

*Interdisziplinäre Forschung
für Effizienz und Qualität
im Gesundheitswesen*

Ein internationaler Preisvergleich ausgewählter ambulanter Leistungen

für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland

Hamburg, 19. September 2023

Autoren

Prof. Dr. Jonas Schreyögg

Dr. Ricarda Milstein¹

Robert Messerle

Universität Hamburg
Hamburg Center for Health Economics
Esplanade 36
20354 Hamburg

¹Dr. Ricarda Milstein ist seit Mai 2020 bei der OECD beschäftigt und hat vorher in ihrer alten Position als Post-Doc des HCHE an dieser Studie mitgewirkt. Die hier geäußerten Meinungen und Argumente sind die der Autorin und spiegeln nicht unbedingt die offiziellen Ansichten der OECD oder ihrer Mitgliedsländer wider.

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Leistungsvignetten	3
2.1. Leistung 1: Allgemeine Konsultation	5
2.2. Leistung 2: Hausbesuche.....	8
2.3. Leistung 3: Notfallversorgung.....	14
2.4. Leistung 4: HPV-Impfung	20
2.5. Leistung 5: Einfaches MRT der Extremitäten (Knie)	22
2.6. Leistung 6: Einseitige ambulante Operation der Leistenhernie	24
3. Fazit.....	27
4. Systemische Einordnung und Methodik	28
4.1. Leistungsangebot und Inanspruchnahme im internationalen Vergleich.....	28
4.2. Die ambulante Preissetzung im Überblick.....	30
5. Referenzen	34
5.1. Basisliteratur zu den Vergütungen	34
5.2. Literaturverzeichnis	36
6. Anhang	40
6.1. Ergänzende Quellen auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen	40
6.2. Detailinformationen Leistungsvignetten	42

1. Einleitung

Deutschland gibt im internationalen Vergleich einen hohen Anteil der Wirtschaftsleistung für das Gesundheitswesen aus. 2021 rangierte es auf Platz 2 der OECD-Länder, mit einem Ausgabenanteil von 12,8 % des BIPs und setzte damit den Trend der prä-Covid-Zeit fort. Lediglich die Vereinigten Staaten wiesen einen noch höheren Anteil auf und rangieren unangefochten auf Platz 1 mit einem Anteil von 17,6 %. Gleichzeitig weist das deutsche Gesundheitssystem eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Leistungen pro Einwohner auf (OECD, 2021b, 2023a).

Dies legt die Vermutung nahe, dass die hohen Gesundheitsausgaben nur bedingt auf hohe Preise, sondern vielmehr auf die hohe Menge an Leistungen zurückzuführen sind. Analysen für den stationären Sektor, die ein 12 % unter dem OECD-Durchschnitt liegendes Preisniveau für stationäre Leistungen in Deutschland ergeben, stützen diese These (Lorenzoni und Dougherty, 2022). Unklar ist jedoch, wie sich die Preise für die ambulante Leistungserbringung im internationalen Vergleich darstellen. Lediglich für Coronaimpfungen liegt ein solcher Vergleich vor. Dieser ergab, dass, im Verhältnis zum durchschnittlichen Arzteinkommen, die Coronaimpfung in Deutschland geringer bepreist war als im internationalen Durchschnitt (Milstein et al., 2022). Wie sich die ambulante Bepreisung aber im absoluten Vergleich darstellt, bleibt offen. Der vorliegende Bericht nähert sich dieser Frage an und schlüsselt die Preise für ausgewählte Leistungsbereiche für einen Vergleich auf. Hintergrundinformationen zur ambulanten Versorgung und zur Preissetzung in den ausgewählten Ländern werden in Kapitel 4 bereitgestellt.

2. Leistungsvignetten

Im Folgenden werden die Preise unterschiedlicher ambulanter ärztlicher Leistungen aufgeschlüsselt, die ein breites Leistungsspektrum abdecken sollen. Hierfür wurden sechs Leistungsvignetten ausgewählt. Zunächst wurden zwei Grundleistungen der Primärversorgung ausgewählt (Einfache Konsultation und Hausbesuche). Dem folgen eine Notfallkonsultation bzw. dringliche Konsultation und mit der HPV-Impfung eine präventive Maßnahme. Zudem wurden eine diagnostische Leistung (MRT des Knies) und eine operative Leistung (Operation an der Hernie) ausgewählt, die eine erhöhte Praxisausstattung, wie beispielsweise apparative und bauliche Voraussetzungen, benötigen. Die Angaben zu der Vergütung stammen aus den jeweiligen Leistungskatalogen der ausgewählten Länder (Australien, Dänemark, England, Frankreich, die Niederlande, Österreich und die Schweiz; siehe Kapitel 4 zur Auswahl) analog zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und entsprechen dem Stand Sommer 2023¹. Die Quellen sind nicht für jede einzelne Angabe, sondern gesammelt im Literaturverzeichnis aufgelistet. Die Preise werden ohne Berücksichtigung weiterer Regelungen, wie z. B. der „Quotierung“ im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in Deutschland oder ähnlichen Ansätzen in anderen Ländern, angegeben und verglichen. Bestehen unterschiedliche Preise in Abhängigkeit der Komplexität, des Alters oder auf Basis bestimmter Erkrankungen, erfolgt der Vergleich für die der deutschen Beschreibung ähnlichsten Leistung für Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre) ohne besondere Erkrankungen. Eine Ausnahme bildet die HPV-Impfung, hier gilt der Vergleich für jugendliche Patientinnen. Zuschläge für besondere Leistungen werden soweit möglich dargestellt, fließen aber nicht in den Preisvergleich ein. Denn in den nachfolgend dargestellten Konstellationen können in der Regel zusätzlich weitere Einzelleistungen erbracht und abgerechnet werden. Für den Vergleich wird sich jedoch stets an der Basisleistung orientiert.

¹ Durch unterschiedliche Verfügbarkeit der Angaben können die Bezugszeiträume variieren. Sie sind in der Regel so aktuell wie möglich.

Für die Schweiz und Österreich, in denen regionale Punktwerte bzw. komplett regional ausgestaltete Gebührenordnungen zur Anwendung kommen, wird für den Vergleich ein Mittelwert bzw. die Vergütung in einer ausgewählten Region dargestellt. Für die Niederlande wird für Leistungen des Segments 1 (siehe Kapitel 4) die national festgelegte maximale Vergütung angegeben, regional können niedrigere Tarife vereinbart werden.

Alle Angaben sind indikativ im Sinne einer Größenangabe zu verstehen, da im Einzelfall sowohl Abrechnungsdetails, die im Rahmen dieser Studie nicht berücksichtigt werden können, als auch unterschiedliche Bezugszeiträume sowie ggf. Wechselkurse² und Kaufkraftunterschiede für den Vergleich entscheidend sein können.

Für den direkten Vergleich der Vergütungen ist für jede Vignette eine Übersicht mit Angaben zur Hauptleistung sowie damit im direkten Zusammenhang stehenden Zuschlägen dargestellt. Die Leistungen werden möglichst einheitlich bezeichnet auch wenn die Leistungsinhalte im Detail unterschiedlich sein können.³ Im Anhang finden sich weitere Details. Dort wird die Vergütung aufgeschlüsselt nach der jeweiligen Ziffer und dem Grundbetrag sowie ggf. zusätzlichen Abrechnungsinformationen dargestellt.

² Die Umrechnung aus Fremdwährungen erfolgte mit folgenden Kursen: 1 AU\$ = 0,60 €, 1 DKK = 0,13 €, 1 GBP = 1,15 €, 1 CHF = 1,04 €, 1 US\$ = 0,90 €.

³ So wird z. B. die Versichertenpauschale in Dänemark grundsätzlich je registriertem Patient und nicht wie die Versichertenpauschale in Deutschland nur bei Kontakt vergütet.

2.1. Leistung 1: Allgemeine Konsultation

In allen hier untersuchten Ländern stellen Hausärzt:innen in Praxen den Hauptkontaktpunkt für Patient:innen dar. In allen Ländern außer England erfolgt eine zumindest in Teilen kontaktabhängige Vergütung. Ein tabellarischer Vergleich für eine einfache Konsultation bei Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre) ist in Vergütungsübersicht 1 zu finden. Alle Angaben beziehen sich auf Konsultationen während der regulären Öffnungszeiten.

Australien: Australien differenziert bei Hausarztkonsultationen in Abhängigkeit der Dauer und des Leistungsumfangs zwischen insgesamt vier als „Level“ bezeichneten Preisstufen: Level A: ein simpler Besuch (11,31 €/18,85 AU\$), Level B: eine einfache Konsultation mit bis zu 20 Minuten (24,72 €/41,20 AU\$), Level C: eine Konsultation (extended visit) von über 20 bis zu unter 40 Minuten (47,82 €/79,70 AU\$), sowie Level D: eine Konsultation von mehr als 40 Minuten (70,44 €/117,40 AU\$).

Dänemark: Einfache Konsultationen werden mit umgerechnet 20,18 € (155,24 DKK) vergütet. Darüber hinaus erhalten Ärzt:innen eine Versichertenpauschale von 5,48 € pro eingeschriebener Patient:in pro Monat (entspricht 16,44 € pro Quartal) und eine Praxisführungsgebühr von 2.401,38 € (18.472,15 DKK) pro Jahr. Für Chroniker:innen werden monatliche Zuschläge von 20 bis 30 Euro gezahlt.

Deutschland: Die Abrechnung einer einfachen Konsultation setzt sich in der Regel aus verschiedenen Leistungen zusammen und unterscheidet sich nach Arztgruppe, Patient:innencharakteristika und erbrachten Leistungen. Hausärzt:innen rechnen pro Behandlungsfall eine Versichertenpauschale pro Quartal ab, die in Abhängigkeit des Alters nach *fünf* Gruppen gestaffelt ist und von 13,10 € (GOP 3000, 114 Punkte) für 19-54 Jahre bis zu 25,86 € für 0-4 Jahre (GOP 3000, 225 Punkte) reicht. Pro Behandlungsfall erhalten sie außerdem 0,23 € für Hygieneaufwände. Weiterhin können sie zusätzlich eine hausärztliche Zusatzpauschale beziehungsweise Vorhaltepauschale von 15,86 € abrechnen (GOP 03040, 138 Punkte). Weitere Zusatzvergütungen können z. B. durch Zuschläge zur Strukturförderung für nichtärztliche Praxisassistent:innen (GOP 03060 + 03061, 3,91 € / 34 Punkte), die Versorgung von Chronikern (GOP 03220-03222, bis zu 20,68 € / 180 Punkte), längere Gesprächsleistungen (GOP 03230, 14,71 € / 128 Punkte), Terminvermittlungen zu Fachärzten (GOP 03008, 15,05 € / 131 Punkte), die Koordination der Pflege (GOP 01420, 10,80 € / 94 Punkte) etc. entstehen.

Fachärzt:innen (nicht in der Übersicht dargestellt) rechnen pro Behandlungsfall eine Grundpauschale pro Quartal ab, die in der Regel in Abhängigkeit des Alters in *drei* Gruppen (bis 5 Jahre, 6-59, 60 und älter) unterteilt ist. Sie variiert zwischen den Facharztgruppen. Die chirurgische Grundpauschale beispielsweise rangiert von 26,20 € bis zu 30,68 € (GOP 07210 – 07212, 228 – 267 Punkte), jene der Frauenheilkunde 12,99 – 17,35 € (GOP 08210 – 08212, 113 – 151 Punkte), während sie in der Allgemeinen inneren Medizin auf 13,90 – 22,52 € (GOP 13210 – 13212, 121 – 196 Punkte) angesetzt ist. Die Bewertungsunterschiede zwischen den Fachgruppen kommen dabei dadurch zustande, dass der Umfang der über die Grundpauschalen abgedeckten Leistungen pro Fachgruppe unterschiedlich ausfällt. Pro Behandlungsfall erhalten die Fachärzte außerdem 0,23 € für Hygieneaufwände. Sofern Fachärzt:innen in einem Behandlungsfall ausschließlich grundversorgende Leistungen erbringen, erhalten sie einen Zuschlag für ihre allgemeine Grundversorgung, welcher für die Innere Medizin 4,71 € (GOP 13220, 41 Punkte), die Chirurgie 3,68 € (GOP 07220, 32 Punkte) und die Gynäkologie 2,76 € (GOP 08220, 24 Punkte) beträgt.

England: Allgemeine Konsultationen werden in England nicht separat vergütet, sondern sind über die Pauschalen für eingeschriebene Patient:innen abgegolten. Als Näherungswert werden die durch

Studien errechneten, dem NHS entstehenden Stückkosten für eine Arztkonsultation von 38,17 € (£33,19) herangezogen.

Frankreich: Die einfache Konsultation wird in Frankreich mit 23,00 € vergütet (+ 2 € Zuschlag für Fachärzt:innen der Allgemeinmedizin). In Abhängigkeit des Beratungsanlasses erfolgen auch höhere Vergütungen von 46 € (z. B. initiale Beratung bei Diabetes) bzw. 60 € (z. B. initiale Beratung bei Krebs). Darüber hinaus können Ärzt:innen noch weitere Zusatzpauschalen berechnen, beispielsweise für die Koordination der Leistungserbringung in Höhe von 5 € (nur für Hausärzt:innen) oder für die Behandlung bestimmter Altersgruppen, z. B. von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren, von ebenfalls 5 €. Zusätzlich werden seit 2023 jährliche Pauschalen zur kontinuierlichen Patientenbetreuung (forfait patientèle médecin traitant) ausgezahlt. Diese betragen für die meisten Patient:innen lediglich 5 €. Die Betreuung von Patient:innen mit hohem Alter und/oder langfristigen Erkrankungen wird mit mind. 42 € jedoch höher vergütet.

Niederlande: Eine einfache Konsultation wird in den Niederlanden für eingeschriebene Personen in Abhängigkeit der Dauer mit 5,57 € (< 5 Minuten) bis zu 23,02 € (> 20 Minuten) vergütet.

Hausärzt:innen erhalten pro Quartal und eingeschriebener Person zusätzlich eine Pauschale, die sich nach dem Alter der Person richtet (bis 65 Jahre: 18,76 €, 65 - 74 Jahre: 22,01 €, 75 - 84 Jahre: 33,05 €, 85 Jahre und älter: 51,86 €).

Österreich: Die Vergütung unterscheidet sich je nach Bundesland, Krankenkasse (Sozialversicherungsträger) und praktizierendem Status der Ärzt:innen (siehe Kapitel 4). In der Regel können sie einmal pro Quartal eine große Ordination abrechnen, welche in der Steiermark bei der größten Kasse, der ÖGK, auf 22,24 € angesetzt ist. Jede weitere Konsultation innerhalb des Quartals wird mit 7,71 € vergütet. Zudem können ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprachen abgerechnet werden (15,77 € in der Steiermark), die allerdings in ihrer Häufigkeit begrenzt sind. In der Steiermark beispielsweise ist sie je nach Facharztgruppe auf 18 – 25 % aller Fälle begrenzt. In Abhängigkeit ihrer Facharztgruppe erhalten Ärzt:innen einmal pro Quartal zudem eine Grundpauschale in Form eines Zuschlags (z. B. 4,29 € in der Steiermark für die Allgemeinmedizin). Auch Koordinierungsleistungen können separat vergütet werden (15,14 € in der Steiermark).

Schweiz: Einfache Konsultationen werden im 5-Minuten-Takt abgerechnet. Der Preis beträgt je nach kantonalen Taxwert 15,86 € bis 19,62 € (15,25 -18,87 CHF), die letzten 5 Minuten erfolgen mit geringerer Vergütung von 7,94 € bis 9,30 € (7,63-8,94 CHF). Für niedrige (<6 Jahre) und hohe Alter (>75 Jahre) erfolgen Zuschläge. Auch das Aktenstudium kann separat abgerechnet werden. Bei Fällen mit ausschließlich hausärztlicher Versorgung kann zusätzlich eine Zusatzpauschale von 9,28 € bis 10,86 € (8,92-10,44 CHF) abgerechnet werden.

Vergütungsübersicht 1: Allgemeine, einfache Konsultation bei Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre), Dauer 5-10 Minuten

Land	Australien	Dänemark	Deutschland HÄ	England*	Frankreich	Niederlande	Österreich (Steiermark)	Schweiz
Grundbetrag	24,72 €	20,18 €	13,10 €	38,17 €	25,00 €	11,51 €	26,53 €	26,36 €
<i>Beschreibung</i>	<i>Konsultation bis 20 Minuten</i>	<i>Konsultation</i>	<i>Quartals-pauschale, mind. ein Kontakt</i>	<i>Stückkosten je Arztbesuch</i>	<i>Konsultation (Allgemein-medizin)</i>	<i>Konsultation 5 bis 20 Minuten</i>	<i>Erstordination inkl. Zuschlag für Allgemeinmedizin</i>	<i>Konsultation bis 10 Minuten</i>
Zuschläge		16,44 €	15,86 €			18,76€		10,07 €
<i>Beschreibung</i>		<i>Versicherten-pauschale für drei Monate</i>	<i>Zuschlag für Vorhaltekosten</i>			<i>Versicherten-pauschale</i>		<i>Zuschlag für Grundversorgung</i>
Summe	<u>24,72 €</u>	<u>36,62 €</u>	<u>28,96 €</u>	<u>38,17 €</u>	<u>25,00 €</u>	<u>30,27 €</u>	<u>26,53 €</u>	<u>36,43 €</u>
zusätzliche, nicht eingerechnete Leistungen		<i>Jährliche Praxisführungsgebühr (ca. 2.400 €). Weitere Zuschläge wie Chroniker-zuschläge</i>	<i>Weitere Zuschläge wie Hygiene-pauschale, Chroniker-zuschläge, Koordinations-zuschläge, Termin-vermittlungen etc.</i>		<i>Jährliche Pauschale für die kontinuierliche Patientenbetreuung (ab 5 €), Zuschläge für bestimmte Erkrankungen. Qualitäts-zuschläge etc.</i>		<i>Weitere Zuschläge wie z. B. Koordinations-zuschläge oder Zuschlag für ausführliche Gespräche möglich (15,77 €)</i>	<i>Weitere Zuschläge in Abhängigkeit des Alters und der Morbidität. Zuschläge für Aktenstudium etc.</i>
Anmerkungen	<i>Grundleistung mehrfach abrechenbar. Längere Konsultationen mit höherer Vergütung.</i>	<i>Grundleistung mehrfach abrechenbar</i>	<i>Mit der 03230 gibt es auch eine Gesprächsziffer für 14,71 € je 10 Minuten</i>	<i>pauschale Ausgaben von 160 € pro Jahr und Patient:in</i>	<i>Grundleistung mehrfach abrechenbar</i>	<i>Grundleistung mehrfach abrechenbar. Längere Konsultationen mit höherer Vergütung.</i>	<i>Folgeordinationen zu geringerem Wert (7,71 €) abrechenbar</i>	<i>Grundleistung mehrfach abrechenbar. Alle weiteren 5 Minuten 17,74 €.</i>

Für Informationen zu den berücksichtigten Ziffern sowie weiteren Details siehe Anhang.

* Preis für England abweichend auf Basis einer Stückkostenrechnung.

2.2. Leistung 2: Hausbesuche

In allen hier untersuchten Ländern können Ärzt:innen ihre Patient:innen außerhalb der Praxis aufsuchen und hierfür eine erhöhte Vergütung im Vergleich zur Konsultation in der Praxis (vgl. Vignette 1) erfahren. In einigen Ländern wird die Vergütung bei Behandlung im Alten- und Pflegeheim höher vergütet als im häuslichen Patientenumfeld. Darüber hinaus werden in einigen Ländern Hausbesuche innerhalb des organisierten Notdienst anders als außerhalb vergütet. Zur Notfallversorgung im Allgemeinen siehe Vignette 3.

Fahrtkosten werden in der Regel separat vergütet, zum Teil erfolgt auch eine distanzabhängige Zusatzvergütung für den Hausbesuch.

Ein tabellarischer Vergleich für einen einfachen Hausbesuch während der Kernarbeitszeit, einen (dringlichen) Besuch am Abend außerhalb der Kernarbeitszeiten sowie für einen Besuch im organisierten Notdienst, jeweils bei Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre), ist in Vergütungsübersicht 2a, 2b und 2c zu finden.

Australien: Einfache Hausbesuche werden in Australien als einfache Konsultationen zuzüglich einer Zusatzvergütung für den Besuch selbst abgerechnet. Die Zusatzvergütung beträgt für die ersten sechs Patient:innen innerhalb eines Besuchs insgesamt 17,31 € (28,85 AU\$). Ab sieben Patient:innen werden die zusätzlichen Patient:innen mit jeweils 1,37 € (2,30 AU\$) zusätzlich vergütet. Hiermit übersetzt sich eine zunehmende Zahl an Patient:innen innerhalb eines Besuchs in eine abnehmende Vergütung pro Patient:in. Außerhalb der Kernarbeitszeiten erfolgt eine höhere Vergütung der Konsultation mit 32,19 € (53,65 AU\$) während die Besuchspauschale gleichbleibt. Besuche in Altenheimen werden ebenfalls als Konsultation abgerechnet. Zuzüglich können Ärzt:innen hier aber eine höhere Besuchspauschale von 36,15 € (60,25 AU\$) je besuchtem Altersheim abrechnen.

In Australien gibt es keinen organisierten, verpflichtenden Notdienst. Allerdings können für dringende (nicht bis zum nächsten Werktag aufschiebbare) Besuche außerhalb der Kernarbeitszeiten höhere Tarife von 85,32 € (142,2 AU\$) abgerechnet werden. In den „unsozialen Stunden“ (23:00 bis 07:00 Uhr) können 100,53 € (167,55 AU\$) abgerechnet werden.

Dänemark: Ein einfacher Hausbesuch wird in Dänemark je nach Entfernung mit umgerechnet 53,98 € (< 4 km Distanz, 415,23 DKK) bis 192,00 € (> 20 km Distanz, 1.476,91 DKK) vergütet. Für Distanzen ab 21 km werden je zusätzlichem Entfernungskilometer 4,52 € (34,78 DKK) für die ärztliche Leistung gezahlt. Behandelt ein Arzt mehrere Patient:innen in derselben Wohnung werden alle weiteren Behandlungen als reguläre Konsultation abgerechnet. Hausbesuche bei besonders gebrechlichen oder älteren Personen werden mit einem höheren Satz von 125,89 € (968,41 DKK < 4 km Distanz) bis 149,57 € (1150,5 DKK > 20 km Distanz) vergütet.

Besuche außerhalb der Kernarbeitszeiten fallen in den Bereitschaftsdienst und werden je nach Uhrzeit mit 38,74 € (298,03 DKK) bzw. 47,39 € (364,50 DKK) vergütet. Ab dem 10. Kilometer erfolgt eine Wegpauschale von 2,39 € bzw. 2,90 € je Kilometer. Diese geringere Vergütung im Vergleich zu regulären Hausbesuchen resultiert aus einer im Jahr 2018 erfolgten starken Anhebung der Vergütungen für reguläre Hausbesuche, bei der die Besuche im Rahmen des Bereitschaftsdienstes nicht berücksichtigt wurden.

Fahrtkosten werden auf Jahresbasis separat erstattet mit einem Satz von 0,56 € pro km (4,29 DKK, für die ersten 20.000 km).

Deutschland: Ein einfacher Hausbesuch wird in Deutschland mit 24,36 € (GOP 01410, 212 Punkte) zusätzlich zur Versicherten- oder Grundpauschale vergütet. Deutlich höher fällt die Vergütung

dringender Besuche – außerhalb der Kernarbeitszeiten oder mit Unterbrechung der Sprechstundentätigkeit – aus, die je nach Uhrzeit auf 53,90 € (GOP 01411) beziehungsweise 71,94 € (GOP 01412) angesetzt ist. Dringende Besuche im Pflegeheim werden unabhängig von der Uhrzeit über die GOP 01415 in Höhe von 62,74 € abgerechnet. Sofern innerhalb des Behandlungsfalles keine weitere Konsultation in der Praxis stattfindet, kann zusätzlich zu den GOPen 01411, 01412 und 01415 nicht die volle, sondern nur eine reduzierte Versichertenpauschale abgerechnet werden (GOP 03030 – 8,85€). Der Besuch einer weiteren Person an demselben Ort wird in Höhe von 12,18 € (GOP 01413) vergütet. Bei Besuchen in Pflegeheimen kann sich letztere Vergütung verdoppeln, wenn ein Kooperationsvertrag geschlossen wurde (GOP 37113).

Besuche als Teil des organisierten Not(-fall)dienstes werden mit 89,40 € (GOP 01418, 778 Punkte) vergütet. Zusätzlich wird in Abhängigkeit der Uhrzeit die Notfallpauschale I oder II vergütet (GOP 01210 oder 01212 für 13,79€ bzw. 22,41 €).

Zusätzlich können Ärzt:innen Wegepauschalen abrechnen. Diese variieren KV-individuell und können sich auch innerhalb einer KV zwischen der Tages- und Nachtzeit, Distanz zum Einsatzort und Krankenkasse unterscheiden. Ärzt:innen rechnen Wegepauschalen in der Regel über eine regionale (KV-weite) Sondernummer ab. Diese Pauschalen sind zumeist Teil der extrabudgetären Gesamtvergütung. Aus Gründen des Umfangs befindet sich die Übersicht im Anhang. Im Mittel kann grob von ca. 1,50 € bis 2,00 € je km tagsüber bzw. 2,00 € bis 3,00 € je km abends/nachts ausgegangen werden, wobei die Vergütung in der Regel in Stufen (<2 km, 2 bis 5km etc.) und nicht je Kilometer erfolgt.

Frankreich: Hausbesuche werden in Frankreich als einfache Konsultationen zuzüglich einer Zusatzvergütung für den Besuch selbst abgerechnet (inklusive Besuchen im Pflegeheim). Frankreich unterscheidet bei der Höhe der Zusatzpauschale in Abhängigkeit von Uhrzeit und Wochentag zwischen vier Preisen. Die zusätzliche Vergütung reicht von 10,00 € bis 43,50 €. Für dringliche Besuche wird uhrzeitunabhängig ein Zuschlag von 22,60 € gewährt, der nicht mit den anderen Besuchspauschalen kombinierbar ist.

Besuche im organisierten Notdienst werden ebenfalls in Abhängigkeit der Uhrzeit unterschieden, werden aber mit höheren Zuschlägen von 30 € bis 59,50 € vergütet. Ärzt:innen, die am Notdienst teilnehmen, erhalten zusätzlich uhrzeitabhängige Pauschalen (siehe Vignette 3).

Beim Besuch von mehr als einer Person wird für jede weitere Person der einfache Grundtarif von 23,00 € abgerechnet. Fahrtkosten werden über ein Kilometergeld zusätzlich vergütet (0,61 € in der Ebene / 0,91 € im Gebirge / 4,57 € zu Fuß oder Ski).

Niederlande: In den Niederlanden werden Besuche bei eingeschriebenen Patient:innen mit 17,26 € vergütet, sofern sie kürzer als 20 Minuten dauern, oder mit 28,77 € bei längeren Besuchen. Außerhalb der Kernarbeitszeit (werktags 08:00 bis 18:00 Uhr) werden dringliche Hausbesuche mit 85,89 € bzw. 143,15 € bei Besuchen über 20 Minuten vergütet. Erfolgen Hausbesuche im Rahmen des organisierten Notdienstes, so erfolgt die Vergütung mit einem Stundensatz zwischen 100,84 € und 131,87 € (siehe Vignette 3).

Österreich: In Österreich variiert die Vergütung für Besuche in Abhängigkeit des Bundeslandes, der Kasse und der Form der Niederlassung (siehe Kapitel 4). In der Steiermark werden normale Hausbesuche (Visiten) mit 37,91 € an Werktagen und mit 46,39 € an Sonn- und Feiertagen vergütet. Dringliche Besuche werden mit 50,66 € während der Sprechstundenzeit beziehungsweise 72,41 € außerhalb abgerechnet. Die Konsultation einer weiteren Person während eines Besuchs wird mit 13,61 € vergütet. Bei Besuchen in Alten- und Pflegeheimen und häuslich betreuten Pflegebedürftigen

können Ärzt:innen eine Zusatzpauschale von 22,73 € berechnen; für diese liegt ein jährliches Budget vor. Bei Unterschreitung fällt die Zusatzpauschale höher aus, bei Überschreitung geringer.

Besuche im Rahmen des Bereitschaftsdienstes werden in der Steiermark außerhalb der Region Graz mit einheitlich 90 €, in der Region Graz mit 40 € (da mit Fahrer:in) vergütet. Zusätzlich werden für die Bereitschaft 220 € je 5-Stunden-Block vergütet.

Schweiz: Hausbesuche werden im 5-Minuten-Takt abgerechnet. Der Preis beträgt je nach kantonalen Taxwert 30,93 € bis 35,22 € (29,74-33,87 CHF) für die ersten 5 Minuten; alle weiteren sowie die letzten 5 Minuten erfolgen mit geringerer Vergütung von 15,86 € bis 19,62 € (15,25-18,87 CHF) bzw. 7,94 € bis 9,30 € (7,63-8,94 CHF). Für niedrige (<6 Jahre) und hohe Alter (>75 Jahre) erfolgen Zuschläge. Für dringliche Besuche (Besuch innerhalb von 2 Stunden) erfolgt ein Zuschlag von 38,38 € bis 44,93 € (36,90-43,20 CHF) auf den Hausbesuch.

Notfallbesuche (sofortige Behandlung) werden je nach Uhrzeit und Wochentag mit einem Zuschlag von 43 € bis 180 € vergütet. Darüber hinaus können alle im Zusammenhang mit dem Notfall erbrachten Leistungen mit Ausnahme des Notfallzuschlags selbst mit einem Zuschlag von 25 % bzw. 50 % abgerechnet werden, allerdings beschränkt auf den ärztlichen Leistungsanteil (siehe Vignette 3).

Die Abrechnung der Positionen für Notfallzuschläge ist auch außerhalb des organisierten Notdienstes möglich.

Vergütungsübersicht 2a: Einfacher Hausbesuch (< 2km) bei Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre) während der Kernarbeitszeit

Land	Australien	Dänemark	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Österreich (Steiermark)	Schweiz
Grundbetrag	24,72 €	53,98 €	24,36€	25,00 €	17,26 €	37,91 €	41,70 €
<i>Beschreibung</i>	<i>Konsultation bis 20 Minuten</i>	<i>Besuch in Abhängigkeit der Distanz (<4km)</i>	<i>Besuch</i>	<i>Konsultation</i>	<i>Besuch von weniger als 20 Minuten</i>	<i>Besuch</i>	<i>Besuch, bis 10 Minuten</i>
Zuschläge	17,31 €	1,12 €	4 €	a) 10,00 € b) 1,22 €		1,74 €	17,74 €
<i>Beschreibung</i>	<i>Besuchszuschlag</i>	<i>Fahrtkosten</i>	<i>Fahrtkosten < 2km</i>	<i>a) Besuchszuschlag b) Fahrtkosten</i>		<i>Fahrtkosten</i>	<i>Fahrtkosten</i>
Summe	<u>42,03 €</u>	<u>55,10 €</u>	<u>28,36 €</u>	<u>36,22 €</u>	<u>17,26 €</u>	<u>39,65 €</u>	<u>59,44 €</u>
zusätzliche, nicht eingerechnete Leistungen		<i>Versichertenpauschale</i>	<i>Versichertenpauschale und weitere Quartalszuschläge</i>	<i>Jährliche Pauschalen und weitere Zuschläge</i>	<i>Versichertenpauschale und weitere Quartalszuschläge</i>	<i>Weitere Zuschläge wie Zuschlag für ausführliche Gespräche möglich (15,77 €)</i>	<i>Weitere Zuschläge in Abhängigkeit des Alters und der Morbidität</i>
Anmerkungen	<i>Längere Besuche mit höherer Vergütung</i>	<i>Bei mehr als 21 km Distanz zzgl. 4,62 €/km sowie von Fahrtkosten 0,58 € pro km</i>		<i>Fahrtkosten von 0,61 € (Ebene) /0,91 € (Gebirge)/4,57 € (zu Fuß oder Ski) per km</i>	<i>Längere Besuche mit höherer Vergütung</i>	<i>Fahrtkosten 0,92 €/km am Tag, 1,35 € bei Nacht, 4,32 € pro Gehviertelstunde</i>	<i>Fahrtkosten und längerer Besuch jeweils pro 5 Min ca. 17,74 €</i>

Für Informationen zu den berücksichtigten Ziffern sowie weiteren Details siehe Anhang.

Vergütungsübersicht 2b: Dringlicher Hausbesuch (< 2km) bei Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre) außerhalb der Kernarbeitszeit, abends, **nicht** im organisierten Notdienst

Land	Australien	Dänemark	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Österreich (Steiermark)	Schweiz
Grundbetrag	32,19 €	-	71,94 €	25,00 €	85,89 €	72,41 €	41,70 €
<i>Beschreibung</i>	<i>Konsultation bis 20 Minuten außerhalb der Kernarbeitszeit</i>		<i>Dringender Besuch</i>	<i>Konsultation</i>	<i>Besuch bis 20 Minuten außerhalb der Kernarbeitszeiten</i>	<i>Besuch bei Nacht</i>	<i>Besuch bis 10 Minuten</i>
Zuschläge	17,31 €		4 €	a) 38,50 € b) 1,22 €		1,84 €	a) 41,66 € b) 17,74 €
<i>Beschreibung</i>	<i>Besuchszuschlag</i>		<i>Fahrtkosten bei < 2km</i>	a) Besuchszuschlag b) Fahrtkosten		<i>Fahrtkosten</i>	a) Dringlichkeitszuschlag und b) Fahrtkosten
Summe	49,50 €	-	75,94 €	64,72 €	85,89 €	74,25 €	101,10 €
zusätzliche, nicht eingerechnete Leistungen			<i>(ggf. reduzierte) Versichertenpauschale und weitere Quartalszuschläge</i>	<i>Jährliche Pauschalen und weitere Zuschläge</i>	<i>Versichertenpauschale und weitere Quartalszuschläge</i>	<i>Weitere Zuschläge wie Zuschlag für ausführliche Gespräche möglich (15,77 €)</i>	<i>Weitere Zuschläge in Abhängigkeit des Alters und der Morbidität</i>
Anmerkungen	<i>Längere Besuche mit höherer Vergütung</i>	<i>Besuche außerhalb der Kernarbeitszeit sind dem Notdienst zugeordnet</i>		<i>Fahrtkosten von 0,61 € (Ebene) /0,91 € (Gebirge)/4,57 € (zu Fuß oder Ski) per km. Zuschlag für dringliche Besuche nicht berücksichtigt, da geringer</i>	<i>Längere Besuche mit höherer Vergütung.</i>	<i>Fahrtkosten 0,92 €/km am Tag, 1,35 € bei Nacht, 4,32 € pro Gehviertelstunde</i>	<i>Fahrtkosten und längerer Besuch jeweils pro 5 Min ca. 17,74 €</i>

Für Informationen zu den berücksichtigten Ziffern sowie weiteren Details siehe Anhang.

Vergütungsübersicht 2c: Dringlicher Hausbesuch (< 2km) bei Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre) außerhalb der Kernarbeitszeit, abends, im organisierten Notdienst

Land	Australien	Dänemark	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Österreich (Steiermark)	Schweiz
Grundbetrag	85,32 €	38,74 €	89,40 €	25,00 €		90,00 €	41,70 €
<i>Beschreibung</i>	<i>Dringende Behandlung außerhalb der Kernarbeitszeiten</i>	<i>Besuch im organisierten Notdienst</i>	<i>Besuch im organisierten Notdienst</i>	<i>Konsultation</i>		<i>Besuch im organisierten Notdienst</i>	<i>Besuch bis 10 Minuten</i>
Zuschläge		1,12 €	a) 22,41 € b) 4 €	a) 46,00 € b) 1,22 €			a) 101,82 € b) 7,55 € c) 17,74 €
<i>Beschreibung</i>		<i>Fahrtkosten</i>	<i>a) Notfallpauschale b) Fahrtkosten bei < 2km</i>	<i>a) Besuchszuschlag im organisierten Notdienst und b) Fahrtkosten</i>			<i>a) Notfallzuschlag; b) Zuschlag von 25% auf die Konsultation (AL-Anteil) c) Fahrtkosten</i>
Summe	85,32 €	39,86 €	115,81 €	72,22 €	-	90,00 €	168,81 €
zusätzliche, nicht eingerechnete Leistungen			<i>Zuschlag bei erhöhtem Schweregrad</i>	<i>Zusätzlich werden für die Bereitschaft uhrzeitabhängige Pauschalen vergütet</i>	<i>Der Notdienst wird wochentags von 18:00-24:00 mit 100,84 € pro Stunde vergütet</i>	<i>Zusätzlich werden für die Bereitschaft 220 € je 5-Stunden-Block vergütet</i>	<i>Weitere Zuschläge in Abhängigkeit des Alters und der Morbidität</i>
Anmerkungen	<i>Kein organisierter Notdienst, aber Vergütung medizinisch dringlicher Fälle.</i>	<i>Wegegeld von 2,44 €/km bei >10 km sowie Fahrtkosten von 0,58 € pro km</i>		<i>Fahrtkosten von 0,61 € (Ebene) /0,91 € (Gebirge)/4,57 € (zu Fuß oder Ski) per km</i>			<i>Fahrtkosten und längerer Besuch jeweils pro 5 Min ca. 17,74 €. Notfallzuschlag gilt auch für weitere, ggf. anfallende Leistungen.</i>

Für Informationen zu den berücksichtigten Ziffern sowie weiteren Details siehe Anhang.

2.3. Leistung 3: Notfallversorgung

In den untersuchten Ländern gibt es unterschiedliche Strukturen der Notfallversorgung. Medizinisch lebensbedrohliche Fälle werden überall außerhalb der ambulanten Strukturen durch Rettungsdienste und Notaufnahmen versorgt. Darüber hinaus wird in den meisten Ländern zwischen zwei Strukturen unterschieden: die Versorgung außerhalb der Kernarbeitszeiten, in Deutschland als Not(fall)dienst bezeichnet, und die Versorgung ambulanter Not- und Akutfälle im Allgemeinen. Wie in Deutschland gibt es in den meisten hier betrachteten Ländern außerhalb der Kernarbeitszeiten eine Form des Not(fall)dienstes, der zumeist auf regionaler Ebene organisiert ist (z. B. KV-Regionen oder in Frankreich die Régions). Daneben gibt es für Ärzt:innen die Möglichkeit, dringende bzw. Notfalleinsätze auch außerhalb des organisierten Notdienstes abzurechnen.

Die Vergütungsübersichten 3a und 3b enthalten tabellarische Übersichten für die Vergütung außerhalb der Kernarbeitszeiten bzw. für die dringliche Versorgung / die Versorgung im organisierten Notdienst, jeweils bei Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre). Informationen zu (dringenden) Hausbesuchen bzw. Hausbesuchen im Notdienst sind in Vignette 2 enthalten.

Alle hier untersuchten Länder stärken derzeit ihre niedergelassenen Strukturen, um die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten und dringliche Fälle stärker in den niedergelassenen Sektor umzuleiten. Die Bemühungen zielen oft darauf ab, den Zugang zur Grundversorgung bei akuten Gesundheitsproblemen zu erleichtern. Dies geschieht beispielsweise durch rund um die Uhr verfügbare Hotlines, bei denen eine **medizinische Beratung am Telefon** angeboten wird, oder durch digitale Plattformen mit Gesundheitsinformationen. So haben Australien, Dänemark, Deutschland, Frankreich und Österreich das telefonische Beratungsangebot ausgebaut und vereinheitlicht. In Deutschland wurde im Jahr 2012 die Telefonnummer 116 117 eingeführt. Die 116 117 hat einerseits die Aufgabe, Patient:innen bei akuten, nicht lebensbedrohlichen Beschwerden in die richtige Versorgungsebene zu steuern und andererseits in der Funktion als Terminservicestelle Sprechstundentermine bei Haus- und Fachärzten zu vermitteln. In Frankreich wurde dieselbe Nummer im Jahr 2017 in drei Regionen für den Bereitschaftsdienst eingeführt und im Folgenden auf andere Regionen ausgerollt. In Österreich existieren zwei Ebenen für dringliche, aber nicht lebensbedrohliche Situationen. Erstens können Patient:innen den hausärztlichen Bereitschaftsdienst über die Telefonnummer 141 erreichen. Zweitens können sie den 2019 eingeführten telefonischen Beratungsdienst über die bundeseinheitliche Nummer 1450 konsultieren. Er ist in der Regel mit Krankenpfleger:innen besetzt. Australien hat mit dem bundesweiten *healthdirect* (1800 022 222) eine ähnliche Struktur aufgebaut, welche bereits 2007 ihren Dienst begann. Über diese Nummer kann an allen Tagen rund um die Uhr eine Pflegefachkraft (registered nurse) erreicht werden. In allen Fällen soll die Notfallnummer der Beratung bei nicht-lebensbedrohlichen Notfällen dienen und nach Möglichkeit den Gang in die Rettungsstelle am Krankenhaus ersetzen (Baier et al., 2019; Messerle et al., 2021).

Darüber hinaus konzentriert man in den meisten der betrachteten Ländern die vorhandenen Ressourcen für die Behandlung von akuten medizinischen Fällen in größeren Einrichtungen in der Nähe von Krankenhäusern und schafft dabei ggf. **neue Leistungserbringerstrukturen**. In diesen Einrichtungen übernehmen speziell geschulte Notfallmediziner die Versorgung von Notfällen, während für besonders schwere Fälle Zentren mit spezialisierten Kapazitäten die Behandlung übernehmen. So nehmen in Frankreich bei einer zwar um 20 % geringeren Bevölkerung aber einer um 50 % größerem Landesfläche nur etwa 650 Krankenhäuser (statt über 1.000 in Deutschland (destatis, 2023)) an der ambulanten Notfallversorgung teil. In Australien wurden z. B. bereits Notfallzentren (Urgent Care Clinics) mit allgemeinmedizinischer Versorgung aufgebaut, die krankenhaushnah platziert

sind und Patient:innen mit Krankheitsbildern, die innerhalb von 2 bis 12 Stunden behandelt werden sollten, versorgen. Insgesamt ist der Aufbau von insgesamt 58 dieser Zentren in Australien angedacht. In allen Zentren ist die Inanspruchnahme für Patient:innen kostenlos (bulk billed, siehe Kapitel 4). In den Niederlanden erfolgt der hausärztliche Bereitschaftsdienst in der Regel in eigens dafür eingerichteten Hausarztzentren (Huisartsenposten), die außerhalb der Kernarbeitszeiten die Versorgung akut Behandlungsbedürftiger übernehmen. Darüber hinaus planen die Niederlande die Versorgung hochkomplexer oder lebensbedrohlicher Notfälle stärker zu konzentrieren. Wird die Konzentration der Notfallversorgung wie diskutiert umgesetzt, würden voraussichtlich noch etwa 30-40 Notaufnahmen für die ca. 18 Millionen Einwohner der Niederlande verbleiben. Auf Deutschland übertragen würde dies bedeuten, dass nur etwa 200 teilnehmende Krankenhäuser verblieben. (Baier et al., 2019; Les Comptes de la Sécurité Sociale, 2021; Messerle et al., 2021; van Velzen et al., 2023)

In Deutschland wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit dem Krankenhausstrukturgesetz im Jahr 2015 beauftragt, Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einzurichten (Portalpraxen). Bundesweit gibt es inzwischen mehr als 800 solcher Portalpraxen. Die Hauptzielstellung der Einrichtung von Portalpraxen besteht darin, dass diese die Notaufnahmen von weniger schweren Fällen entlasten sollen.

Bei den im Folgenden vorgestellten Konstellationen gilt, dass in der Regel zusätzlich auch verschiedene Einzelleistungen (z.B. Labor) erbracht und abgerechnet werden können.

Australien: Für reguläre Konsultationen außerhalb der Kernarbeitszeit wird eine höhere Vergütung als während der Kernarbeitszeit gewährt. In Abhängigkeit der Komplexität und Dauer ist auch diese in vier Level aufgeteilt: Level A: 19,05 € (31,75 AU\$), Level B: 32,19 € (53,65 AU\$), Level C: 55,20 € (92,00 AU\$), Level D: 77,40 € (AU\$ 129,00). Die höhere Vergütung wird an Werktagen vor 8:00 Uhr oder nach 20:00 Uhr, an Samstagen vor 8:00 Uhr oder nach 13:00 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen gewährt.

Für dringende Behandlungen außerhalb der Kernarbeitszeiten (Mo-Fr vor 8:00 Uhr oder nach 18:00 Uhr, an Samstagen vor 8:00 Uhr oder nach 12:00 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen) gewährt Australien 85,32 € (142,20 AU\$, Ziffer 585) für den erste:n Patient:in und 27,57 € (45,95 AU\$, Ziffer 594) für jede:n weiter:n Patient:in innerhalb des Einsatzes. In so genannten „unsozialen“ Stunden von 23:00 bis 7:00 Uhr beträgt die Vergütung 100,53 € (167,55 AU\$, Ziffer 599). Darüber hinaus gewährt Australien eine pauschalisierte Vergütung für die Behandlung von Patient:innen in kritischem, lebensbedrohlichen Zustand (Ziffer 160 – 164). Diese wird in Abhängigkeit der Zeit gewährt und in fünf Stufen von 1-2 Stunden (145,59 €/242,65 AU\$) bis zu über fünf Stunden (485,22 €/808,70 AU\$) vergütet.

Dänemark: Dänemark gewährt höhere Vergütungen von 27,89 € (214,52 DKK) für Konsultationen im Notdienst außerhalb der Kernarbeitszeiten an Wochentagen von 16:00 bis 22:00 Uhr und am Samstag von 08:00 bis 20:00 Uhr. An Wochentagen von 22:00 bis 8:00 Uhr, an Samstagen vor 08:00 und nach 20:00 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen erhöht sich die Vergütung auf 34,62 € (266,31 DKK).

Deutschland: Deutschland differenziert in der Vergütung zwischen unvorhergesehenen Einsätzen und dringlichen Untersuchungen (01100-01102) sowie der Notfallversorgung im organisierten Notfalldienst/Bereitschaftsdienst (Abschnitt 1.2 des EBM).

- Unvorhergesehene Inanspruchnahme I: 22,52 € / GOP 01100, 196 Punkte (19:00 – 22:00 Uhr, Sa / So und gesetzliche Feiertage, am 24.12. und 31.12., 07:00 – 19:00 Uhr)
- Unvorhergesehene Inanspruchnahme II: 35,97 € / GOP 01101, 313 Punkte (22:00 – 07:00, Sa / So und Feiertage 19.00 – 07.00 Uhr)

- Inanspruchnahme an Samstagen: 11,61 € / GOP 01102, 101 Punkte

Die Vergütung des Bereitschaftsdienstes ist grundsätzlich einheitlich über die Gebührenordnungen des Abschnitt 1.2 des EBM geregelt. Werktags von 07:00 bis 19:00 Uhr erfolgt die Vergütung einer Konsultation über die Notfallpauschale I mit 13,79 €. Zusätzlich ist ein Zuschlag bei erhöhtem Schweregrad (GOP 01223, 14,71 €) möglich. Von 19:00 bis 07:00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen wird die Inanspruchnahme über die Notfallpauschale II (GOP 01212) mit 22,41 € vergütet. Zusätzlich sind Zuschläge bei erhöhtem Schweregrad (GOP 01224, 22,41 €, GOP 01226, 10,34 €) möglich. Weitere Kontakte werden jeweils mit den geringeren Notfallkonsultationspauschalen (GOP 01214-01218 5,75 € bis 19,54 €) abgerechnet.

In einigen Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt die Vergütung aber auch abweichend in Abhängigkeit von der Dienstart (Fahrdienst, Sitzdienst in Bereitschaftsdienstpraxen, Telefondienst). In Berlin wird der telefonische Beratungsdienst beispielsweise mit 60,00 € pro Stunde und 7,50 € pro Beratungsfall vergütet (maximal 120,00 € pro Stunde von 00:00 bis 07:00 Uhr bzw. 140 € pro Stunde an Feiertagen). Im Sitzdienst wird hingegen 60,00 € pro Stunde und 20,00 € pro Behandlungsfall gezahlt (maximal 120,00 € pro Stunde bzw. an Feiertagen maximal 140,00 € Stunde). Im Fahrdienst wiederum erfolgt die Vergütung nach EBM (siehe Vignette 2).

Frankreich: Die Vergütung von Notfalleinsätzen in Frankreich hängt von der Uhrzeit des Einsatzes und der Organisationsform ab. Wie in Deutschland existiert ein Bereitschaftsdienst, in den sich Ärzt:innen auf freiwilliger Basis einschreiben können. In diesem erfolgt eine höhere Vergütung als für Notfalleinsätze außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes.

Ärzt:innen können außerhalb der Kernarbeitszeiten zu einem einfachen Besuch von 23,00 € (+2,00 Zuschlag für Allgemeinmedizin) verschiedene Zusatzpauschalen abrechnen. Dazu erhalten sie außerhalb des organisierten Notdienstes 19,06 € an Wochenenden und Feiertagen, 35,00 € von 20:00 bis 24:00 Uhr sowie von 06:00 bis 08:00 Uhr und 40,00 € zwischen 24:00 und 06:00 Uhr. Für die Leistungserbringung innerhalb der organisierten Notfallversorgung erhalten Ärzt:innen höhere Zusatzvergütungen von 26,50 €, 42,50 € bzw. 51,50 €. Ärzt:innen, die am Bereitschaftsdienst teilnehmen, erhalten zudem eine Pauschale von 50,00 € für den Zeitraum von 20:00 bis 00:00 Uhr, 100 € für den Zeitraum vom 0:00 bis 8:00 Uhr oder 150,00 € für Sonntage und Ferientage von 08:00 bis 20:00 Uhr.

Ärzt:innen, die am telefonischen Bereitschaftsdienst teilnehmen, erhalten 69,00 € pro Stunde.

Niederlande: Auch in den Niederlanden wird zwischen der Leistungserbringung außerhalb des geregelten Bereitschaftsdienstes und innerhalb des geregelten Bereitschaftsdienstes, in der Regel in einem Hausarztzentrum, unterschieden. Außerhalb erhalten Ärzt:innen für Konsultationen je nach Gesprächsdauer 28,63 € (< 5 Minuten) bis 114,52 € (> 20 Minuten). Bereitschaftsdienste in Hausarztzentren werden in Abhängigkeit der Einsatzzeit mit einer festen Vergütung pro Stunde vergütet. Diese beträgt werktags von 18:00 bis 24:00 Uhr 100,84 €, am Wochenende von 08:00 bis 24:00 Uhr 116,36 € und nachts von 24:00 bis 08:00 Uhr 131,87 € pro Stunde. Bei besonderem Versorgungsbedarf kann ein Aufschlag von 15,00 € pro Stunde vereinbart werden.

Österreich: In Österreich variiert die Vergütung für den hausärztlichen Bereitschaftsdienst zwischen den Regionen. So ist in der Steiermark der hausärztliche Bereitschaftsdienst grundsätzlich als Visitedienst ausgelegt (siehe Vignette 2). Zusätzlich können Ärzt:innen aber an Wochenenden und Feiertagen in der Zeit von 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr ihre Praxis für den Bereitschaftsdienst bereitstellen und erhalten dafür pauschal 700 €.

Unabhängig davon können alle niedergelassenen Ärzt:innen außerhalb des Bereitschaftsmodells an Wochenenden und Feiertagen öffnen und die geltenden Tarife abrechnen (Ordination von 20:00 Uhr bis 07:00 Uhr für 28,94 € bzw. dringende Ordination außerhalb der Sprechstunde für 11,55 €).

In Kärnten erhalten Ärzt:innen am Wochenende eine Pauschale von 469,10 € für einen Einsatz von 10 Stunden. Innerhalb derer werden Patientenkonsultationen zusätzlich pauschal mit 31,27 € vergütet. In den Nachtstunden am Wochenende übernimmt der Rettungsdienst die Versorgung.

Schweiz: In der Schweiz ist der ambulante ärztliche Notfalldienst kantonal organisiert. Dabei wird die Organisation des Notfalldienstes in der Regel den Berufsverbänden der Ärzt:innen zugewiesen. In einigen Kantonen gibt es spezielle Notfallpraxen, in denen Ärzte außerhalb der regulären Öffnungszeiten Sprechstunden anbieten. Oft erfolgt die Versorgung ambulanter Notfälle auch direkt durch Krankenhäuser und nur zu Hause zu versorgende Patient:innen werden von den diensthabenden niedergelassenen Ärzt:innen aufgesucht (siehe Vignette 2) (TRISAN, 2017).

Die Abrechnung des Notdienstes erfolgt nach TARMED. Für dringliche Fälle (Behandlung innerhalb von 2 Stunden) außerhalb der Kernarbeitszeiten erfolgt ein Zuschlag von 38,38 € bis 44,93 € (36,90-43,20 CHF, Mo-So 19:00-22:00, Sa 07:00-19:00, So 07:00-19:00). Für die werktägliche Versorgung von Notfällen (sofortige Behandlung) je nach Kanton einen Zuschlag von 42,64 € bis 49,92 € (41 bis 48 CHF, Mo-Fr 07:00-19:00 und Sa 07:00-12:00) vor. Bei der Versorgung außerhalb dieser Zeiten steigt der Zuschlag auf 93,81 € bis 109,82 € (90,2-105,60 CHF, Mo-So 19:00-22:00, Sa 12:00-19:00, So 07:00-19:00) bzw. 153,50 € bis 179,71 € (147,6-172,8 CHF, Mo-So 22:00-07:00). Darüber hinaus können alle im Zusammenhang mit dem Notfall erbrachten Leistungen mit Ausnahme des Notfallzuschlags selbst mit einem Zuschlag von 25 % bzw. 50 % abgerechnet werden, allerdings beschränkt auf den ärztlichen Leistungsanteil.

Vergütungsübersicht 3a: Notfallversorgung außerhalb der Kernarbeitszeit, **nicht** im organisierten Notdienst, abends bei Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre)

Land	Australien	Dänemark	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Österreich (Steiermark)	Schweiz
Grundbetrag	32,19 €	-	22,52 €	25,00 €	57,26 €	28,94 €	26,36 €
<i>Beschreibung</i>	<i>Konsultation außerhalb der Kernarbeitszeiten</i>		<i>Konsultation außerhalb der Kernarbeitszeiten (Unvorhergesehene Inanspruchnahme)</i>	<i>Konsultation</i>	<i>Konsultation 5 bis 20 Minuten außerhalb der Kernarbeitszeiten</i>	<i>Nachtordination</i>	<i>Konsultation bis 10 Minuten</i>
Zuschläge				35,00 €			41,66 €
<i>Beschreibung</i>				<i>Zuschlag für Nebenzeit</i>			<i>Dringlichkeitszuschlag</i>
Summe	32,19 €	-	22,52 €	60,00 €	57,26 €	28,94 €	68,02 €
zusätzliche, nicht eingerechnete Leistungen			<i>(ggf. reduzierte) Versichertenpauschale und weitere Quartalszuschläge</i>	<i>Jährliche Pauschalen und weitere Zuschläge</i>	<i>Versichertenpauschale und weitere Quartalszuschläge</i>	<i>Weitere Zuschläge wie z. B. Koordinationszuschläge oder Zuschlag für ausführliche Gespräche möglich</i>	<i>Weitere Zuschläge in Abhängigkeit des Alters und der Morbidität. Zuschläge für Aktenstudium etc.</i>
Anmerkungen	<i>Längere Konsultationen mit höherer Vergütung.</i>	<i>Konsultationen außerhalb der Kernarbeitszeit sind dem Notdienst zugeordnet</i>			<i>Längere Konsultationen mit höherer Vergütung.</i>		<i>Alle weiteren 5 Minuten 17,74 €.</i>

Für Informationen zu den berücksichtigten Ziffern sowie weiteren Details siehe Anhang.

Vergütungsübersicht 3b: Notfallversorgung außerhalb der Kernarbeitszeit, im organisierten Notdienst, abends bei Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre)

Land	Australien	Dänemark	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Österreich (Steiermark)	Schweiz
Grundbetrag	85,32 €	27,89 €	22,41 €	25,00 €	-	-	26,36 €
<i>Beschreibung</i>	<i>Dringende Behandlung außerhalb der Kernarbeitszeiten</i>	<i>Konsultation im Notdienst</i>	<i>Notfallpauschale II 19:00 – 07:00</i>	<i>Konsultation</i>			<i>Konsultation</i>
Zuschläge				42,50 €			a) 101,82 € b) 3,70 €
<i>Beschreibung</i>				<i>Zuschlag für Notdienst</i>			<i>a) Notfallzuschlag; b) Zuschlag von 25% auf die Konsultation (AL-Anteil)</i>
Summe	85,32 €	27,89 €	22,41 €	67,50 €	-	-	131,88 €
zusätzliche, nicht eingerechnete Leistungen			<i>Zuschlag bei erhöhtem Schweregrad</i>	<i>Zusätzlich werden für die Bereitschaft uhrzeitabhängige Pauschalen vergütet</i>	<i>Der Notdienst wird wochentags von 18:00-24:00 mit 100,84 € pro Stunde vergütet</i>	<i>an Wochenenden und Feiertagen kann von 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr die Praxis für pauschal 700 € geöffnet werden</i>	<i>Weitere Zuschläge in Abhängigkeit des Alters und der Morbidität. Zuschläge für Aktenstudium etc.</i>
Anmerkungen	<i>Kein organisierter Notdienst, aber Vergütung medizinisch dringlicher Fälle.</i>	<i>Medizinisch dringliche Fälle werden telefonisch in die Notaufnahmen gesteuert</i>	<i>In vielen KVen gibt es zusätzlich eine Förderung über Mindeststundensätze.</i>			<i>Der ärztliche Notdienst erfolgt im Wesentlichen über Visiten</i>	<i>Alle weiteren 5 Minuten 17,74 €. Zuschlag gilt auch für weitere, ggf. anfallende Leistungen</i>

AL = Ärztlicher Leistungsanteil. Für Informationen zu den berücksichtigten Ziffern sowie weiteren Details siehe Anhang.

2.4. Leistung 4: HPV-Impfung

Impfungen sind in einigen der untersuchten Länder keine Leistung der Krankenversicherung oder des nationalen Gesundheitsdienstes, sondern werden durch regionale oder landesweite Impfprogramme organisiert und finanziert. Die Leistungserbringung erfolgt in der Regel aber auch dann durch die niedergelassenen Ärzt:innen. Vergütungsübersicht 4 stellt die Ergebnisse für jugendliche Patientinnen dar.

Australien: In Australien werden Impfungen grundsätzlich über größer angelegte Impfprogramme geregelt. Diese werden vom Bund, den Ländern oder gegebenenfalls privaten Anbietern organisiert. Medicare selber vergütet keine Impfungen, sondern lediglich die begleitende Konsultation, sofern notwendig (Medicare, 2023).

Der Impfstoff selber ist kostenlos und wird nicht über Medicare abgerechnet. Die ärztliche Leistung bei Impfungen können Ärzt:innen als eine einfache Konsultation abrechnen, bei der es sich je nach Intensität und Komplexität um eine Level A-Konsultation mit 11,31 € (18,85 AU\$, Item 3) oder Level B-Konsultation mit 24,72 € (41,20 AU\$, Item 23) handelt (siehe Vignette 1).

Dänemark: Die Vergütung der HPV-Impfung beträgt 20,11 € (154,71 DKK). Der Impfstoff selbst wird separat abgerechnet.

Deutschland: In Deutschland wird die Vergütung der Impfung regional zwischen der KV und den Krankenkassen verhandelt. Diese können entweder einen gemeinsamen Vertrag schließen, oder alternativ individuelle Zusatzverträge abschließen. Die Vergütung wird als ungewichteter Mittelwert der Preise der einzelnen KVen dargestellt und beträgt etwa 10 €. Der Impfstoff selber wird über den Sprechstundenbedarf abgerechnet.

Frankreich: Impfungen werden in Frankreich üblicherweise im Rahmen einer Konsultation abgerechnet (siehe Vignette 1). Mit der Corona-Pandemie wurde jedoch eine neue Position für die Impfung ohne Beratung eingeführt (9,60 €). Die Impfung kann auch im Impfzentrum erfolgen, welches häufig an Universitätskliniken angesiedelt ist.

Niederlande: Eine reguläre Impfung wird in den Niederlanden mit 5,75 € vergütet. Eine Impfung im Rahmen einer Konsultation oder eines Besuchs darf nicht extra berechnet werden.

Österreich: In Österreich wird die HPV-Impfung von dem jeweiligen Bundesland organisiert und vergütet. Der Impfstoff selber wird in der Regel kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Impfung wird mit einem pauschalen Impfhonorar von 12,41 € in Niederösterreich (Ärztelkammer für Niederösterreich, 2023) und 13,00 € in der Steiermark (Ärztelkammer Steiermark, 2023) vergütet. Zur HPV-Impfung sind Ärzt:innen der Kinder- und Jugendheilkunde sowie der Allgemeinmedizin berechtigt, sofern sie sich für das Kinderimpfprogramm angemeldet haben.

Schweiz: Die meisten Impfungen werden als Teil der allgemeinen Grundleistungen im Rahmen einer Konsultation abgerechnet (siehe Vignette 1). Im Rahmen von kantonalen Programmen werden speziell für die Impfung gegen humane Papillomaviren aber die Kosten durch die Kantone übernommen und es wird kein Selbstbehalt bei den Patient:innen erhoben. Die ärztliche Vergütung wird in diesem Fall durch den Kanton festgelegt. In Basel beträgt sie z. B. 20,80 € (20 CHF).

Vergütungsübersicht 4: HPV-Impfung für jugendliche Patientinnen

Land	Australien	Dänemark	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Österreich (Steiermark)	Schweiz
Grundbetrag	11,31 €	20,11 €	9,64 €	9,60 €	5,75 €	13,00 €	20,80 €
<i>Beschreibung</i>	<i>Impfung im Rahmen einer regulären Konsultation (ohne Beratung)</i>	<i>HPV-Impfung</i>	<i>Mittelwert regionaler Vereinbarungen für die HPV-Impfung</i>	<i>Impfung ohne Beratung</i>	<i>Impfung ohne Beratung</i>	<i>Impfung als Teil des regionalen HPV-Impfprogramms</i>	<i>Impfung als Teil des kantonalen HPV-Impfprogramms</i>
Zuschläge							
<i>Beschreibung</i>							
Summe	<u>11,31 €</u>	<u>20,11 €</u>	<u>9,64 €</u>	<u>9,60 €</u>	<u>5,75 €</u>	<u>13,00 €</u>	<u>20,80 €</u>
zusätzliche, nicht eingerechnete Leistungen							
Anmerkungen							

Für Informationen zu den berücksichtigten Ziffern sowie weiteren Details siehe Anhang.

2.5. Leistung 5: Einfaches MRT der Extremitäten (Knie)

In allen betrachteten Ländern außer England können MRTs durch niedergelassene Fachärzt:innen erbracht werden. In den meisten Ländern erfolgt die Abrechnung auf Basis einer einzelnen Pauschale bzw. Komplexleistung. Ggf. benötigte Kontrastmittel werden in der Regel separat vergütet und werden hier nicht betrachtet. So müssen z. B. in Frankreich Patient:innen diese vorab in einer Apotheke kaufen. Eine Übersicht für Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre) ist in Vergütungsübersicht 5 dargestellt.

Australien: Ein MRT-Scan des Knies wird in Australien mit 254,64 € (424,40 AU\$) vergütet.

Dänemark: Eine MRT-Untersuchung des Knies wird mit 171,75 € (1.321,17 DKK) vergütet.

Deutschland: In Deutschland wird die MRT-Untersuchung des Knie mit 121,01 € (GOP 34450, 1053 Punkte) vergütet. Zusätzlich kann bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt die Konsiliarpauschale (24210 – 24212, altersabhängig) abgerechnet werden.

England: In England können MRT-Untersuchungen ambulant am Krankenhaus erbracht werden. Die Vergütung erfolgt als *unbundled procedure* im Rahmen der Healthcare Resource Group (HRG), einem Fallpauschalensystem. Unbundled bedeutet, dass die jeweilige Prozedur individuell bepreist und vergütet wird. Ein einfaches MRT wird mit 139,15 € (121,00 GBP) vergütet.

Frankreich: In Frankreich wird bei MRTs zwischen der Vergütung der ärztlichen Leistung und der benötigten technischen Ressourcen unterschieden. Die Vergütung der ärztlichen Leistung ergibt sich einheitlich auf Basis der französischen Gebührenordnungen. Mit der Vergütung der technischen Leistung sollen die Investitions- und Betriebskosten refinanziert werden. Diese Vergütung hängt von der Gerätekategorie, dem Alter sowie der Nutzungsfrequenz des Gerätes ab. Darüber hinaus gibt es drei Tarife in Abhängigkeit des Standorts: Paris-Stadt, Region Paris ohne Paris-Stadt und Provinz. Für ein MRT des Knies beträgt die Vergütung des ärztlichen Anteils 55 €. Die technische Leistung schwankt in Abhängigkeit der genannten Faktoren zwischen 26,11 € und 197,91 €.

Niederlande: In den Niederlanden werden MRT-Untersuchungen als Prozeduren (*Zorgactiviteiten*) innerhalb des Fallpauschalensystems (*diagnose-behandelcombinatie (dbc)*) dem freien Segment (auch B-Segment genannt) mit frei verhandelbaren Tarifen zugeordnet. Für diese gibt es keine festgelegten Maximalvergütungen. Die zugehörigen Tarife der Versicherer für Vertragsleistungserbringer sind nicht einsehbar. Werden die Leistungen bei nicht vertraglich an den Versicherer gebundenen Ärzt:innen erbracht, so werden den Patient:innen in Abhängigkeit des Tarifs 120 € bis 225 € erstattet (VGZ, 2023; Zilveren Kruis, 2023). Ein Wert von 190,00 € wird für den Vergleich angesetzt.

Österreich: In Österreich wurde kürzlich ein ab dem Jahr 2024 geltender landesweiter Gesamtvertrag für CT und MRT abgeschlossen. Die dort enthaltene Tarifierung ist nicht öffentlich verfügbar. Die Tarife der größten Krankenkasse, der ÖGK, liegen je nach Region zwischen 128,13 € und 170,16 €. Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) vergütet landesweit in Abhängigkeit der Anzahl durchgeführter MRT-Untersuchungen pro Gerät etwa 146,06 € bis 177,23 € (Stand 2020).

Schweiz: In der Schweiz wird ein MRT des Knies je nach Kanton mit 287,81 € bis 336,95 € (276,74-323,99 CHF) vergütet. Die Vergütung besteht dabei aus einer technischen Grundleistung sowie aus dem eigentlichen MRT-Scan. Im Falle einer persönlichen ärztlichen Betreuung kann diese zusätzlich mit 10,07 € bis 11,78 € (9,68-11,33 CHF) abgerechnet werden.

