



DEZEMBER 2019

**EMPFEHLUNGEN  
FÜR EIN MODERNES  
VERGÜTUNGSSYSTEM**  
IN DER AMBULANTEN ÄRZTLICHEN VERSORGUNG

BERICHT DER WISSENSCHAFTLICHEN KOMMISSION  
FÜR EIN MODERNES VERGÜTUNGSSYSTEM – KOMV





# Vorwort

Dem Preis kommt in jedem Wirtschaftsbereich hohe Bedeutung zu. Preise lenken sowohl Angebot wie Nachfrage, sie haben teilweise Signalfunktion (z.B. für Qualität), sie dienen als Wertmaßstab und können Ausdruck von „Wertschätzung“ oder Knappheit sein. Preise können sich frei und dezentral am Markt bilden (Marktpreise wie z.B. bei Lebensmitteln), sie können Ergebnis von Verhandlungen sein (Verhandlungspreise wie z.B. Lohnfestlegungen in Tarifverträgen) oder sie können staatlich festgelegt sein (administrierte Preise). Zur letztgenannten Gruppe gehören Preise in staatlichen Gebührenordnungen wie die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), während der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) hingegen die Grundlage für Verhandlungspreise bildet.

Im Gesundheitswesen kommt dem Vergütungssystem, also den Strukturen, nach denen Preise gebildet werden, große Relevanz zu. Denn diese Strukturen entscheiden mit darüber, welche Leistungen abgerechnet werden bzw. wo, von wem und mit welcher Qualität und in welcher Menge diese angeboten werden. Das Vergütungssystem im Gesundheitswesen hat somit erhebliche versorgