnahme erfordern. Beispielsweise gehört die Behandlung von Diabetiker*innen durch verschiedene Fachrichtungen zu diesen Leistungen. Vor der Reform wurde nur ein allgemeiner ambulanter Tarif verrechnet, welcher in Relation zu den erbrachten Leistungen zu niedrig angesetzt war, oder die Patient*innen wurden stationär aufgenommen, um Leistungen zu kompensieren, die in Spitalsambulanzen nicht vergütet werden. Diese Lücke wird durch die neue Finanzierung geschlossen, welche durch die Verschiebung des Leistungsgeschehens in den spitalsambulanten Bereich voraussichtlich Einsparungen von schätzungsweise fünf Millionen Euro bringen soll (Gandré & Chevrault, 2017). —

Zusammenfassung

Die ambulante Fachversorgung ist über die einzelnen Länder hinweg heterogen gestaltet. In vielen Ländern werden fachärztliche Leistungen nur in Krankenanstalten oder Behandlungszentren angeboten, wobei in einem Teil der Länder dort auch selbständige Ärzt*innen tätig sein können. Die Primärversorgung ist dabei in vielen Ländern umfassender und beinhaltet teilweise bei uns von Fachärzt*innen erbrachte Leistungen. Fast in allen Ländern sehen wir ein Gatekeeping zur ambulanten Fachversorgung, und überall wird versucht, mehr Leistungen in den ambulanten Bereich zu verschieben. Wesentliche Themen sind dabei die Integration der Versorgung sowie die digitale Vernetzung, welche die Integration und Ambulantisierung unterstützen soll. Die Integration der Versorgung spiegelt sich auch in Bezahlssystemen wider, die stärker sektorenübergreifend und auf Qualität ausgerichtet sind.

Literaturverzeichnis

- Anderson, M., Alderwick, H., Pitchforth, E., McGuire, A., Edwards, N., & Mossialos, E. (2022). United Kingdom: Health System Review. 24(1), 1–194.
- Bernal-Delgado, E., Garcia-Armesto, S., Oliva, J., Sanchez Martinez, F. I., Repullo, J. R., Pena-Longobardo, L. M., Ridao-Lopez, M., & Hernandez-Quevedo, C. (2018). Spain: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 20(2), 1–179.
- Bundesärztekammer (2022). Ärztestatistik zum 31. Dezember 2021 (p. 48). https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/Statistik_2021/2021_Statistik.pdf.
- Charles, A. (2022). Integrated care systems explained: Making sense of systems, places and neighbourhoods. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained>.
- Chevreur, K., Berg Grigham, K., Durand-Zaleski, I., & Hernández-Quevedo, C. (2015). France: Health System Review. 17(3), 1–217.
- Dumontet, M., Buchmueller, T., Dourgnon, P., Jusot, F., & Wittwer, J. (2017). Gatekeeping and the utilization of physician services in France: Evidence on the Médecin traitant reform. *Health Policy*, 121(6), 675–682. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.006>.
- Elek, P., Molnár, T., & Váradi, B. (2019). The closer the better: Does better access to outpatient care prevent hospitalization? *The European Journal of Health Economics*, 20(6), 801–817. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01043-4>.
- Gandré, C., & Chevrail, K. (2017, March 13). European Observatory on Health System and Policies. New Financing Modalities to Support the Shift to Ambulatory Care. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates>.
- Hanke, S. (2022, March 21). Gehalt in MVZ und Praxis: Das können Sie verdienen. *Deutsche Ärzteblatt*. <https://aerztestellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/gehalt-mvz-und-praxis>.
- HFMA (2022). How NHS services are paid for. In HFMA introductory guide to NHS finance. https://www.hfma.org.uk/docs/default-source/publications/guides/intro-to-nhs-finance/chapter-19---hfma-introductory-guide-to-nhs-finance.pdf?sfvrsn=52dd76e7_2.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022a). Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Statistische Informationen zum Stichtag 3.12.2021 (p. 11). https://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022b). KBV Gesundheitsdaten. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022c). Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022d). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt, Stand 31.12.2021. https://www.kbv.de/media/sp/2021-12-31_BAR_Statistik.pdf.
- Keskimäki, I., Tynkynen, L.-K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B., & Karanikolos, M. (2019). Finland: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 21(2), 1–166.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 18(2), 1–240.
- Ladurner, A., Walter, U., & Jochimsen, B. (2020). Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (p. 189) [Rechtsgutachten]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf.
- l'Assurance Maladie (2022). La téléconsultation. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/telemedecine/teleconsultation>.
- Marchildon, G. P., Allin, S., & Merkur, S. (2020). Canada: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 22(3), 1–194.
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2017). Les Moyens de l'action 2018 – Projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2022). La télésanté. Ministère Des Solidarités et de La Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-tele-sante>.
- Mutuelle des étudiants du nord et du nord ouest (2022). Consultation chez un spécialiste: Faut-il passer par son médecin traitant? SMENO. <https://www.smeno.com/blog/sante-bien-etre-prevention/consultation-chez-un-specialiste-faut-il-passer-par-son-medecin-traitant/>.
- NHS Digital (2022). Hospital Outpatient Activity 2021-22. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-outpatient-activity/2021-22#>.
- NHS England (2016). Integrated primary and acute care systems (PACS)—Describing the care model and the business model. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/09/pacs-framework.pdf>.
- NHS England (2019). The NHS Long Term Plan. <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>.
- NHS England (2022). 2022/23 National Tariff Payment System. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/11/22-23-National-tariff-payment-system.pdf>.
- OECD (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries (OECD Health Working Papers No. 50; OECD Health Working Papers, Vol. 50). <https://doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en>.
- OECD (2022). Health expenditure and financing. OECD.stat. <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>.
- Or, Z., Safon, M.-O., & Marke, A. (2017, November 22). Health Care Budget: Provision for 2018. European Observatory on Health System and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates/hspm/france-2015/health-care-budget-provisions-for-2018>.
- Quentin, W., Geissler, A., Wittenbecher, F., Ballinger, G., Berenson, R., Bloor, K., Forgiione, D. A., Köpf, P., Kroneman, M., Serden, L., Suarez, R., van Manen, J. W., & Busse, R. (2018). Paying hospital specialists: Experiences and lessons from eight high-income countries. *Health Policy*, 122(5), 473–484. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.005>.
- Saunes, I. S., Karanikolos, M., & Sagan, A. (2020). Norway: Health system review. *Health systems in Transition* (22(1)). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1314422/retrieve>.
- Sowada, C., Sagan, A., Kowalska-Bobko, I., Badora-Musial, K., Bochenek, T., Domagala, A., Dubas-Jakobczyk, K., Kocot, E., Mrozek-Gasiorowska, M., Sitko, S., Szetela, A. M., Szetela, P., Tambor, M., Wieckowska, B., Zabdyr-Jamroz, M., & van Ginneken, E. (2019). Poland: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 21(1), 1–234.
- van Hoof, S. J. M., Quanjel, T. C. C., Kroese, M. E. A. L., Spreeuwenberg, M. D., & Ruwaard, D. (2019). Substitution of outpatient hospital care with specialist care in the primary care setting: A systematic review on quality of care, health and costs. *PLOS ONE*, 14(8), e0219957. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219957>.