Vergütungsübersicht 5: Einfaches MRT der Extremitäten (Knie) bei Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre)

Land	Australien	Dänemark	Deutschland	England	Frankreich	Niederlande	Österreich (BVAEB)	Schweiz
Grundbetrag	254,64 €	171,75 €	121,01 €	139,15 €	55 €	190,00 €	177,23 €	247,93 €
<i>Beschreibung</i>	<i>MRT-Untersuchung des Knies</i>	<i>MRT-Untersuchung des Knies</i>	<i>MRT-Untersuchung des Knies</i>	<i>MRT-Untersuchung eines Bereiches</i>	<i>MRT-Untersuchung des Knies</i>	<i>MRT-Untersuchung des Knies</i>	<i>MRT-Untersuchung des Knies</i>	<i>MRT-Untersuchung des Knies</i>
Zuschläge			7,01 €		112,01 €			a) 64,46 € b) 10,93 €
<i>Beschreibung</i>			<i>Konsiliarpauschale</i>		<i>Technische Leistung in Abhängigkeit des Gerätealters, des Standorts und der Abrechnungsfrequenz. Mittelwert für Vergleich</i>			a) <i>Technische Grundleistung</i> b) <i>Ärztliche Leistung im Falle einer persönlichen Betreuung der MRT-Untersuchung</i>
Summe	254,64 €	171,75 €	128,02 €	139,15 €	167,01 €	190,00 €	177,23 €	323,32 €
zusätzliche, nicht eingerechnete Leistungen								
Anmerkungen				<i>Ambulant am Krankenhaus</i>	<i>Technische Leistung von 26,11 € bis 197,91 €</i>	<i>Mittlerer Erstattungspreis bei nicht vertraglich gebundenen Ärzt:innen (120 € bis 225 €)</i>		

Für Informationen zu den berücksichtigten Ziffern sowie weiteren Details siehe Anhang.

2.6. Leistung 6: Einseitige ambulante Operation der Leistenhernie

In einigen der betrachteten Länder können Hernien ambulant außerhalb des Krankenhauses durch niedergelassene Fachärzt:innen operiert werden. In manchen ist nur die ambulante Operation am Krankenhaus möglich bzw. üblich, z. B. in England oder Österreich. In den meisten Ländern erfolgt die Abrechnung dabei auf Basis einer einzelnen Pauschale bzw. Komplexleistung; Ausnahmen sind die Schweiz und Deutschland. Kosten für etwaige Implantate werden in der Regel separat abgerechnet.

Durch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen unterscheiden sich die Vergütungen bei der Leistenhernie sehr stark, wie Vergütungsübersicht 6 für Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre) zeigt. Dies liegt auch darin begründet, dass z. B. in Frankreich zwar ein Preis mit Bezug für die Erstattung festgesetzt ist, Angebotspreise für die tatsächliche Erbringung der Leistung jedoch höher liegen.

Australien: Die Reparatur einer Inguinalhernie wird unabhängig von der Art der Operation (mit offenem oder minimalinvasivem Zugang) bei Patient:innen ab 10 Jahren mit 305,28 € (508,8 AU\$) für die Operation und 52,08 € (86,80 AU\$) für die Anästhesie vergütet.

Dänemark: Eine Leistenbruchoperation mit Netz wird in Dänemark mit 832,02 € (6400,13 DKK) für die Operation vergütet. Für die Anästhesie fallen in Abhängigkeit der Dauer 114,16 € bis 1027,43 € (<15 Minuten bis > 120 Minuten, 878,14-7903,28 DKK) an.

Deutschland: In Deutschland wird die Leistenoperation gemäß Anhang 2 des EBM abgerechnet. Der einfachste Eingriff wird mit 259,36 € vergütet (GOP 31153). Hinzukommen weitere Positionen für die Anästhesie (31823 194,78 € und 05310 15,17 €), die Überwachung (31505 112,27 €) sowie die postoperative Behandlung (31609 20,45 €). Zusätzlich können die Versicherten- bzw. Grundpauschalen und ggf. weitere Zuschläge (z. B. Diagnostik) abgerechnet werden.

England: In England werden einfache Hernienoperationen mit einem einheitlichen Preis für die tagesklinische und stationäre Erbringung vergütet. Dieser beträgt 2.278,15 € (1.981 GBP).

Frankreich: In Frankreich legt die Krankenversicherung je nach konkreter Prozedur einen Preis von 201,87€ bis 287,56 € fest. Hinzu kommen die Kosten der Anästhesie von 103,64 € bis 171,57 €. Diese Preise haben jedoch hauptsächlich für die Erstattungshöhe Relevanz; angeboten werden die Operationen zu höheren Preisen.

Niederlande: In den Niederlanden werden Hernien-Operationen als Prozeduren (*Zorgactiviteiten*) innerhalb des Fallpauschalensystems (*diagnose-behandelcombinatie (dbc)*) dem freien Segment (auch B-Segment genannt) mit frei verhandelbaren Tarifen zugeordnet. Für diese gibt es keine festgelegten Maximalvergütungen. Die zugehörigen Tarife der Versicherer für Vertragsleistungserbringer sind nicht einsehbar. Werden die Leistungen bei nicht vertraglich an den Versicherer gebundenen Ärzt:innen erbracht, so werden ungefähr € 1.100 bis 1.600 € bei ambulanter Erbringung erstattet (VGZ, 2023).

Österreich: In Österreich ist die Operation der Leistenhernie im Katalog tagesklinischer Eingriffe gelistet und wird bei spitalsambulanter Erbringung so vergütet wie bei stationärer. Ein einfacher Hernieneingriff wird dabei mit 2.025 Punkten bewertet. Die Bewertung in Euro ist je nach Bundesland und Krankenhaus unterschiedlich. Für den Vergleich wird auf die Kostenbewertung zurückgegriffen, die von 1 Punkt = 1 Euro ausgeht.

Schweiz: Wie in Deutschland erfolgt die Abrechnung einer ambulanten Hernien-OP in der Schweiz über mehrere Positionen. Der einfachste Eingriff wird mit 913,49 € vergütet. Zusätzlich kommen Kosten für die Anästhesie, die nicht-ärztliche Betreuung, Vorgespräche etc. in Höhe von 682,40 €. Eine Übersicht zur Fallkonstellation im Anhang listet die angewendeten Positionen auf.

Vergütungsübersicht 6: Operation der Leistenhernie bei Patient:innen mittleren Alters (40 Jahre)

Land	Australien	Dänemark	Deutschland	England	Frankreich	Niederlande	Österreich	Schweiz
Grundbetrag	305,28 €	832,02 €	259,36 €	2.278,15 €	201,87€	1.357,83 €	2.025,00 €	913,49 €
<i>Beschreibung</i>	<i>Femoral- oder Inguinalhernie</i>	<i>Leistenbruch-operation mit Netz</i>	<i>Visceral-chirurgischer Eingriff der Kategorie F3</i>	<i>Eingriffe an Leisten-, Nabel- oder Oberschenkelbrüchen, 19 Jahre und älter, mit CC-Score 0</i>	<i>Leistenhernie mit Einsetzen einer Prothese</i>	<i>Operation bei Leistenbrüchen</i>	<i>Femoral- oder Inguinalhernie</i>	<i>Inguinalhernie</i>
Zuschläge	52,08 €	342,48 €	380,13 €		124,54 €			682,40 €
<i>Beschreibung</i>	<i>Anästhesie</i>	<i>Anästhesie für 30 bis 60 Minuten</i>	<i>Anästhesie, Überwachung, Grundpauschalen etc.</i>		<i>Anästhesie</i>			<i>Anästhesie, Überwachung, Vorgespräche etc.</i>
Summe	357,36 €	1.174,50 €	639,49 €	2.278,15 €	326,41 €	1.357,83 €	2.025,00 €	1.595,89 €
zusätzliche, nicht eingerechnete Leistungen			<i>Zusatzpauschale Diagnostik etc.</i>					
Anmerkungen			<i>Je nach Technik können höhere Kosten entstehen</i>	<i>Tagesklinischer Eingriff</i>	<i>Relevant für Kostenerstattung, Angebotspreis höher</i>	<i>Mittlerer Erstattungspreis bei nicht vertraglich gebundenen Ärzt:innen (1.163,86 € bis 1.551,81 €)</i>	<i>Tagesklinischer Eingriff</i>	<i>Je nach Technik können höhere Kosten entstehen</i>

Für Informationen zu den berücksichtigten Ziffern sowie weiteren Details siehe Anhang.

3. Fazit

Das Ergebnis dieses internationalen Preisvergleichs ärztlicher Leistungen verdeutlicht, dass erhebliche Unterschiede in der Abrechnung von medizinischen Dienstleistungen existieren. Diese Diskrepanzen können auf vielfältige Faktoren wie die unterschiedliche Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme und Versicherungsmodelle sowie andere rechtliche Rahmenbedingungen zurückzuführen sein. Die unterschiedlichen Abrechnungssysteme erschweren die Vergleichbarkeit. Insgesamt zeigt diese Arbeit aber, dass trotz der Komplexität eine Gegenüberstellung der Preise möglich ist.

Bei der Interpretation müssen jedoch die jeweiligen Rahmenbedingungen und Ziele der Gebührenordnungen berücksichtigt werden. In den Niederlanden stellen die dargestellten Preise im Segment 1 (siehe Kapitel 4.2) Maximalvergütungen dar; im Versorgungsalltag kann die tatsächlich vereinbarte Vergütung daher geringer ausfallen. Insbesondere bei den fachärztlichen Leistungen in Ländern wie Australien, Dänemark, Frankreich oder Österreich aber auch für die anderen Segmente in den Niederlanden können die an die Ärzt:innen entrichteten Vergütungen hingegen nach oben abweichen. Denn die Gebührenordnungen werden, je nach Bereich und Patient:innengruppe, zum Teil nur für die Festlegung der Kostenerstattung durch die Krankenversicherung oder den Gesundheitsdienst herangezogen. Höhere Kosten sind daher möglich, aber durch die Patient:innen zu tragen. Prinzipiell höhere Preise sind auch in Deutschland auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) möglich. Diese stand im Rahmen der Kurzexpertise jedoch nicht im Fokus.

Zur Einordnung der Unterschiede sind des Weiteren Kontextunterschiede, wie z. B. die Lebenshaltungskosten bzw. Kaufkraftunterschiede, angemessen zu berücksichtigen. Dennoch legt der Vergleich nahe, dass sich die Preise ärztlicher Leistungen in Deutschland eher im Mittelfeld der Vergleichsländer befinden. Die im internationalen Vergleich gleichwohl hohen Einkommen der Ärzt:innen beruhen daher vermutlich auf einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme der Praxen. Dies legt auch der OECD-Vergleich der Patient:innenkontakte je Arzt nahe (OECD, 2019). Hier liegt Deutschland mit ca. 2.300 Kontakten pro Arzt und Jahr im Vergleich der in dieser Studie betrachteten Länder an erster Stelle, knapp vor den Niederlanden und über dem OECD-Durchschnitt (siehe Abbildung 1 im Anhang).

4. Systemische Einordnung und Methodik

Für die vorliegende Arbeit wurden OECD-Länder ausgewählt, welche Deutschland in der Struktur ihrer Gesundheitsversorgung zumindest teilweise ähneln und damit für Vergleichszwecke herangezogen werden können. Ausgewählt wurden Australien, Dänemark, England, Frankreich, die Niederlande, Österreich und die Schweiz. Hierbei handelt es sich um europäische Nachbarländer sowie Australien, welches anlässlich der Einführung des Fallpauschalensystems als Modell für Deutschland herangezogen wurde. In allen Ländern werden niedergelassene Ärzt:innen betrachtet. Diese arbeiten in allen hier betrachteten Ländern, mit Ausnahme der Fachärzt:innen in England, auch als Selbstständige. Damit tragen sie ein höheres unternehmerisches Risiko als Ärzt:innen im Angestelltenverhältnis, haben aber gleichzeitig die Möglichkeit, über das Gehalt hinausgehende Einnahmen zu erzielen. In allen Ländern außer England liegt somit zumindest teilweise, wenngleich nicht in demselben Umfang wie in Deutschland, eine doppelte Facharztschiene vor; die fachärztliche Versorgung erfolgt also neben den Krankenhäusern auch in Praxen im niedergelassenen Bereich.

In folgendem Abschnitt werden ausgewählte Kernbestandteile der ambulanten Versorgung adressiert. Hierzu zählt zunächst eine Einordnung der ambulanten Versorgung in Bezug auf das jeweilige Gesundheitssystem und den Anteil der ambulanten Versorgung an der ambulanten Leistungserbringung. Zudem wird das jährliche durchschnittliche ärztliche Einkommen angegeben und sofern möglich nach Anteilen der Vergütungssysteme (z.B. Kopfpauschale, Einzelleistungsvergütung) aufgeschlüsselt. Außerdem wird die Herleitung ambulanter Preise in den ausgewählten Ländern dargestellt. Die untersuchten Länder verwenden eine Reihe von Instrumenten, um erstens das Ausgabenwachstum zu dämpfen und zweitens ausgewählte Leistungsbereiche gesondert zu fördern. Auch hierauf wird an dieser Stelle soweit möglich eingegangen.

4.1. Leistungsangebot und Inanspruchnahme im internationalen Vergleich

Im Vergleich der betrachteten Länder (siehe *Tabelle 1*) verfügt Deutschland nach Österreich über die höchste Zahl an Ärzt:innen pro Einwohner (in Köpfen). Werden nur hausärztlich tätige Ärzt:innen berücksichtigt, liegt Deutschland hingegen im unteren Mittelfeld, während Australien, Frankreich, die Niederlande, Österreich und die Schweiz über eine höhere Zahl an Hausärzt:innen pro 1 000 Einwohner verfügen. Bei (einschließlich der an Krankenhäusern beschäftigten) Fachärzt:innen liegt Deutschland im Vergleich der betrachteten Länder an der Spitze. Der Anteil der ambulanten Versorgung an allen Gesundheitsausgaben liegt in den Ländern zwischen 12 % bis 20 %; Deutschland befindet sich mit 19 % an zweiter Stelle nach Australien.

Mit einem Durchschnittsbruttoeinkommen von ca. 189.000 € bzw. 232.000 € pro Jahr nach Abzug der Praxiskosten liegen Hausärzt:innen und Fachärzt:innen in Deutschland, ohne Berücksichtigung von Kaufkraftunterschieden, im Vergleich der Länder im oberen Bereich und werden lediglich von Ärzt:innen in der Schweiz übertroffen. Gleichzeitig ist die Anzahl der Arztkontakte pro Kopf in Deutschland auch deutlich überdurchschnittlich (OECD, 2021a).

In allen hier betrachteten Ländern rechnen Ärzt:innen grundsätzlich nach einer Mischung aus Einzelleistungen und anderen Vergütungsarten, beispielsweise Kopfpauschalen, ab. Allerdings gibt es eine starke Varianz zwischen den untersuchten Ländern. Im internationalen Vergleich muss dabei das zum Teil unterschiedliche Verständnis von Vergütungssystematiken berücksichtigt werden. So wird z.B. die Vergütung in Deutschland oder Österreich international oft als *fee-for-service* (Einzelleistungsvergütung) beschrieben, obwohl viele der Leistungen einen stark pauschalierten Charakter aufweisen (Jung, 2016; KOMV, 2019) und aus deutscher Sicht nicht als überwiegende Einzelleistungen verstanden werden.

Tabelle 1: Kennzahlen zur Versorgung in ausgewählten OECD-Ländern

Land	Ärzt:innen je 1.000 Einwohner (Köpfe)			Ø Einkommen von selbstständigen Ärzt:innen		Vergütungssystematiken für Selbstständige	Anteil ambulanter Ausgaben an den Gesamtausgaben	Preisniveau der allgemeinen Lebenshaltungskosten ^c
	Alle ^a	HÄ	FÄ ^b	HÄ	FÄ			
Australien	4,0	1,8	2,0	104.000 €	229.000 €	HÄ/FÄ: 95 % FFS, 5 % Andere	20%	123 %
Dänemark	4,2	0,8	1,9	179.000 €	na	HÄ: 70 % FFS, 30 % Kopfpauschale; FÄ: >95 % FFS	15%	113 %
Deutschland	4,5	1,0	3,5	189.000 €	232.000 €	HÄ: 60 % pauschalierte Leistungen, 20 % FFS, 20 % Andere; FÄ: unterschiedliche Anteile pauschalierter Leistungen und FFS	19%	96 %
England	3,2	0,6	2,6	165.000 €	-	HÄ: 60 % Kopfpauschale, 15 % FFS, 25 % Andere	13%	105 %
Frankreich	3,2	1,4	1,8	115.000 €	195.000 €	HÄ/FÄ: 85 % FFS, 15 % Andere	14%	92 %
Niederlande	3,9	1,8	2,1	127.000 €	169.000 €	HÄ: 50 % Kopfpauschale, 25% FFS, 25% Andere; FÄ: freiverhandelt, in der Regel FFS an Behandlungszentren / (anteilige) Fallpauschalen am Krankenhaus	12%	100 %
Österreich	5,5	1,5	3,1	141.000 €	203.000 €	HÄ: 75 % pauschalierte Leistungen, 25 % FFS; FÄ: unterschiedliche Anteile pauschalierter Leistungen und FFS	17%	96 %
Schweiz	4,4	1,1	2,7	257.000 €	269.000 €	HÄ/FÄ: 90 % FFS, 10 % Andere	18%	137 %

^a „Alle“ umfasst auch weder den HÄ noch FÄ zugeordnete Ärzt:innen.

^b Die Angaben zu Fachärzten umfassen auch die am Krankenhaus tätigen Ärzt:innen.

^c Die (vergleichenden) Preisniveaus der OECD sind ein Maß für die Unterschiede im allgemeinen Preisniveau der Länder und werden z. B. im Zusammenhang mit der Bestimmung von Kaufkraftparitäten/Purchasing power parities herangezogen. 100 % entsprechen dem OECD Durchschnitt. Wenn der Index des vergleichenden Preisniveaus für ein Land höher (geringer) als 100 ist, ist dieses Land im Vergleich relativ teuer (billiger) (OECD, 2023b).

FFS=Fee-for-service / Einzelleistungsvergütung, HÄ=Hausärzt:innen, FÄ=Fachärzt:innen, na=Keine Daten verfügbar

Quellen: NHS Digital (2023); OECD (2023a), für die Vergütungssystematiken Albrecht und der Heiden (2019); Becker (2019); DREES (2020); Jung (2016); KOMV (2019); Lefèvre et al. (2023); Tikkanen et al. (2020).

Anmerkungen: Alle Angaben für 2022 bzw. aktuellste verfügbare Jahr. Das Einkommen gibt das durchschnittliche Einkommen vor Steuern nach Abzug der Praxiskosten an.

4.2. Die ambulante Preissetzung im Überblick

In allen hier betrachteten Ländern rechnen Ärzt:innen zumindest einen Teil ihrer Leistungen über einen Leistungskatalog ähnlich dem deutschen EBM ab. Wesentliche Vergütungsansätze werden im Folgenden vorgestellt.

Australien

In **Australien** werden medizinische Leistungen des ambulanten Sektors sowie im Krankenhaus erbrachte Leistungen überwiegend von Medicare, der allgemeinen Gesundheitsversicherung, abgedeckt. Ärztliche Leistungen können nach dem Medicare Benefits Schedule (MBS) als Einzelleistungen abgerechnet und vergütet werden. Dieser gilt landesweit und wird durch die Australische Regierung festgelegt. Die Vergütung wird jährlich auf Basis von Empfehlungen von Expert:innen überarbeitet und im Rahmen eines Indexierungsverfahrens entsprechend des Lohnkostenindex des Finanzministeriums angepasst (AMA, 2022). Zur Ausgabensteuerung wurden die Erhöhungen in mehreren Jahren jedoch auch ausgesetzt.

Zur Abrechnung können Ärzt:innen entweder eine private Rechnung ausstellen, welche sich die Versicherten dann durch Medicare anteilig erstatten lassen können oder das *bulk billing* wählen. Im ersteren Fall sind die Ärzt:innen nicht an den MBS gebunden und können höhere Preise abrechnen. Beim *bulk billing* rechnen sie direkt mit Medicare ab und wählen ausschließlich den vom MBS dargestellten Tarif ohne zusätzliche Vergütungen. Für Patient:innen treten in diesem Fall keine Zusatzkosten auf. Etwa 75 % aller Leistungen werden über Bulk Billing abgerechnet. Die Rate variiert zwischen Leistungsbereichen (z.B. General Practice/Allgemeinmedizin: 80 %, Practice Nurse: 100 %, Anästhesie: 10 %, Operationen: 35 %) und Regionen (65 % in der Hauptstadtregion bis über 80 % im Northern Territory) (Medicare, 2022). Die Australische Regierung arbeitet mit Anreizen (*Bulk Billing Incentives*) um den Zugang zur Gesundheitsversorgung für ausgewählte Gruppen zu erleichtern. Darunter zählen beispielsweise Anreize für die Behandlung von vulnerablen Gruppen und Anreize für die Leistungserbringung in ländlichen Regionen.

Für den Zugang zur staatlich unterstützten fachärztlichen Versorgung benötigen die Patient:innen eine Überweisung von Hausärzt:innen. (Tikkanen et al., 2020)

Dänemark

In **Dänemark** wird die Honorarordnung mit festen Preisen für Hausärzt:innen von der Vertretung der Hausärzt:innen (Praktisierende Laegeorganisation, PLO) mit den Regionen verhandelt. Es existieren zwei Honorartabellen in Abhängigkeit der Versicherungsgruppe. Der Gruppe 1 gehört die Mehrheit (>90 %) der Einwohner:innen an. In dieser Gruppe ist die Einschreibung bei und das Gatekeeping durch Hausärzt:innen zwingend vorgeschrieben. Im Gegenzug ist die Versorgung für die Patient:innen kostenlos. In Gruppe 2 besteht die Möglichkeit, Fachärzt:innen ohne Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die ärztlichen Honorare für Versicherte der Gruppe 2 sind in der Regel höher; diese werden über Zuzahlungen seitens der Versicherten finanziert (PLO, 2022).

Über Einzelleistungen hinaus erhalten Hausärzt:innen eine Grundpauschale von 5,48 € pro Monat (entspricht 16,44 € pro Quartal) für eingeschriebene Patient:innen (im Durchschnitt sind dies 1.600 pro Ärzt:in) und eine Praxisführungsgebühr von etwa 2.400 € (18.472,15 DKK) pro Jahr. Seit 2018 wird als Ergänzung der Grundpauschale zusätzlich eine differenzierte Kopfpauschale ausgezahlt die vom Versorgungsgrad sowie der Anzahl der Patienten mit erhöhter Morbidität abhängig ist, die aber jährlich nur wenige Euro pro Patient:in ausmacht (< 10 €, Lefèvre et al. (2023)). Für Fachärzt:innen existieren ähnliche, einheitliche Honorartabellen, die ebenfalls verhandelt werden.

Die Gesamtausgaben für die ärztliche Versorgung unterliegen einer globalen Obergrenze. Umsätze, die oberhalb von aus dem Gesamtbudget abgeleiteten, arztbezogenen Obergrenzen liegen, werden mit Abschlägen vergütet (FAPS, 2023).

Deutschland

In **Deutschland** rechnen Vertragsärzt:innen in der Regel auf Grundlage der regionalen Gebührenordnungen ab, die die im EBM mit Punkten bewerteten Leistungen monetär in Euro überführen und auch weitere regionale Regelungen enthalten können. Der für die Bewertung notwendige Punktwert („Orientierungswert“) wird jährlich zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband verhandelt (KOMV, 2019) und bildet die Grundlage für regionale Punktwerte in den KV-Regionen.

Das Honorar der Ärzt:innen wird durch eine Vielzahl weiterer Regelungen beeinflusst (KOMV, 2019), die hier nur kurz skizziert werden. So werden nur extrabudgetäre Leistungen zu vollen Preisen vergütet. Etwa 60 % der Leistungen fallen hingegen unter die sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) (KBV, 2023), für diese ist letztlich der Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Vergütung entscheidend. Er teilt die zur Verfügung stehenden Mittel auf die Vertragsärzt:innen auf und zieht dabei zwar die erbrachten Leistungen als Grundlage heran, wirkt aber auch steuernd und mengenbegrenzend. Innerhalb der MGV werden Leistungen daher in der Regel „quotiert“ vergütet (KOMV, 2019). Zumindest die Allgemeinmedizin ist mit durchschnittlichen Quoten von 98 % bis 99 % davon jedoch nur geringfügig betroffen (KBV, 2023).

Die Versorgung ist für die Patient:innen zuzahlungsfrei und es besteht freie Arztwahl, auch bei Fachärzt:innen.

England

In **England** arbeiten die meisten Hausärzt:innen im Rahmen von Verträgen, die zwischen der Ärztevertretung British Medical Association und der Regierung ausgehandelt werden. Die Bezahlung der Ärzte besteht größtenteils aus Kopfpauschalen. Diese werden auf Basis verschiedener Faktoren, z. B. nach Alter, Geschlecht, Morbidität, Mortalität und Fluktuation der Patient:innen, der Anzahl der Patient:innen in Pflegeheimen sowie einem Preisfaktor für die lokalen Personalkosten, bestimmt. Mit den Kopfpauschalen sind die meisten medizinischen Leistungen abgegolten. Weitere Vergütungen erfolgen nur für sehr ausgewählte optionale Zusatzleistungen (wie Impfungen für Risikogruppen) und leistungsbezogene Zahlungen, z. B. für die Koordination der Versorgung bei chronischen Krankheiten. Zahlreiche Vertragsmodelle unterscheiden sich darüber hinaus auf lokaler Ebene. (The King's Fund, 2020; Tikkanen et al., 2020)

In den Vergleichen dieser Arbeit wird England daher nur soweit möglich berücksichtigt und sofern Daten verfügbar sind.

Ein direkter Zugang zur fachärztlichen Versorgung, die in England an Krankenhäusern stattfindet, ist nicht möglich, sondern erfolgt nur auf Überweisung durch die Hausärzt:innen.

Frankreich

In **Frankreich** existieren weitgehend einheitliche Vergütungsgrundlagen. Ambulante Leistungen werden nach dem Verzeichnis medizinischer Leistungen, der Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), abgerechnet. Leistungen, die in der CCAM nicht enthalten sind, werden nach der älteren Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) abgerechnet. Die zugehörigen Preise, ähnlich dem Orientierungswert, werden in Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den

Ärztegewerkschaften festgelegt und anschließend durch das Gesundheitsministerium genehmigt. Versicherte müssen in der Regel mindestens 30 % der anfallenden Kosten selbst übernehmen. Bei Ärzt:innen, die im sogenannten Sektor 2 zugelassen sind und die das Recht haben, Tarife weitgehend frei festzulegen, sind die Zuzahlungen entsprechend höher. Weniger als 10 % aller Hausärzt:innen sind dem Sektor 2 zugeordnet, bei Fachärzt:innen beträgt der Anteil hingegen fast 50 % (Becker, 2019).

Über Einzelleistungen hinaus gewährt Frankreich eine Reihe an separaten Vergütungen, um ausgewählte Bereiche besonders zu fördern. Dazu gehören beispielsweise eine Zusatzvergütung für das Erreichen vorgegebener Qualitätsziele (Rémunération sur objectifs de santé publique, ROSP), eine in Abhängigkeit von bestimmten Strukturindikatoren gezahlte Strukturpauschale (forfait structure, z. B. zur Förderung der Digitalisierung) sowie Pauschalen zur kontinuierlichen Patient:innenbetreuung (forfait patientèle médecin traitant).

Das Parlament legt jährlich eine nationale Obergrenze für die Gesundheitsausgaben, bekannt als ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), fest. Diese bestimmt prospektiv die jährliche maximale Zuwachsrate für die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen, welche anschließend auf einzelnen Sektoren herunter gebrochen wird.

Grundsätzlich besteht freie Arztwahl, allerdings müssen Patient:innen, die sich ohne Überweisung selbst an Fachärzt:innen wenden, eine höhere Kostenbeteiligung tragen. (Lefèvre et al., 2023; Tikkanen et al., 2020)

Niederlande

In den **Niederlanden** erfolgt die Vergütung von Hausärzt:innen in drei Segmenten. Das größte Segment 1 finanziert die Grundversorgung und besteht aus einer Pauschalgebühr pro registriertem Patient und kontaktbezogenen Beratungsgebühren. Obwohl die Registrierung bei Hausärzt:innen nicht offiziell erforderlich ist, sind über 95 % der Bürger entsprechend angemeldet. Die maximalen Vergütungssätze im Segment 1 werden landesweit einheitlich von der nationalen Gesundheitsbehörde festgelegt. Segment 2 besteht aus Vergütungen für die multidisziplinäre Versorgung bestimmter Indikationen in Formen von Bundled Payments. Die Preise werden mit den Versicherungen größtenteils frei verhandelt. Segment 3 umfasst zusätzliche, ebenfalls frei verhandelte Verträge zur Förderung von Innovationen und Pay for Performance (Tikkanen et al., 2020). Für bestimmte Patient:innengruppen gibt es abweichende Tarife (z. B. Militärangehörige, Ausländer, nicht-ingeschriebene Patient:innen).

Ambulante fachärztliche Leistungen werden über Anteile an diagnosebezogenen Pauschalen oder über Einzelleistungen bzw. Leistungskomplexe vergütet, abhängig davon, ob die Behandlung durch selbstständige Ärzt:innen in Krankenhäusern oder in eigenständigen Zentren erfolgt. Für ausgewählte Leistungen (Segment A) legt die nationale Gesundheitsbehörde Maximalvergütungen fest, der Großteil ist jedoch frei verhandelbar. Die Inanspruchnahme von Fachärzt:innen erfolgt nur auf Überweisung durch die Hausärzt:innen. (Lefèvre et al., 2023; Tikkanen et al., 2020)

Private Zusatzversicherungen, Selbstbehalte und Zuzahlungen spielen in den Niederlanden, insbesondere für fachärztliche Leistungen, eine große Rolle. Darüber hinaus gibt es auf mehreren Ebenen Mechanismen zur Begrenzung und Steuerung der Gesundheitsausgaben. So wird die Höhe des jährlichen Ausgabenzuwachses in Verhandlungen zwischen dem Gesundheitsministerium, den Leistungserbringern, den Krankenkassen und Vertretern der Patient:innen auf Basis eines nationalen Gesundheitsbudgets festgelegt (Albrecht und der Heiden, 2019).

Österreich

In **Österreich** variiert die Vergütung zwischen den Regionen, Kassen und den zwei Niederlassungsarten (Kassenärzt:innen, Wahlärzt:innen). Das System der Kassenärzt:innen ähnelt dem deutschen Vertragsarztsystem. Wie in Deutschland unterliegen sie gewissen Anforderungen, beispielsweise zu Mindestöffnungszeiten⁴, zu Einschränkungen in der Niederlassung und zur Einhaltung wirtschaftlicher Kriterien bei der Verschreibung von Medikamenten. Ihre Vergütung wird in Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und der Ärztekammer der entsprechenden Region festgelegt. Die Vereinbarungen ähneln in ihrer Grundstruktur der deutschen Herangehensweise der Gesamtverträge. Die Ausgabensteuerung erfolgt seitens der Politik durch Vorgaben für die Vereinbarungen. So wurden Honorarabschlüsse, durch die das Honorarvolumen stärker stieg als die Beiträge, für unzulässig erklärt (Rechnungshof, 2021).

Im Gegensatz zu Kassenärzt:innen besitzen Wahlärzt:innen keinen Kassenvertrag und unterliegen dementsprechend keinen Vorgaben in Bezug auf Niederlassung, Öffnungszeiten und Ähnlichem. Sie sind frei in der Preisgestaltung, können sich aber an Empfehlungen der Ärztekammer orientieren. Die Krankenkassen erstatten in der Regel einen Teil der Vergütung, zumeist 80 % der entsprechenden Vergütungshöhe bei Kassenärzt:innen. Zu den Wahlärzt:innen zählen auch Krankenhausärzt:innen, welche nur als Nebentätigkeit in einer Wahlarztpraxis arbeiten (BMASGK, 2019). Kassenärzt:innen können darüber hinaus zusätzlich in privater Praxis arbeiten und private Leistungen abrechnen. Sie sind dort völlig frei in ihrer Preisgestaltung und schlüsseln ihre Leistungen auch nicht im Sinne der Krankenkassenleistungen auf. Eine Erstattung für diese Leistung ist daher ausgeschlossen.

In Österreich gilt die freie Arztwahl. Etwa die Hälfte der niedergelassenen Ärzt:innen hat einen Vertrag mit einer Krankenkasse (BMASGK, 2019). Damit setzt sich ein Abwärtstrend der vergangenen Jahre mit zunehmend geringeren Anzahlen von Kassenärzt:innen fort (Österreichische Ärztekammer, 2023).

Schweiz

In der Schweiz werden abgesehen von einigen Managed-Care-Plänen, bei denen über Kopfpauschalen vergütet wird, die meisten Hausärzt:innen gemäß der nationalen Gebührenordnung TARMED vergütet, die im Jahr 2004 mit dem Vorbild des EBM eingeführt wurde. Der TARMED ist deutlich stärker einzelleistungsorientiert als der EBM. Die TARMED-Punktwerte werden jährlich zwischen den Krankenversicherungsverbänden und den kantonalen Verbänden der Leistungserbringer verhandelt. Wenn keine Einigung erzielt wird, kann die kantonale Regierung die Gebührenhöhe festlegen. Es ist nicht erlaubt, über der festgelegten Gebührenhöhe abzurechnen. Budgetsteuernde Maßnahmen sind grundsätzlich nicht vorgesehen, allerdings griff der Bundesrat 2018 mit dem Ziel von Einsparungen in die Tarifstruktur ein und legte verschiedene Abrechnungsbeschränkungen fest. Die Einführung stärker pauschalierter Elemente ist seit Jahren geplant, steckt jedoch weiterhin in Verhandlungen. Patient:innen müssen sich durch Franchise und Selbstbehalte in der Regel an den Kosten beteiligen.

In der Schweiz gilt die freie Arztwahl. (Albrecht und der Heiden, 2019; Tikkanen et al., 2020).

⁴ Variiert von Bundesland zu Bundesland. In der Regel rund 20 Stunden zuzüglich der Zeit für Hausbesuche.

5. Referenzen

5.1. Basisliteratur zu den Vergütungen

Australien	Australian Government Department of Health and Aged Care of the Australian Government (2023) MBS Online. Medicare Benefits Schedule. http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Home . Zugegriffen: 16. August 2023
Dänemark	FAPS (Foreningen af Praktiserende Speciallæger) (2023) Takster. https://www.laeger.dk/foreninger/faps/takster . Zugegriffen: 27. Juli 2023
	Læger (2023) Honorarer og ydelser i almen praksis. https://www.laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/honorarer/ . Zugegriffen: 15. August 2023
Deutschland	KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023) Online-Version des EBM. Kassenärztliche Bundesvereinigung. https://www.kbv.de/html/online-ebm.php . Zugegriffen: 16. August 2023
England	NHS England (2023) 2023-25 NHS Payment Scheme. https://www.england.nhs.uk/publication/2023-25-nhs-payment-scheme/ . Zugegriffen: 22. August 2023
	Jones KC, Burns A (2021) Unit Costs of Health and Social Care 2021. Personal Social Services Research Unit. doi:10.22024/UNIKENT/01.02.92342
Frankreich	Amelie (l'Assurance Maladie) (2023) CCAM en ligne - CCAM. https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php . Zugegriffen: 15. August 2023
	Amelie (l'Assurance Maladie) (2023) La nomenclature générale des actes professionnels - NGAP. https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap . Zugegriffen: 16. August 2023
	Amelie (l'Assurance Maladie) (2023) Consultations et actes: Les tarifs conventionnels ameli.fr Médecin. https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/consultations-actes/tarifs . Zugegriffen: 16. August 2023
	Amelie (l'Assurance Maladie) (2023) Permanence des soins. https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/permanence-soins . Zugegriffen: 20. August 2023
	Ministère de la santé et de la prévention (2023) Arrêté du 20 avril 2023 modifiant la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2023/4/20/SPRS2311234A/jo/texte
Niederlande	LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) (2023) NZa-maximumtarieven huisartsenzorg 2023. https://www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/declareren-en-tarieven/tarieven/ . Zugegriffen: 15. August 2023
	NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) (2023) Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 - TB/REG-23617-03. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_711671_22/ . Zugegriffen: 15. August 2023

	VGZ (2023) Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders basisverzekering 2023. https://www.vgz.nl/-/media/project/websites/shared/site-documents/2023/d0260-202211-lijst-maximale-vergoeding-2023.pdf
Österreich	Ärztelkammer für Niederösterreich (2023) Kostenloses Kinder-Impfkonzepth des Landes NÖ. https://www.arztnoe.at/fuer-aerzte/news-details/kostenloses-kinder-impfkonzepth-des-landes-noe . Zugegriffen: 16. August 2023
	Ärztelkammer für Niederösterreich (2023) Tarife. https://www.arztnoe.at/tarife . Zugegriffen: 18. August 2023
	Ärztelkammer Steiermark (2023) ÖGK-Steiermark Kassentarif und Rückerstattungstarif. https://www.aekstmk.or.at/cms/get_doc2.php?artid=1291&docId=13562
	BVAEB (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau) (2019) Gesamtvertrag. https://www.bvaeb.at/cdscontent/load?contentid=10008.735120&version=1587629734
	ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse) (2023) Honorarordnung für Einzelvertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte; im Bundesland Steiermark, abgeschlossen zwischen der Ärztelkammer für Steiermark und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 01.07.1993 bzw. Gruppenpraxis-Gesamtvertrages vom 01.10.2004 idjgF angeführten Krankenversicherungsträger. Stand: 01.01.2021
	ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse) (2021) Gesamtverträge für Ärzte. https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879096&portal=oegkportal . Zugegriffen: 16. August 2023
Schweiz	EFK (Eidgenössische Finanzkontrolle) (2010) Tarmed - der Tarif für ambulante erbrachte ärztliche Leistungen Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes. https://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/evaluationen/Evaluationen%20(32)/8381%20Bericht%20deutsch%20Dez%202010.pdf
	FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) (2023) Tarmed 01.09_BR (KVG) Online Browser - Home. https://browser.tartools.ch/#/tarmed_kvg . Zugegriffen: 16. August 2023
	NewIndex AG (2023) Kantonale Taxpunktwerthe. https://www.newindex.ch/wp-content/uploads/2023/07/TPW-DE-2023-2013_neu_-2.pdf

5.2. Literaturverzeichnis

Albrecht M, der Heiden I an (2019) Internationaler Vergleich ambulanter Vergütung; Gutachten zu einem internationalen Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung aus gesundheitsökonomischer Perspektive. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. IGES

AMA (Australian Medical Association) (2022) Why Medicare indexation matters. <https://www.ama.com.au/sites/default/files/2022-11/AMA%27s-plan-to-Modernise-Medicare-Why-Medicare-indexation-matters.pdf>. Zugegriffen: 24. Juli 2023

Amelie (l'Assurance Maladie) (2023) CCAM en ligne - CCAM. <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>. Zugegriffen: 15. August 2023

Amelie (l'Assurance Maladie) (2023) Consultations et actes: Les tarifs conventionnels | ameli.fr | Médecin. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/consultations-actes/tarifs>. Zugegriffen: 16. August 2023

Amelie (l'Assurance Maladie) (2023) La nomenclature générale des actes professionnels - NGAP. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap>. Zugegriffen: 16. August 2023

Amelie (l'Assurance Maladie) (2023) Permanence des soins. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/permanence-soins>. Zugegriffen: 20. August 2023

Ärztammer für Niederösterreich (2023) Kostenloses Kinder-Impfkonzept des Landes NÖ. <https://www.arztnoe.at/fuer-aerzte/news-details/kostenloses-kinder-impfkonzept-des-landes-noe>. Zugegriffen: 16. August 2023

Ärztammer für Niederösterreich (2023) Tarife. <https://www.arztnoe.at/tarife>. Zugegriffen: 18. August 2023

Ärztammer Steiermark (2023) Gratisimpfaktion: Neu & gut. <https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=12138>. Zugegriffen: 16. August 2023

Ärztammer Steiermark (2023) ÖGK-Steiermark Kassentarif und Rückerstattungstarif. https://www.aekstmk.or.at/cms/get_doc2.php?artid=1291&docId=13562

Australian Government Department of Health and Aged Care of the Australian Government (2023) MBS Online. Medicare Benefits Schedule. <http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Home>. Zugegriffen: 16. August 2023

Baier N, Geissler A, Bech M, Bernstein D, Cowling TE, Jackson T, van Manen J, Rudkjøbing A, Quentin W (2019) Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms. Health policy (Amsterdam, Netherlands) 123:1–10. doi:10.1016/j.healthpol.2018.11.001

Becker U (2019) Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen im Rechtsvergleich; Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

BMASGK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) (2019) Das österreichische Gesundheitssystem; Zahlen – Daten – Fakten. Aktualisierte Auflage 2019

BVAEB (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau) (2019) Gesamtvertrag. <https://www.bvaeb.at/cdscontent/load?contentid=10008.735120&version=1587629734>

destatis (Statistisches Bundesamt) (2023) Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2021

DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) (2020) Les dépenses de santé en 2019; Résultats des comptes de la santé

EFK (Eidgenössische Finanzkontrolle) (2010) Tarmed - der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes. [https://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/evaluationen/Evaluationen%20\(32\)/8381%20Bericht%20deutsch%20Dez%202010.pdf](https://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/evaluationen/Evaluationen%20(32)/8381%20Bericht%20deutsch%20Dez%202010.pdf)

FAPS (Foreningen af Praktiserende Speciallæger) (2023) Takster. <https://www.laeger.dk/foreninger/faps/takster>. Zugriffen: 27. Juli 2023

FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) (2023) Tarmed 01.09_BR (KVG) Online Browser - Home. https://browser.tartools.ch/#/tarmed_kvg. Zugriffen: 16. August 2023

Jones KC, Burns A (2021) Unit Costs of Health and Social Care 2021. Personal Social Services Research Unit. doi:10.22024/UNIKENT/01.02.92342

Jung R (2016) Anteil pauschaler Vergütungen in der Allgemeinmedizi

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023) Honorarbericht; Quartal 4/2021

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023) Online-Version des EBM. Kassenärztliche Bundesvereinigung. <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>. Zugriffen: 16. August 2023

KOMV (2019) Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung; Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Læger (2023) Honorarer og ydelser i almen praksis. <https://www.laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/honorarer/>. Zugriffen: 15. August 2023

Lefèvre M, Levy M, van de Voorde C (2023) General practitioner remuneration: overview of selected countries with a mixed system of fee-for-service and lump-sum payments; KCE Report 366

Les Comptes de la Sécurité Sociale (2021) RÉSULTATS 2020 PRÉVISIONS 2021 et 2022 Rapport septembre 2021; Le financement des structures de médecine d'urgence

LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) (2023) NZa-maximumtarieven huisartsenzorg 2023. <https://www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/declareren-en-tarieven/tarieven/>. Zugriffen: 15. August 2023

Lorenzoni L, Dougherty S (2022) Understanding Differences in Health Care Spending: A Comparative Study of Prices and Volumes Across OECD Countries. Health services insights 15:11786329221109755. doi:10.1177/11786329221109755

Medicare (2022) Medicare data, statistics and reporting. <https://www.health.gov.au/topics/medicare/data-statistics-reporting>. Zugriffen: 23. Juli 2023

Medicare (2023) Medicare billing for immunisations - Australian Immunisation Register for health professionals - Services Australia. <https://www.servicesaustralia.gov.au/medicare-billing-for-immunisations?context=23401>. Zugriffen: 24. Juli 2023

Messerle R, Schreyögg J, Gerlach FM (2021) Patientenorientierte Notfallsteuerung. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 43–67

Milstein R, Shatrov K, Schmutz LM, Blankart CR (2022) How to pay primary care physicians for SARS-CoV-2 vaccinations: An analysis of 43 EU and OECD countries. Health policy (Amsterdam, Netherlands) 126:485–492. doi:10.1016/j.healthpol.2022.03.008

Ministère de la santé et de la prévention (2023) Arrêté du 20 avril 2023 modifiant la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2023/4/20/SPRS2311234A/jo/texte>

NewIndex AG (2023) Kantonale Taxpunktwerte. https://www.newindex.ch/wp-content/uploads/2023/07/TPW-DE-2023-2013_neu_-2.pdf

NHS Digital (2023) NHS Workforce Statistics. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/general-and-personal-medical-services/31-may-2023>.

Zugegriffen: 27. Juli 2023

NHS England (2023) 2023-25 NHS Payment Scheme. <https://www.england.nhs.uk/publication/2023-25-nhs-payment-scheme/>. Zugegriffen: 22. August 2023

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) (2023) Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023 - TB/REG-23617-03. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_711671_22/. Zugegriffen: 15. August 2023

OECD (2019) OECD Health Statistics 2019.; Figure 9.2. Estimated number of consultations per doctor, 2017 (or nearest year). <https://doi.org/10.1787/888934017652>

OECD (2021a) Consultations with doctors. <https://stat.link/7f90he>

OECD (2021b) Prices in the health sector; Health at a Glance 2021. <https://doi.org/10.1787/2059426b-en>

OECD (2023a) Health statistics. <https://doi.org/10.1787/data-00900-en>

OECD (2023b) Price level indices (indicator). <https://doi.org/10.1787/c0266784-en>

ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse) (2021) Gesamtverträge für Ärzte. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879096&portal=oegkportal>.

Zugegriffen: 16. August 2023

ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse) (2023) Honorarordnung für Einzelvertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte; im Bundesland Steiermark, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Steiermark und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 01.07.1993 bzw. Gruppenpraxis-Gesamtvertrages vom 01.10.2004 idjgF angeführten Krankenversicherungsträger. Stand: 01.01.2021

Österreichische Ärztekammer (2023) Daten & Fakten. <https://www.aerztekammer.at/daten-fakten>. Zugegriffen: 21. Juli 2023

PLO (Praktiserende Lægers Organisation) (2022) PLO Faktaark.

Rechnungshof (2021) Bericht des Rechnungshofes: Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich

The King's Fund (2020) GP funding and contracts explained

Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G (Hrsg) (2020) International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States

TRISAN (Trinationales Kompetenzzentrum) (2017) Die medizinische Notfallversorgung in der Schweiz. https://www.trisan.org/fileadmin/user_upload/Urgences_-_Suisse_DE_formatiert.pdf

van Velzen N, Janssen R, Varkevisser M (2023) Emergency care reconfiguration in the Netherlands: conflicting interests and trade-offs from a multidisciplinary perspective. Health economics, policy, and law:1–17. doi:10.1017/S1744133123000099

VGZ (2023) Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders basisverzekering 2023. <https://www.vgz.nl/-/media/project/websites/shared/site-documents/2023/d0260-202211-lijst-maximale-vergoeding-2023.pdf>

Zilveren Kruis (2023) Vergoedingen niet-gecontracteerde zorg Medisch Specialistische Zorg 2023. https://www.zilverenkruis.nl/-/media/zilverenkruis/files/consumenten/veelgestelde vragen/niet-gecontracteerdezorg/tarievennietgecontracteerde-zorg/tarieven-niet-gecontracteerde-zorg-2023/medisch_specialistische_zorg_2023_zk.pdf

6. Anhang

6.1. Ergänzende Quellen auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2023). Übersicht über die Wegegebühren in Baden-Württemberg. Stuttgart.
KV Berlin, vdek, BKK LV, BIG, KNAPPSCHAFT, SVLFG (2023) 2. Änderungsvereinbarung, Anlage 1 zur Impfvereinbarung: Symbolnummern (SNR) und Vergütungen (Stand 01.01.2023), Berlin.
KV Berlin, AOK Nordost (2023), 1. Änderungsvereinbarung, Anlage 1 zur Impfvereinbarung: Symbolnummern (SNR) und Vergütungen (Stand 01.01.2023), Berlin.
KV Brandenburg (2023). Symbolnummernverzeichnis. Stand 01.01.2023. Potsdam.
KV Bremen (2023). Regionale Pseudo-Nrn.-Gebührenordnung. Stand: 01.04.2023. Bremen.
KV Hamburg (2023). Honorarvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, dem BKK-Landesverband Nordwest, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), der IKK classic, der Knappschaft, den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Hamburg, Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Handelskrankenkasse (hkk), HEK – Hanseatische Krankenkasse, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Hamburg.
KV Hamburg (2023). Sonderabrechnungsnummern der KV Hamburg. Stand 02.01.2023. Hamburg.
KV Hessen (2023). Hessenspezifische Gebührenordnungspositionen. Stand: 2. Quartal 2023.
KV Niedersachsen (2023). Schutzimpfungen. Stand: 01.01.2023. Einzelimpfungen. Hannover
KV Nordrhein. Übersicht der Symbolnummern und weiteren Einzelleistungen. Stand: 05.04.2023.
KV Nordrhein (2023). Übersicht der zusätzlich vereinbarten Satzungsimpfungen mit verschiedenen Krankenkassen und Abrechnungshinweisen (Stand: April 2023).
KV Rheinland-Pfalz (2023). Informationen zum Thema Wegepauschalen in Rheinland-Pfalz. Stand: März 2023.
Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2023). Leistungs- und Vergütungsverzeichnis „Schutzimpfungen“ am 01.01.2023. Stand: 15.02.2023.
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen ().
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (2023). Anlage zur Impfvereinbarung Sachsen-Anhalt. Stand: 01. Januar 2023.
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2022). Wegegeldregelung.
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2023). Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen. Anlage 1 – Impfleistungen. Gültig ab 01. Januar 2023.
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2023). Wegepauschalen, gültig ab 01.01.2023. Weimar.
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2023). Übersicht zu zusätzlich vereinbarten Satzungsimpfungen mit verschiedenen Krankenkassen (Stand: Januar 2023). Dortmund.
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2023). Symbolnummern für die Abrechnung. Primärkassen, Ersatzkassen und Sonstige Kostenträger. Stand: 01.01.2023. Version: 23.1.3.

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2022). Impfvereinbarung für Westfalen-Lippe. Dokumentationsnummern und Vergütungen – Stand Juni 2022. Dortmund.

6.2. Detailinformationen Leistungsvignetten

Details Leistung 1: Allgemeine Konsultation

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Abrechnungsinformationen	Anmerkungen
Australien – Hausärztliche Versorgung	3	11,31 € (18,85 AU\$)	Einfacher Kontakt kürzer als 5 Minuten bei offensichtlichem Problem	
	23	24,72 € (41,20 AU\$)	Einfacher Kontakt in Hausarztpraxis von bis zu 20 min	
	36	47,82 € (79,70 AU\$)	Kontakt in Hausarztpraxis von 20 bis 40 min	
	44	70,44 € (117,40 AU\$)	Kontakt in Hausarztpraxis über 40 min	
Dänemark – Hausärztliche Versorgung	0101	20,18 € (155,24 DKK)	Einfache Konsultation	
	-	5,48 € (42,18 DKK)	Grundpauschale pro eingeschriebene:r Patient:in pro Monat (entspricht 16,44 € pro Quartal)	
	-	2.401,38 € (18.472,15 DKK)	Jährliche Praxisführungsgebühr	
Deutschland – Hausärztliche Versorgung	03000	13,10	Versichertenpauschale (Quartalspauschale, mind. ein Arzt-Patienten-Kontakt (Patient:in von 19-54 Jahre))	
	03020	0,23	Zuschlag Hygiene	
	03040	15,86	Vorhaltepauschale (pro Quartal und Patient bei mindestens einem Arzt-Patienten-Kontakt))	
Deutschland – Allgemeine innere Medizin	13211	21,14	Grundpauschale (Quartalspauschale, mind. ein Arzt - Patienten-Kontakt (Patient:in von 6-59 Jahren))	
	13215	0,23	Zuschlag Hygiene	
	13220	4,71	Zuschlag für Grundversorgung (sofern im Fall nur grundversorgende Leistungen in Anspruch genommen wurden)	
	13222	1,26	Zuschlag zum Zuschlag 13220	
Deutschland – Chirurgie	07211	26,55	Grundpauschale (Quartalspauschale, (mind. ein Arzt - Patienten-Kontakt (Patient:in von 6-59 Jahren))	
	07215	0,23	Zuschlag Hygiene	
	07220	3,68	Zuschlag für Grundversorgung (sofern im Fall nur grundversorgende Leistungen in Anspruch genommen wurden)	
	07222	1,03	Zuschlag zum Zuschlag 07220	
Deutschland – Frauenheilkunde / Gynäkologie	08211	16,89	Grundpauschale (Quartalspauschale, mind. ein Arzt - Patienten-Kontakt (Patient:in von 6-59 Jahren))	
	08215	0,23	Zuschlag Hygiene	

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Abrechnungsinformationen	Anmerkungen
	08220	2,76	Zuschlag für Grundversorgung (sofern im Fall nur grundversorgende Leistungen in Anspruch genommen wurden)	
	08222	0,69	Zuschlag zum Zuschlag 08220	
Frankreich	C	23,00	Einfacher Besuch in Arztpraxis	+2,00 € für Fachärzt:in der Allgemeinmedizin
– Hausärztliche Versorgung	FMT	5,00	Jährliche Pauschalen zur kontinuierlichen Patientenbetreuung	Höher bei chronischen Erkrankungen, Alter etc.
Niederlande	12010	5,75	Weniger als 5 min	Für eingeschriebene Personen. Sonst 16,92 €-18,46 €
– Hausärztliche Versorgung	12011	11,51	5 bis 20 Minuten	Für eingeschriebene Personen. Sonst 33,84 €-36,91 €
	12001	23,02	20 Minuten und länger	Für eingeschriebene Personen. Sonst 67,68 €-73,82 €
	11000	18,76	Bis 65	Quartalspauschale für eingeschriebene Patient:innen in Abhängigkeit des Alters
	11100	22,01	65-75	
	11105	33,05	75-85	
	11107	51,86	85+	
Österreich (Steiermark)	015	22,24	Erstbesuch (Ordination) in Arztpraxis inkl. Grundbetrag von 9,88 €	Zuschlag für ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache möglich 15,77 € (Pos. 147)
– Hausärztliche Versorgung		7,71	Weiterer Besuch pro Quartal	
	-	4,29	Fachgebietszuschläge für Allgemeinmedizin	
Österreich (Niederösterreich)	12	10,11	Normaler Besuch /Ordination	Position 9 und 12 müssen im Verhältnis zu max. 15:85 vorliegen. Pos. 19 ist limitiert auf 18 % der Fälle.
– Hausärztliche Versorgung	9	3,91	Einfacher Besuch ohne direktes Gespräch	
	19	16,52	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache	
	-	7,72	Hausarztzuschlag	
	-	7,42	Grundvergütung Ärzte f. Allgemeinmedizin	je Fall mit Grundvergütung
Schweiz	00.0010	15,86 € bis 19,62 € (15,25-18,87 CHF)	Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)	Für jede gültige Erstkonsultation pro Kalendervierteljahr
– Hausärztliche Versorgung	00.0020	15,86 € bis 19,62 € (15,25-18,87 CHF)	Jede weiteren 5 Minuten bei Personen zwischen 6 und 75 Jahren.	Gesamtbetrag errechnet sich aus: TP AL × TPW AL plus TP TL × TPW TL Der TWP variiert zwischen den verschiedenen Kantonen. Min. 0,82 und Max: 0,96
	00.0030	7,94 € bis 9,30 € (7,63-8,94 CHF)	Letzen 5 Minuten:	
	00.0015	9,28 € bis 10,86 € (8,92-10,44 CHF)	Zuschlag für rein hausärztliche Leistungen	

Details Leistung 2: Einfacher / dringlicher Hausbesuch

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Beschreibung	Ggf. Fahrtkosten	Weitere Anmerkungen
Australien – Standard	23	24,72 € (41,20 AU\$)	Einfache Konsultation		Längere Konsultationen werden höher vergütet (siehe Leistung 1)
	24	17,31 € (28,85 AU\$)	zuzüglich Besuchspauschale		Höhe je Patient:in abhängig von Zahl der Patient:innen im Rahmen des Hausbesuchs
	90001	36,15 € (60,25 AU\$)	Besuch im Altersheim		Die Abrechnung der Konsultation erfolgt bei Besuchen in Altersheimen mit den gleichen Beträgen, aber anderen Abrechnungsziffern.
Australien – außerhalb der Kernarbeitszeit	5020	32,19 € (53,65 AU\$)	Einfache Konsultation außerhalb der Kernzeit		Längere Konsultationen werden höher vergütet (siehe Leistung 3)
	5023	17,31 € (28,85 AU\$)	zuzüglich Besuchspauschale		
	90001	36,15 € (60,25 AU\$)	Besuch im Altersheim		
Australien – außerhalb der Kernarbeitszeit (dringlich)	585	85,32 € (142,2 AU\$)	Dringende Behandlung Mo-Fr, vor 8:00 Uhr oder nach 18:00 Uhr, Sa vor 8:00 Uhr oder nach 12:00 Uhr, So und Feiertage ganztägig		Unabhängig ob als Besuch oder in der Praxis. 27,57 € (45,95 AU\$) für jeden weiteren Fall innerhalb eines Einsatzes (Ziffer 594)
	599	100,53 € (167,55 AU\$)	Dringende Behandlung, 23:00-07:00		Unabhängig ob als Besuch oder in der Praxis.
Dänemark – Standard	0411 – 0461	53,98 € bis 192,00 € (415,24-1476,91 DKK)	<4km Entfernung bis 21 km und mehr, in den Kernarbeitszeiten	Bei mehr als 21 km 4,52 € (34,78 DKK) Je km und Fahrtkosten 0,56 € (4,29 DKK)	Zzgl. 53,98 € bei Behandlung weiterer Person auf der Strecke (415,24 DKK)
	0121	114,18 € (878,34 DKK)	Komplexer Besuch (gebrechliche ältere Menschen, in der Regel über 75 Jahre)	Zuschlag nach Entfernung (Ziffer 3410 – 3701) von 11,71 € bis 35,38 € (90,07-272,16 DKK) und Fahrtkosten 0,56 € (4,29 DKK)	
Dänemark – Notdienst	0471 (A-Vagt)	38,74 € (298,03 DKK)	Wochentags, 16-22, Sa/So 08-20	Zzgl. Wegegeld von 2,39 €/km bei >10 km (18,37 DKK/km) und Fahrtkosten von 0,56 € (4,29 DKK)	Zgl. 27,89 € pro weitere Person. (214,52 DKK)
	0471 (B/C-Vagt)	47,39 € (364,50 DKK)	Sonstige Uhrzeit	Zzgl. Wegegeld von 2,90 €/km bei >10 km (22,30 DKK/km) und Fahrtkosten von 0,56 € (4,29 DKK)	Zzgl. 34,62 € pro weitere Person (266,31 DKK).
Deutschland – Standard	01410	24,36	Während der Arbeitszeiten, nicht dringend. Zusätzlich zur Grund- oder Versichertenpauschale	Zzgl. Wegepauschalen (Höhe abhängig von KV), im Mittel ca. 1,50 bis 2,00 € je km tagsüber bzw. 2,00 bis 3,00 € abends/nachts	Zzgl. 12,18 € (GOP 01413) pro Besuch bei Besuch einer weiteren Person an demselben Ort, Verdoppelung bei Kooperationsvertrag (GOP 37113).
Deutschland – dringend	01411	53,90	Wochentags 19:00-22.00, am Wochenende und an		

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Beschreibung	Ggf. Fahrtkosten	Weitere Anmerkungen
			gesetzlichen Feiertagen, 24.12. und 31.12., 07:00-19:00 Zusätzlich zur Grund- oder Versichertenpauschale		
	01412	71,94	Wochentags 22.00-07.00 Uhr, Wochenende und an gesetzlichen Feiertagen, 24.12. und 31.12., 19:00-07:00, dringender Besuch oder dringende Visite auf Belegstation bei Unterbrechung der Sprechstunde Zusätzlich zur Grund- oder Versichertenpauschale		
	01415	62,74	Dringender Besuch einer Person im Pflegeheim Zusätzlich zur Grund- oder Versichertenpauschale		
Deutschland – Notdienst	01418	89,40	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst. Zusätzlich zur reduzierten Grund- oder Versichertenpauschale (GOP 03030)	Zzgl. Wegepauschalen (Höhe abhängig von KV), im Mittel ca. 1,50 bis 2,00 € je km tagsüber bzw. 2,00 bis 3,00 € abends/nachts	Zusätzlich zu den nach Uhrzeit gestaffelten Notfallpauschalen (Vignette 3). Zzgl. 12,18 € (GOP 01413) pro Besuch bei Besuch einer weiteren Person an demselben Ort.
Frankreich – Standard	VGS	23,00	Konsultation als Hausbesuch	Kilometergeld von 0,61 € (Ebene) /0,91 € (Gebirge)/4,57 € (zu Fuß oder Ski) per km.	+2,00€ für Fachärzte der Allgemeinmedizin. Nur jeweils eine der Wege- oder Dringlichkeitszuschläge ist möglich. Bei weiterer besuchter Person nur die Konsultation abrechenbar. Nicht mehr als zwei Besuche abrechenbar.
	MD	10,00	+ Besuchszuschlag während Kernarbeitszeit		
	MDD	22,60	+ Besuchszuschlag an Wochenenden und Feiertagen		
	MDN	38,50	+ Besuchszuschlag 20:00-24:00, 06:00-08:00		
	MDI	43,50	+ Wegezuschläge 0:00-06:00		
	VL	60,00	Lange und komplexer Hausbesuch (bei Multimorbiden)		
Frankreich – dringlich	VGS	23,00	Konsultation als (Haus-)Besuch		
	MU	22,60	+ Dringlichkeitspauschale für Hausbesuch		
Frankreich – Notdienst	VGS	23,00	Konsultation als (Haus-)Besuch		+2,00€ für Fachärzte der Allgemeinmedizin. Nur jeweils eine der Wege- oder Dringlichkeitszuschläge ist möglich. Ärzt:innen, die am Notdienst teilnehmen, erhalten zudem eine Pauschale von 50,00 € für den Zeitraum von 20:00 bis 00:00 Uhr, 100 € für den
	VRD/VRS	30,00	+ Besuchszuschlag für Notdienst an Wochenenden und Feiertagen		
	VRN	46,00	+ Besuchszuschlag für Notdienst 20:00-24:00, 06:00-08:00		

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Beschreibung	Ggf. Fahrtkosten	Weitere Anmerkungen	
	VRM	59,50	+ Besuchszuschlag für Notdienst 24:00-06:00		Zeitraum vom 0:00 bis 8:00 Uhr oder 150,00 € für Sonntage und Ferientage von 08:00 bis 20:00 Uhr	
Niederlande - Standard	12002	17,26	Besuch von weniger als 20 min			
	12003	28,77	Besuch von länger als 20 min			
Niederlande - außerhalb der Kernarbeitszeit	12202	85,89	Besuch, bis zu 20 min		Im organisierten Notdienst erfolgt die Vergütung mit einem Stundensatz (siehe Vignette 3)	
	12203	143,15	Besuch, 20 min oder länger			
Österreich (Steiermark) - Standard	003	37,91	Besuch an Werktag	Zzgl. 0,87 €/km am Tag, 1,27 € bei Nacht, 4,07 € pro Gehviertelstunde, fixes Weggeld von 4,42 € in Graz, Leoben, Karpfenberg.	Zzgl. 13,61 € pro weiterer besuchter Person in demselben Haus (Pos. 005). Zuschlag für aufwändige Visite in Alten- Pflegeheim und häuslich betreuten Pflegebedürftigen: 22,73 € (Pos. 014). Visiten sind nicht limitiert (außer Position 014).	
	004	46,39	Besuch an Sonn- / Feiertag			
Österreich (Steiermark) - dringlich	006	50,66	Dringender Besuch während Sprechstundenzeit	Zzgl. 0,92 €/km am Tag, 1,35 € bei Nacht, 4,32 € pro Gehviertelstunde, fixes Weggeld von 4,69 € in Graz, Leoben, Karpfenberg.		
	007	72,41	Besuch bei Nacht (20:00-07:00)			
Österreich (Steiermark) - Notdienst	-	220,00	Visiten-Bereitschaftspauschale für 5 Stundenblock			
	-	90,00	Visitenzuschlag			
Österreich (Niederösterreich) - Standard	1	43,63	Standardhausbesuch	Zzgl. Fahrtkosten (Tagdoppelkilometer 2,14, Nachtdoppelkilometer 3.20)	Zzgl. 10,11 € pro weiterer besuchter Person in demselben Haus (Pos. 15). Zuschlag für ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache/Visite 16,52 € (Pos. 19)	
	Österreich (Niederösterreich) - dringlich	2	49,54			Dringlicher Hausbesuch am Werktag
		4	63,66			Hausbesuch in der Nacht (20.00-07.00)
	5	44,50	Hausbesuch an Sonn- und Feiertagen			
Schweiz - Standard	00.0060	30,93 € bis 35,22 € (29,74-33,87 CHF)	Hausbesuch, ersten 5 Min	Zzgl. Wegentschädigung, pro 5 Min: 15,86 € bis 19,62 € (15,25-18,87 CHF)	jede weiteren 5 min bei Personen zwischen 6 und 75 Jahren: 15,86 € bis 19,62 € (15,25-18,87 CHF). letzten 5 min 7,94 € bis 9,30 € (7,63-8,94 CHF)	
Schweiz - dringlich	00.2505	38,38 € bis 44,93 € (36,9-43,2 CHF)	Zusätzlich zum Hausbesuch: Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale für Konsultationen/Besuche außerhalb der Kernzeiten Mo-Fr 19-22, Sa 7-19, sowie So 7-19		- Medizinisch notwendig und/oder vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als offensichtlich notwendig erachtet. - Der Facharzt befasst sich spätestens innerhalb von 2 Stunden mit dem Patienten bzw. sucht ihn auf. - Es wird ein direkter und unmittelbarer Arzt - Patienten - Kontakt vorausgesetzt. Ausnahme: Vergebliche Fahrt zum Ereignisort. - Besuche: Zuhause, Altersheim, Ereignisort usw.	
Schweiz - Notfall	00.2510	42,64 € bis 49,92 € (41-48 CHF)	Zusätzlich zum Hausbesuch: Notfall-Inkonvenienzpauschale A Mo-Fr 7-19, Sa 7-12		- Der Facharzt befasst sich sofort, verzugslos mit dem Patienten bzw. sucht ihn auf.	

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Beschreibung	Ggf. Fahrtkosten	Weitere Anmerkungen
	00.2520	93,81 € bis 109,82 € (90,2-105,6 CHF)	Zusätzlich zum Hausbesuch: Notfall-Inkonvenienzpauschale B Mo-Fr 19-22, Sa 12-19, So 7-19	Ggf. Zuschlag von 25% auf alle Positionen die im Zusammenhang des Notfalls ebenfalls abgerechnet werden.	- Es wird ein unmittelbarer Arzt - Patienten - Kontakt vorausgesetzt. Ausnahme: Vergebliche Fahrt zum Unfallort/Ereignisort. - Besuche: Zuhause, Alters- und Pflegeheim, Unfallort, Ereignisort usw.
	00.2540	153,50 € bis 179,71 € (147,60-172,80 CHF)	Zusätzlich zum Hausbesuch: Notfall-Inkonvenienzpauschale C Mo-So 22-7	Ggf. Zuschlag von 50% auf alle Positionen die im Zusammenhang des Notfalls ebenfalls abgerechnet werden.	

Zusatzinformationen Leistung 2 - Einfacher / dringlicher Hausbesuch: Wegepauschalen in Deutschland

Kassenärztliche Vereinigung	Tag				Nacht			
	Preis	Ziffer	Uhrzeit	Distanz	Preis	Ziffer	Uhrzeit	Distanz
KV Baden- Württemberg	4,28	40220	07:00-19:00	Bis zu 2 km	8,58	40226	19:00-07:00	Bis zu 2 km
	8,58	40222		>2 km bis 5 km	13,47	40228		>2 km bis zu 5 km
	12,25	40224		>5 km	18,38	40230		>5 km
	14,71	40190*		>10 km	20,21	40192*		>10 km
	*=Als erster Besuch nach ambulanter OP oder im organisierten Notfalldienst. Kann bei Radius >20 km/>30 km 2 bzw. 3 Mal angesetzt werden.				*=Als erster Besuch nach ambulanter OP oder im organisierten Notfalldienst. Kann bei Radius >20 km/>30 km 2 bzw. 3 Mal angesetzt werden.			
KV Bayern	<i>Die Informationen sind nicht öffentlich zugänglich.</i>							
KV Berlin	3,87	40220	07:00-19:00	Bis zu 2 km	7,61	40226	19:00-07:00	Bis zu 2 km
	7,61	40222		>2 km bis 5 km	11,86	40228		>2 km bis 5 km
	11,13	40224		>5 km	15,96	40230		>5 km
KV Brandenburg	3,92	97234	07:00-19:00	Bis zu 2 km	7,48	97237	19:00-07:00, Sa/So/ Feiertag	Bis zu 2 km
	7,49	97235		>2 km bis 5 km	11,51	97238		>2 km bis 5 km
	10,82	97236		>5 km bis 10 km	15,41	97239		>5 km bis 10 km
	Bei Entfernung >10 km ist hinter SNR 97236 die einfache Entfernung in Kilometern (ganzzahlig) anzugeben.				Bei Entfernung >10 km ist hinter SNR 97239 die einfache Entfernung in Kilometern (ganzzahlig) anzugeben.			
KV Bremen	9,58	90040	07:00-19:00	-	9,58	90040	19:00-07:00	-
	101,89	90036		-	101,89	90036		-
	90036: Pauschale im ärztlichen Notfalldienst.				90036: Pauschale im ärztlichen Notfalldienst.			
KV Hamburg	3,53	97234	01410/14 01721/05230	Bis zu 2 km	6,95	97237	19:00-07:00	Bis zu 2 km
	6,95	97235	07:00-19:00	>2 km bis 5 km	10,80	97238		>2 km bis 5 km
	10,14	97236	07:00-19:00	>5 km	14,55	97239		>5 km
	11,80	97160	07:00-19:00	>10 km**	16,32	97161		>10 km**
	**für Erstbesuch nach ambulanter Operation.				**für Erstbesuch nach ambulanter Operation.			
KV Hessen	3,07	40220	08:00-20:00	Bis zu 2 km	5,11	40226	20:00-08:00	Bis zu 2 km
	5,62	40222		>2 km bis zu 5 km	7,98	40228		>2 km bis zu 5 km
	7,16	40224		>5 km bis zu 15 km	10,63	40230		>5 km bis zu 15 km
	12,00	94226		>15 km	15,00	94232		>15 km
KV Hessen –HzV AOK Hessen	3,07	94220		Bis zu 2 km	5,11	94227		Bis zu 2 km
	5,62	94222		>2 km bis zu 5 km	7,98	94228		>2 km bis zu 5 km
	7,16	94224		>5 km bis zu 15 km	10,63	94230		>5 km bis zu 15 km
KV Hessen - ÄBD	12,00	94326		>15 km	15,00	94332		>15 km
	4,00	40220	Bis zu 2 km	7,00	40226	Bis zu 2 km		
	7,50	40222	>2 km bis zu 5 km	10,50	40228	>2 km bis zu 5 km		
	9,50	40224	>5 km bis zu 15 km	14,00	40230	>5 km bis zu 15 km		

Kassenärztliche Vereinigung	Tag				Nacht			
	Preis	Ziffer	Uhrzeit	Distanz	Preis	Ziffer	Uhrzeit	Distanz
	16,00	94226		>15 km bis zu 25 km	20,00	94232		>15 km bis zu 25 km
	25,00	94225		>25 km	30,00	94231		>25 km
KV Mecklenburg- Vorpommern	4,20	40220	08:00-20:00	Bis zu 2 km	8,20	40226	20:00-08:00	
	8,20	40222		>2 km bis zu 5 km	12,70	40228		
	12,00	40224		>5 km	17,20	40230		
	13,90	40192		>10km bei Erstbesuch nach amb. OP	19,20	40192		>10 km bei Erstbesuch nach amb. OP
Ggf. Zuschläge	10,23	99136		Fahrzeit > 30min	20,45	99139		Fahrzeit >30 min
	3,00	99240		>10 km, organisierter Notdienst	3,45	99241		>10 km, organisierter Notdienst
	3,00	99242		>10 km	3,45	99243		>10 km
KV Niedersachsen – AOK, SVLFG, IKK, BKK, EKK	40220	3,57	08:00-20:00	Bis zu 2 km	7,02	40226	20:00-08:00	Bis zu 2 km
	40222	7,02		>2 km bis zu 5 km	10,92	40228		>2 km bis zu 5 km
	40224	10,25		>5 km bis zu 10 km	14,71	40230		>5 km bis zu 10 km
	40224A ^c	21,39		>10 km bis zu 20 km	25,85 ^f	40230A		>10 km bis zu 20 km
	40224B ^d	32,54		>20 km	36,99 ^g	40230B		>20 km
				^c =AOK, SVLFG, IKK, EKK: Nur für organisierten Notfalldienst. Bei IKK sonst 18,61 €.	^f =AOK, SVLFG, IKK, EKK: Nur für organisierten Notfalldienst. Bei IKK sonst 23,07 €.			
				^d = AOK, SVLFG, IKK, EKK: Nur für organisierten Notfalldienst. Bei IKK sonst 26,97 €.	^g = AOK, SVLFG, IKK, EKK: Nur für organisierten Notfalldienst. Bei IKK sonst 31,42 €.			
KV Niedersachsen - Knappschaft	40220	3,57	08:00-20:00	Bis zu 2 km	7,02	40226	20:00-08:00	Bis zu 2 km
	40222	7,02		>2 km bis zu 5 km	10,92	40228		>2 km bis zu 5 km
	40224H	12,03		>5 km bis zu 10 km	18,16	40230H		>5 km bis zu 10 km
	40224I	13,71/21,39 ^e		10 km bis zu 15 km	19,83/25,85 ^h	40230I		10 km bis zu 15 km
	40224J	15,38/21,39 ^e		15 km bis zu 20 km	21,51/25,85 ^h	40230J		15 km bis zu 20 km
	40224O	17,05/32,54 ^e		20 km bis zu 25 km	23,18/25,85 ^h	40230O		20 km bis zu 25 km
	40224P	18,72/32,54 ^e		25 km bis zu 30 km	24,85/25,85 ^h	40230P		25 km bis zu 30 km
	40224R	20,39/32,54 ^e		30 km bis zu 35 km	26,52/25,85 ^h	40230R		30 km bis zu 35 km
	40224S	22,06/32,54 ^e		Ab 35 km	28,19/25,85 ^h	40230S		Ab 35 km
					^e =Der höhere Satz gilt nur für den organisierten Notfalldienst.	^h =Der höhere Satz gilt nur für den organisierten Notfalldienst.		
	10,70	40190	08:00-20:00	>10 km bei Erstbesuch nach amb. OP	14,80	40192	20:00-08:00	>10 km bei Erstbesuch nach amb. OP
Andere Abrechnung für Taxikonto und Taxikonto mit KV-Fahrzeug, Fahrer und Notrufeinrichtung.								
KV Nordrhein	1,45	90200	Tag	Bis zu 2km	2,65	90203	Nacht	Bis 2 km
	1,67	90201		Einfacher Besuch, je DKM	3,21	90204		Dringender Besuch, pro DKM
	2,04	90202		Dringender Besuch, je DKM				
KV Rheinland- Pfalz	3,96	40220	07:00-18:59	Bis zu 2 km	7,78	40226	19:00-06:59	Bis zu 2 km
	7,78	40222		>2 km bis zu 5 km	12,11	40228		>2 km bis zu 5 km
	11,36	40224		>5 km	16,30	40230		>5 km

Kassenärztliche Vereinigung	Tag				Nacht			
	Preis	Ziffer	Uhrzeit	Distanz	Preis	Ziffer	Uhrzeit	Distanz
	13,22	40190		>10 km bei Erstbesuch nach amb. OP	18,29	40192		>10km bei Erstbesuch nach amb. OP
	40190 ist Teil der MGV.				40192 ist Teil der MGV.			
KV Saarland	3,65	40220	07:00-19:00	Bis zu 2 km	7,15	40226	19:00-07:00	Bis zu 2 km
	7,15	40222		>2 km bis zu 5 km	11,14	40228		>2 km bis zu 5 km
	10,46	40224		>5 km	15,00	40230		>5 km
	10,85	40190		>10km bei Erstbesuch nach amb. OP	15,01	40190		>10km bei Erstbesuch nach amb. OP
	23,32	98106		>20 km für Besuche der Bereitschaftsdienstpraxis	32,08	98108		>20 km für Besuche der Bereitschaftsdienstpraxis
KV Sachsen	4,40	93220	07:00-19:00	Bis zu 2 km	9,40	93221	19:00-07:00	Bis zu 2 km
	7,80	93222		>2 km bis zu 5 km	12,80	93223		>2 km bis zu 5 km
	11,20	93224		>5 km bis zu 10 km	16,20	93225		>5 km bis zu 10 km
	13,20	93226		>10 km bis zu 15 km	18,20	93227		>10 km bis zu 15 km
	15,30	93228		>15 km bis zu 20 km	20,30	93229		>15 km bis zu 20 km
	17,50	93230		>20 km bis zu 25 km	22,50	93231		>20 km bis zu 25 km
	19,70	93232		25 km bis zu 30 km	24,70	93233		25 km bis zu 30 km
	21,90	93234		>30 km bis zu 35 km	26,90	93235		>30 km bis zu 35 km
	24,10	93236		>35 km	29,10	93237		>35 km
	Zuschlag im organisierten Notfalldienst: 7,00 €. Zuschlag für Fahrdienste: 6,00 €.							
KV Sachsen- Anhalt	5,20	90201	07:00-19:00	Bis zu 2 km.	6,00	90212	19:00-07:00	Zuschlag zu 90201
	9,80	90202	07:00-19:00	>2 km bis zu 5 km	6,00	90212	19:00-07:00	Zuschlag zu 90202
	14,00	90203	07:00-19:00	>5km bis zu 10 km	6,00	90212	19:00-07:00	Zuschlag zu 90203
90210: Zuschlag zu 90203 pro angefangene 5 km: 2,30 €.								
KV Schleswig- Holstein – Ersatzkasse	3,40	99095	07:00-19:00	Bis zu 2 km.	6,50	99098	19:00-07:00	Bis zu 2 km.
	6,50	99096		>2 km bis zu 5 km	10,00	99099		>2 km bis zu 5 km
	9,40	99097		>5 km	13,40	99100		>5 km
	10,70	99093		>10 km (erster Besuch) nach amb. OP	14,80	99094		>10 km (erster Besuch) nach amb. OP
KV Schleswig- Holstein – Primärkassen	1,77-1,85	99101A/B/C		Wegepauschale	2,92-3,05	99102A/B/C		Wegepauschale
	1,77-1,85	99103A/B/C		Wegegeld je DKM	2,92-3,05	99104A/B/C		Wegegeld je DKM
Innerhalb von geschlossenen Ortschaften wird eine Pauschale gewährt, außerhalb werden DKM angesetzt. Diese variieren je Kasse. Allgemeinärzt:innen/Praktiker:innen/Kinderärzt:innen können einen individuellen Faktor bei Führen einer Wegegeldliste erhalten (99105). Die Knappschaft und sonstige Kostenträger setzen DKM an.								
KV Thüringen	4,58	97301	07:00-19:00	Bis zu 2 km	4,58	97301	19:00-07:00	Bis zu 2 km
	8,81	97302		>2 km bis zu 5 km	8,81	97302		>2 km bis zu 5 km
	12,74	97303		>5 km bis zu 10 km	12,74	97303		>5 km bis zu 10 km

Kassenärztliche Vereinigung	Tag				Nacht			
	Preis	Ziffer	Uhrzeit	Distanz	Preis	Ziffer	Uhrzeit	Distanz
	16,44	97304		>10 km bis zu 15 km	16,44	97304		>10 km bis zu 15 km
	20,25	97305		>15 km bis zu 20 km	20,25	97305		>15 km bis zu 20 km
	23,79	97306		>20 km bis zu 25 km	23,79	97306		>20 km bis zu 25 km
	28,20	97307		25 km bis zu 30 km	28,20	97307		25 km bis zu 30 km
	30,98	97308		>30 km bis zu 35 km	30,98	97308		>30 km bis zu 35 km
	35,60	97309		>35 km	35,60	97309		>35 km
Seit dem 01.01.2023 gelten einheitliche Pauschalen für Tages- und Nachtzeiten.								
KV Westfalen- Lippe - außerhalb des Notfalldienstes	1,40	40220B	07:00-19:00	<2 km	2,50	40226B	19:00-07:00	< 2 km
	1,65 <i>je DKM</i>	90034B		Mehr als 2 km	3,05 <i>je DKM</i>	90037B		Mehr als 2 km
KV Westfalen- Lippe - innerhalb des Notfalldienstes	1,05	40220D		<0,5 km	2,10	40226D		<0,5 km (01418N)
	1,12 <i>je DKM</i>	90034D		Mehr als 0,5 km	2,43 <i>je DKM</i>	90037D		Mehr als 0,5 km
Gesonderte Wegegebühren für Transporte von Blutkonserven oder Schnellschritten je nach Kassenarzt (Primärkasse oder Ersatzkasse) und Distanz.								

Hinweise: DKM = Doppelkilometer. SNR=Sonderabrechnungsnummer.

Details Leistung 3: Notfallversorgung / Versorgung außerhalb der Kernarbeitszeiten

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Abrechnungsinformationen	Ggf. Kombination mit anderen Leistungen	Anmerkungen
Australien – außerhalb der Kernzeit	5000	19,05 € (31,75 AU\$)	Einfacher Kontakt kürzer als 5 Minuten bei offensichtlichem Problem		Mo-Fr, vor 8:00 Uhr oder nach 20:00 Uhr, Sa vor 8:00 Uhr oder nach 13:00 Uhr, So und Feiertage ganztägig.
	5020	32,19 € (53,65 AU\$)	Einfacher Kontakt von bis zu 20 min		
	5040	55,20 € (92 AU\$)	Kontakt von 20 bis 40 min		
	5060	77,40 € (129 AU\$)	Kontakt über 40 min		Unabhängig ob als Besuch oder in der Praxis. 27,57 € (45,95 AU\$) für jeden weiteren Fall innerhalb eines Einsatzes (Ziffer 594)
	585	85,32 € (142,2 AU\$)	Dringende Behandlung Mo-Fr, vor 8:00 Uhr oder nach 18:00 Uhr, Sa vor 8:00 Uhr oder nach 12:00 Uhr, So und Feiertage ganztägig		
	599	100,53 € (167,55 AU\$)	Dringende Behandlung, 23:00-07:00		
Australien – lebensbedrohlich	160 – 164	in Abhängigkeit der Zeit von 145,59 € (242,65 AU\$) für 1-2 Stunden bis 485,22 € (808,70 AU\$) für > 5 Stunden	pauschalisierte Vergütung für die Behandlung von Patient:innen in kritischem, lebensbedrohlichen Zustand		
Dänemark – im organisierten Notfalldienst	0101 (A-Vagt)	27,89 € (214,52 DKK)	Wochentags, 16:00-22:00, Sa/So 08:00-20:00		
	0101 (B/C-Vagt)	34,62 € (266,31 DKK)	Sonstige Uhrzeit außerhalb der Kernzeiten		
Deutschland – unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100	22,52	19:00-22:00, Sa/So, ges. Feiertage, 24.12., 31.12.: 07:00-19:00	Mit Grund- und Versichertenpauschale kombinierbar. Bei Hausärzten nur, sofern im selben Quartal zusätzlich noch mind. ein weiterer „regulärer“ Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet. Ist dies nicht der Fall, kann ein Hausarzt die GOP 03030 (8,85€) statt der regulären Versichertenpauschale abrechnen.	
	01101	35,97	Sa/So, Feiertage: 19:00-07:00	Mit Grund- und Versichertenpauschale kombinierbar. Bei Hausärzten nur, sofern im selben Quartal zusätzlich noch mind. ein weiterer „regulärer“ Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet. Ist dies nicht der Fall, kann ein Hausarzt die GOP 03030 (8,85€) statt der regulären Versichertenpauschale abrechnen.	
	01102	11,61	Samstage, 07:00-19:00	Mit Grund- und Versichertenpauschale kombinierbar	

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Abrechnungsinformationen	Ggf. Kombination mit anderen Leistungen	Anmerkungen
Deutschland – Inanspruchnahme im organisierten Notfalldienst	01205	5,17	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination) Werktags, 07:00-19:00		Abzurechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist.
	01207	9,19	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination) 19:00 – 07:00, Sa/So, Feiertage, 24.12., 31.12		Abzurechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist.
	01210	13,79	Notfallpauschale Werktags, 07:00-19:00		Zzgl. Zuschlag bei erhöhtem Schweregrad (GOP 01223: 14,71 €)
	01212	22,41	Notfallpauschale 19:00 – 07:00, Sa/So, Feiertage, 24.12., 31.12		Zzgl. Zuschlag bei erhöhtem Schweregrad (GOP 01224, 22,41 €, GOP 01226, 10,34 €).
	01214	5,75	Notfallkonsultationspauschale Werktags, 07:00-19:00		Weiterer Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst
	01216	16,09	Notfallkonsultationspauschale 19:00 – 22:00; Sa/So, Feiertage, 24.12., 31.12: 07:00-19:00		Weiterer Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst
	01218	19,54	Notfallkonsultationspauschale 22:00 – 07:00; Sa/So, Feiertage, 24.12., 31.12: 19:00-07:00		Weiterer Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst
	Frankreich – Konsultation außerhalb der Kernarbeitszeit <i>ohne</i> Bereitschaftsdienst	C	23,00	Konsultation	
F		19,06	+ Zuschlag für Nebenzeit an Wochenenden und Feiertagen		
MN		35,00	+ Zuschlag für Nebenzeit 20:00-24:00, 06:00-08:00		
MM		40,00	+ Zuschlag für Nebenzeit 24:00-06:00		
Frankreich – Konsultation außerhalb der Kernarbeitszeit <i>mit</i> Bereitschaftsdienst	C	23,00	Konsultation	Ärzt:innen, die am Bereitschaftsdienst teilnehmen, erhalten zudem eine Pauschale von 50,00 € für den Zeitraum von 20:00 bis 00:00 Uhr, 100 € für den Zeitraum vom 0:00 bis 8:00 Uhr oder 150,00 € für Sonntage und Ferientage von 08:00 bis 20:00 Uhr	
	CRD	26,50	+ Zuschlag für Notdienst an Wochenenden und Feiertagen		
	CRN	42,50	+ Zuschlag für Notdienst 20:00-24:00, 06:00-08:00		
	CRM	51,50	+ Zuschlag für Notdienst 24:00-06:00		
	12207	28,63	Gespräch mit <5min		

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Abrechnungsinformationen	Ggf. Kombination mit anderen Leistungen	Anmerkungen
Niederlande – Außerhalb des geregelten Bereitschaftsdienstes	12208	57,26	Gespräch mit 5 bis <20 min		
	12201	114,52	Gespräch, 20 min oder länger		
Niederlande – Innerhalb des Bereitschaftsdienstes in Hausarztzentrum	-	100,84/h	Bereitschaft, Wochentags, 18:00-24:00		
		131,87/h	Bereitschaft, 24:00-08:00		
		116,36/h	Bereitschaft, Wochenende		
		131,87/h	Bereitschaft, Feiertag		
	-	15,00/h	Zuschlag bei besonderem Versorgungsbedarf		
Österreich – Kärnten	-	469,10	Bereitschaftsdienstzulage am Wochenende für Schicht von 08:00-18:00		
	-	390,92	Zusätzliche Bereitschaftsdienstzulage in Klagenfurt-Stadt Fr 19:00-24:00		Die Zeit zwischen 24:00 Uhr und 7:00 Uhr wird durch den Rettungsdienst abgedeckt.
	-	469,10	Zusätzliche Bereitschaftsdienstzulage in Klagenfurt-Stadt am Wochenende für Schicht von 18:00-24:00		
Österreich – Niederösterreich	8	14,13	Patientenbesuch Werktags außerhalb der Sprechstunde		
	6	18,79	Patientenbesuch an Sonn- und Feiertagen / Bereitschaft		
	3	35,28	Patientenbesuch in der Nacht (20:00-07:00)		
Österreich – Steiermark	001	28,94	Nachtordination		
	002	11,55	Dringende Ordination außerhalb der Sprechstunde (Uhrzeit der Inanspruchnahme ist anzugeben)		
	-	700,00	Bereitstellung der Praxis von 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr für den Bereitschaftsdienst		
Schweiz	00.2505	38,38 € bis 44,93 € (36,90-43,20 CHF)	+ Zuschlag zur Konsultation (siehe Vignette 3.1): Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale für Konsultationen/Besuche außerhalb der Kernzeiten Mo-Fr 19-22, Sa 7-19, sowie So 7-19		<ul style="list-style-type: none"> - Medizinisch notwendig und/oder vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als offensichtlich notwendig erachtet. - Der Facharzt befasst sich spätestens innerhalb von 2 Stunden mit dem Patienten bzw. sucht ihn auf. - Es wird ein direkter und unmittelbarer Arzt - Patienten - Kontakt vorausgesetzt. Ausnahme: Vergebliche Fahrt zum Ereignisort. - Besuche: zuhause, Altersheim, Ereignisort usw.

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Abrechnungsinformationen	Ggf. Kombination mit anderen Leistungen	Anmerkungen
	00.2510	42,64 € bis 49,92 € (41-48 CHF)	+ Zuschlag zur Konsultation (siehe Vignette 3.1): Notfall-Inkonvenienzpauschale A Mo-Fr 7:00-19:00, Sa 7:00-12:00		- Der Facharzt befasst sich sofort, verzugslos mit dem Patienten bzw. sucht ihn auf.
	00.2520	93,81 € bis 109,82 € (90,2-105,60 CHF)	+ Zuschlag zur Konsultation (siehe Vignette 3.1): Notfall-Inkonvenienzpauschale B Mo-So 19:00-22:00, Sa 12:00-19:00, So 7:00-19:00	Ggf. Zuschlag von 25% auf alle Positionen die im Zusammenhang des Notfalls ebenfalls abgerechnet werden.	- Es wird ein unmittelbarer Arzt - Patienten - Kontakt vorausgesetzt. Ausnahme: Vergebliche Fahrt zum Unfallort/Ereignisort.
	00.2540	153,50 € bis 179,71 € (147,6-172,8 CHF)	+ Zuschlag zur Konsultation (siehe Vignette 3.1): Notfall-Inkonvenienzpauschale C Mo-So 22:00-7:00	Ggf. Zuschlag von 50% auf alle Positionen die im Zusammenhang des Notfalls ebenfalls abgerechnet werden.	- Besuche: zuhause, Alters- und Pflegeheim, Unfallort, Ereignisort usw..

Details Leistung 4: HPV-Impfung

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Beschreibung	Anmerkungen
Australien	3	11,31 € (18,85 AU\$)	Impfung im Rahmen einer regulären Konsultation (ohne Beratung)	
	23	24,72 € (41,20 AU\$)	Impfung im Rahmen einer regulären (umfangreichen) Konsultation	
Dänemark	8328	20,11 € (154,71 DKK)	Impfung gegen das humane Papillomavirus (HPV-Impfung)	
Deutschland				
KV Baden-Württemberg	89110A	8,20	HPV-Impfung, erste Dosis	Für AOK, IKK, SVLFG, vdek, Knappschaft. BKK: 09,00 €
	89110B	16,60	HPV-Impfung, letzte Dosis	Für AOK, IKK, SVLFG, vdek, Knappschaft. BKK: 13,00 €
KV Bayern	Für diese KV liegen keine öffentlich zugänglichen Informationen vor.			
KV Berlin	89110A	9,30	HPV-Impfung, erste Dosis	Vereinbarung mit Vdek, BKKen, IKKen, SVLFG, Knappschaft, AOK. Wurde zum 01.04.2021 von ehemals 7,81 € angehoben.
	89110B	9,30	HPV-Impfung, letzte Dosis	Vereinbarung mit Vdek, BKKen, IKKen, SVLFG, Knappschaft, AOK. Wurde zum 01.04.2021 von ehemals 7,81 € angehoben.
KV Brandenburg	89110A	9,93	HPV-Impfung, erste Dosis	
	89110B	9,93	HPV-Impfung, letzte Dosis	
KV Bremen	89110A	7,93	HPV-Impfung	
	89110B	7,93	HPV-Impfung (letzte Dosis)	
KV Hamburg	89110A	7,75	HPV-Impfung	
	89110B	7,75	HPV-Impfung (letzte Dosis)	
KV Hessen	89110A	15,22	Für Mädchen & Jungen, 9-14	
	89110B	12,18	Für Mädchen & Jungen, 14-17	
KV Mecklenburg-Vorpommern	Für diese KV liegen keine öffentlich zugänglichen Informationen vor.			
KV Niedersachsen	89110A	7,00-8,98	HPV-Impfung	BKK: 8,31 €, IKK: 8,98 €, AOK: 7,00 €, SVLFG/Kn: 8,55 €, EKK: 8,30 €
	89110B	10,57-13,54	HPV-Impfung (letzte Dosis)	BKK: 10,57 €, IKK: 10,89 €, AOK: 13,54 €, SVLFG/Kn: 11,58 €, EKK: 11,02 €
KV Nordrhein	89110A	9,26	HPV-Impfung	/
	89110B	9,26	HPV-Impfung (letzte Dosis)	/
	89715A	6-7	HPV-Impfung, 1. & 2. Dosis	TK (nur weibl. Versicherte): 6,00 €, pronova BKK, VIACTIV KK: 6,00 €, BIG direkt gesund: 7,00 €
	89715C	15-21	HPV-Impfung, 3. Dosis	TK (nur weibl. Versicherte): 21,00 €, BIG direkt gesund: 15,00 €, pronova BKK, VIACTIV KK: 21,00 €
KV Rheinland-Pfalz	Für diese KV liegen keine öffentlich zugänglichen Informationen vor.			
KV Saarland	89110A	8,35-9,47	HPV-Impfung	AOK: 8,35 €, SVLFG: 9,47 €, IKK: 9,21 €, BKK: 8,57 €, EK: 8,35 €, Knappschaft: 8,35 €
	89110B	8,35-9,47	HPV-Impfung (letzte Dosis)	AOK: 8,35 €, SVLFG: 9,47 €, IKK: 9,21 €, BKK: 8,57 €, EK: 8,35 €, Knappschaft: 8,35 €
KV Sachsen	89110A	7,04	HPV-Impfung	
	89110B	7,04	HPV-Impfung (letzte Dosis)	
	99791	10	HPV-Impfung	Pronova BKK, BIG direkt gesund
	99791	7,04	HPV-Impfung	PVA, IKK classic, SMI/KVS
	99791	7,04	HPV-Impfung	TK

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Beschreibung	Anmerkungen
KV Sachsen-Anhalt	89110A	8,05	HPV-Impfung	
	89110B	8,05	HPV-Impfung (letzte Dosis)	
KV Schleswig-Holstein	89110A	7,12	HPV-Impfung	
	89110B	8,28	HPV-Impfung (letzte Dosis)	
KV Thüringen	89110A	7,89	HPV-Impfung	
	89110B	11,27	HPV-Impfung (letzte Dosis)	
KV Westfalen-Lippe	89110A	9,08	HPV-Impfung	
	89110B	9,08	HPV-Impfung (letzte Dosis)	
	89021,-A,-B	11,50	HPV-Impfung im Alter von 18 bis 25 bzw. 26 Jahren	Vereinbarung mit TK, BIG direkt gesund, Pronova BKK, Bergische Krankenkasse VIACTIV Krankenkasse
Frankreich	INJ	9,60	Impfung ohne Beratung	
Niederlande	12006	5,75	Impfung ohne Beratung	Für eingeschriebene Personen. Sonst 14,92 €-16,20 €.
Österreich – Niederösterreich	-	12,40	Impfung als Teil des regionalen HPV-Impfprogramms	
Österreich – Steiermark	-	13,00	Impfung als Teil des regionalen HPV-Impfprogramms	
Schweiz		20,80 € (20 CHF)	Impfung als Teil des kantonalen HPV-Impfprogramms	
	00.0010	15,86 € bis 19,62 € (15,25-18,87 CHF) Für die ersten 5 Minuten	Erfolgt die Injektion durch den Arzt, ist diese Bestandteil von Allgemeinen Grundleistungen. Wird also im 5 Minutentakt abgerechnet.	

Details Leistung 5: MRT der Extremitäten (Knie)

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Beschreibung	Anmerkungen
Australien	63328	254,64 € (424,40 AU\$)	MRT-Untersuchung des Bewegungsapparats zur Feststellung einer Störung des Knies oder seiner Stützstrukturen.	
	63513	254,64 € (424,40 AU\$)	MRT-Untersuchung des Knies auf innere Gelenkveränderungen bei einem Patienten unter 16 Jahren.	
	63560	254,64 € (424,40 AU\$)	MRT-Untersuchung des Knies nach einem akuten Knie Trauma, nach Überweisung durch einen Arzt (kein Facharzt oder Konsiliararzt), bei einem Patienten zwischen 16 und 49 Jahren mit: (a) Unfähigkeit, das Knie zu strecken, was auf einen akuten Meniskusriss schließen lässt; oder (b) klinische Befunde, die auf einen akuten vorderen Kreuzbandriss hindeuten	
Dänemark	5021	171,75 € (1321,17 DKK)	MRT-Untersuchung von Knien, Füßen, Knöcheln, Zehen, Ellbogengelenken, Händen, Fingern und Handgelenken	
Deutschland	34450	121,01 €	MRT-Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	
England	RD01A	139,15 € (121 GBP)	MRT eines Bereiches, ohne Kontrastmittel, 19 Jahre und älter	Ambulant im Krankenhaus
Frankreich	NZQN001	55€	Ein- oder beidseitiges MRT eines Segments der unteren Extremität ohne Kontrastmittelinjektion. Abrechnung: unabhängig von der Anzahl der Sequenzen	
	-	26,11 € bis 197,91 €	Technische Leistung in Abhängigkeit des Gerätealters, des Standorts und der Abrechnungsfrequenz. Mittelwert für Vergleich	
Niederlande	089090	120,00 € bis 225,00 €	Erstattungspreis bei nicht vertraglich gebundenen Ärzt:innen für MRT des Knies	
Österreich	M606	177,23 €	MRT-Untersuchung Kniegelenk (je Seite)	Tarif 2020, nur BVAEB. bis zum 2000. Leistungsfall je Ambulatorium
Schweiz	39.5300	59,38 € bis 69,52 € (57,1-66,85 CHF)	Technische Grundleistung 0, Magnetic Resonance Imaging ({MRI}), ambulanter Patient	
	39.5180	228,43 € bis 267,43 € (219,64-257,14 CHF)	{MRI} Kniegelenk und/oder Unterschenkel. Für den ersten Scan	
	39.5010	140,34 € bis 164,3 € (134,94-157,98 CHF)	Zuschlag für weitere Serien	
	39.5016	10,07 € bis 11,78 € (9,68-11,33 CHF)	Ärztliche Leistung im Falle einer persönlichen Betreuung der MRI-Untersuchung durch den Facharzt für medizinische Radiologie.	

Details Leistung 6: Operation der Leistenhernie

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Beschreibung	Ggf. Kombination mit anderen Leistungen
Australien	30648	305,28 € (508,80 AU\$)	Femoral- oder Inguinalhernie oder Hydrozele bei einem Kleinkind, Reparatur mit offenem oder minimalinvasivem Zugang bei einem Patienten ab 10 Jahren	
	30615	342,57 € (570,95 AU\$)	Abgeklemmte, inkarzerierte oder obstruierte Hernie, ohne Darmresektion, bei einem Patienten ab 10 Jahren.	
	20830	52,08 € (86,80 AU\$)	Anästhesie bei Hernien OP im Unterbauch.	
Dänemark	9250	832,02 € (6400,13 DKK)	Leistenbruchoperation mit Netz (lyskebrokoperation med net)	
	9021-9025	114,16 € bis 1027,43 € (<15 Minuten bis > 120 Minuten, 878,14-7903,28 DKK)	Anästhesie in Abhängigkeit der Dauer	
Deutschland	31153	259,36	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 (Mit einem postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt)	Zusätzlich zur Grund- oder Versichertenpauschale
	31823	194,78	Anästhesie oder Narkose 3	
	31505	112,27	Postoperative Überwachung 5	
	31609	20,45	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b bei Erbringung durch den Operateur	
	05310	15,17	Präanästhesiologische Untersuchung	
	07211	26,55	Chirurgische Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	
	07227	0,23	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212	
	05211	10,34	Anästhesiologische Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	
	05227	0,34	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212	
Frankreich	LMMC003	201,87	Einseitige Leistenhernie ohne Einsetzen einer Prothese mittels Videochirurgie	+ 124,54€ Anästhesie
	LMMA016	201,87	Einseitige Leistenhernie ohne Einsetzen einer Prothese, Lokalanästhesie durch einen Leistenzugang. Einseitige Operation nach Shouldice	+ 103,64€ Anästhesie
	LMMC002	227,59	Einseitige Leistenhernie mit Einsetzen einer Prothese mittels Videochirurgie	+ 124,54€ Anästhesie
	LMMA012	201,87	Einseitige Leistenhernie mit Einsetzen einer Prothese, durch inguinalen Zugang:	+ 103,64€ Anästhesie
	LMMA008	201,87	Einseitige Leistenhernie mit Einsetzen einer Prothese, durch präperitonealen Zugang	+ 103,64€ Anästhesie
	LMMC004	287,56	Beidseitige Leistenhernie ohne Einsetzen einer Prothese mittels Videochirurgie	+ 171,57 € Anästhesie
	LMMA019	287,56	Beidseitige Leistenhernie ohne Einsetzen einer Prothese, Lokalanästhesie durch einen Leistenzugang. Einseitige Operation nach Shouldice	+ 140,22€ Anästhesie
	LMMC001	287,56	Beidseitige Leistenhernie mit Einsetzen einer Prothese mittels Videochirurgie	+ 171,57 € Anästhesie
	LMMA001	287,56	Beidseitige Leistenhernie mit Einsetzen einer Prothese, durch inguinalen Zugang	+ 140,22 € Anästhesie
	LMMA002	287,56	Beidseitige Leistenhernie mit Einsetzen einer Prothese, durch präperitonealen Zugang	+ 140,22 € Anästhesie
Niederlande	110401022/15B428	1.163,86 bis 1.551,81	Erstattungspreis bei nicht vertraglich gebundenen Ärzt:innen für Einseitige offene Operation eines Leistenbruchs	
Österreich	MEL06.06 A	2025 Punkte / €	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite)	
Schweiz	00.0010	15,86 € bis 19,62 € (15,25-18,87 CHF)	Konsultation, erste 5 min	

Land	Ziffer	Grundbetrag (€)	Beschreibung	Ggf. Kombination mit anderen Leistungen
	00.0020	15,86 € bis 19,62 € (15,25-18,87 CHF)	Jede weiteren 5 Minuten bei Personen zwischen 6 und 75 Jahren	
	00.0030	7,94 € bis 9,30 € (7,63-8,94 CHF)	Letzen 5 Minuten	
	00.0141	3,17 € bis 3,71 € (3,05-3,57 CHF)	Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min	
	00.0610	15,86 € bis 19,62 € (15,25-18,87 CHF)	Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.	
	20.0330	841,64 € bis 985,33 € (809,27-947,43 CHF)	Operative Versorgung einer Inguinalhernie beim Erwachsenen älter als 16 Jahre, tension-free, einseitig	
	20.0340	1507,38 € bis 1764,73 € (1449,4-1696,86 CHF)	Operative Versorgung einer Inguinalhernie beim Erwachsenen älter als 16 Jahre, tension-free, beidseitig	
	20.0360	1067,21 € bis 1250,45 € (1026,16-1202,36 CHF)	Operative Versorgung einer Inguinalhernie beim Erwachsenen älter als 16 Jahre, jede Methode, exkl. tension-free, beidseitig	
	20.0230	222,83 € bis 260,87 € (214,26-250,84 CHF)	+ Zuschlag bei inkarzierter Hernie ohne Resektion von Darm bei operativer Versorgung einer Inguinalhernie	
	20.0240	590,95 € bis 691,84 € (568,22-665,23 CHF)	+ Darmresektion bei inkarzierter Hernie bei operativer Versorgung einer Inguinalhernie	
	20.0270	232,76 € bis 273,72 € (223,81-263,19 CHF)	+ Zuschlag für Rezidivoperation, ohne/mit Netz, nach operativer Versorgung einer Inguinalhernie	
	28.0010	71,69 € bis 83,93 € (68,93-80,7 CHF)	Perioperative Betreuung durch den Facharzt für Anästhesie, Monitored Anesthesia Care (MAC)	
	28.0070	69,54 € bis 81,42 € (66,87-78,29 CHF)	Einleitung und Ausleitung durch den Facharzt für Anästhesie, Monitored Anesthesia Care (MAC)	
	28.0120	3,09 € bis 3,62 € (2,97-3,48 CHF)	Tätigkeit des Anästhesisten während operativer Versorgung (Anästhesiezeit), Monitored Anesthesia Care (MAC), pro Min.	
	35.0030	126,17 € bis 147,7 € (121,32-142,02 CHF)	Technische Grundleistung {OP} I anerkannt	
	35.0210	55,42 € bis 64,88 € (53,29-62,38 CHF)	Nichtärztliche Betreuung in der chirurgischen/medizinischen Tagesklinik, ambulanter Patient, erste 60 Min	
	35.0220	20,78 € bis 24,34 € (19,98-23,40 CHF)	+ Nichtärztliche Betreuung im Betreuungsraum der chirurgischen/medizinischen Tagesklinik, ambulanter Patient, jede weiteren 30 Min.	
	35.0230	12,8 € bis 14,99 € (12,31-14,41 CHF)	+ Nichtärztliche Betreuung ambulanter Patient, pro 60 Min.	
	35.0510	19,19 € bis 22,36 € (18,45-21,5 CHF)	Nichtärztliche Betreuung ambulanter Patienten außerhalb der Tagesklinik, ambulanter Patient, erste 60 Min.	
	35.0520	12,8 € bis 14,99 € (12,31-14,41 CHF)	+ Nichtärztliche Betreuung ambulanter Patienten außerhalb der Tagesklinik, ambulanter Patient, jede weiteren 60 Min.	

Fallkonstellation Hernie Schweiz

Quelle: in Anlehnung an Fallbeispiel 7 (EFK, 2010)

Tarif-position	Beschreibung	Mittelwert	Bewertung Euro	Bewertung CHF	Anzahl	Summe
00.0010	Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)	17,74 €	15,86 € bis 19,62 €	(15,25-18,87 CHF)	1	17,74 €
00.0020	+ Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)	17,74 €	15,86 € bis 19,62 €	(15,25-18,87 CHF)	1	17,74 €
00.0030	+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)	8,62 €	7,94 € bis 9,30 €	(7,63-8,94 CHF)	1	8,62 €
00.0140	Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min	3,44 €	3,17 € bis 3,71 €	(3,05-3,57 CHF)	10	34,40 €
20.0330	Operative Versorgung einer Inguinalhernie beim Erwachsenen älter als 16 Jahre, tension-free, einseitig	913,49 €	841,64 € bis 985,33 €	(809,27-947,43 CHF)	1	913,49 €
28.0010	Perioperative Betreuung durch den Facharzt für Anästhesie, Monitored Anesthesia Care (MAC)	77,81 €	71,69 € bis 83,93 €	(68,93-80,7 CHF)	1	77,81 €
28.0070	Einleitung und Ausleitung durch den Facharzt für Anästhesie, Monitored Anesthesia Care (MAC)	75,48 €	69,54 € bis 81,42 €	(66,87-78,29 CHF)	1	75,48 €
28.0120	Tätigkeit des Anästhesisten während operativer Versorgung (Anästhesiezeit), Monitored Anesthesia Care (MAC), pro Min.	3,36 €	3,09 € bis 3,62 €	(2,97-3,48 CHF)	60	201,30 €
35.0030	Technische Grundleistung {OP} I anerkannt	136,94 €	126,17 € bis 147,7 €	(121,32-142,02 CHF)	1	136,94 €
35.0210	Nichtärztliche Betreuung in der chirurgischen/medizinischen Tagesklinik, ambulanter Patient, erste 60 Min	60,15 €	55,42 € bis 64,88 €	(53,29-62,38 CHF)	1	60,15 €
35.0220	+ Nichtärztliche Betreuung im Betreuungsraum der chirurgischen/medizinischen Tagesklinik, ambulanter Patient, jede weiteren 30 Min.	22,56 €	20,78 € bis 24,34 €	(19,98-23,40 CHF)	1	22,56 €
35.0230	+ Nichtärztliche Betreuung ambulanter Patient, pro 60 Min.	8,90 €	12,8 € bis 14,99 €	(12,31-14,41 CHF)	1	8,90 €
35.0510	Nichtärztliche Betreuung ambulanter Patienten außerhalb der Tagesklinik, ambulanter Patient, erste 60 Min.	20,78 €	19,19 € bis 22,36 €	(18,45-21,5 CHF)	1	20,78 €

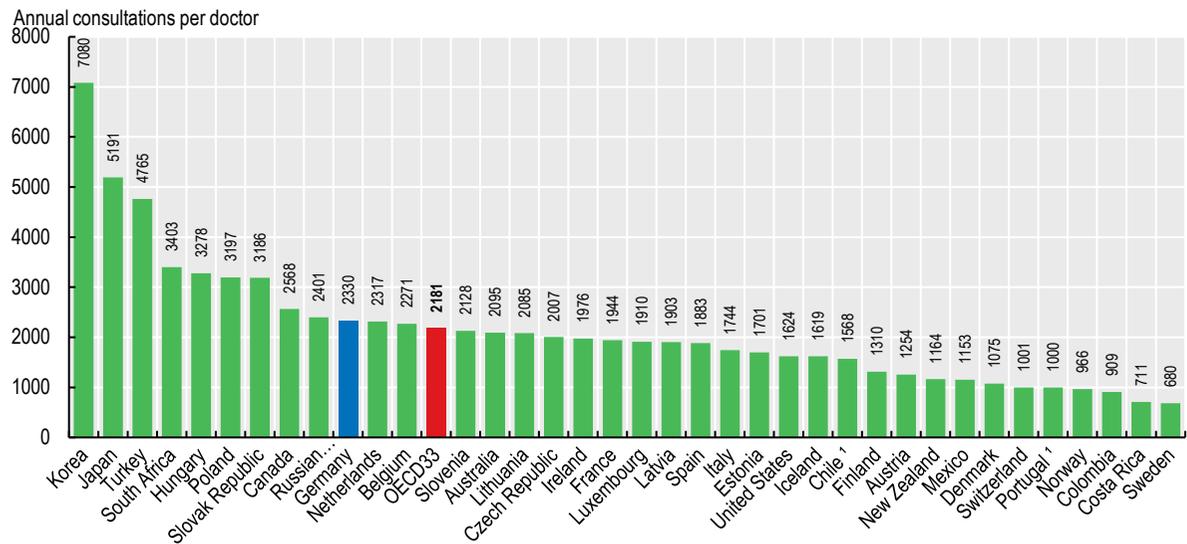


Abbildung 1 Estimated number of consultations per doctor, 2017 (or nearest year)

Source: OECD Health Statistics 2019.

Das Hamburg Center for Health Economics ist ein gemeinsames Forschungsinstitut der Universität Hamburg und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE).



hche | Hamburg Center
for Health Economics

Esplanade 36

20354 Hamburg

Germany

Tel: +49 (0) 42838-9515/9516

Fax: +49 (0) 42838-8043

Email: info@hche.de

<http://www.hche.de>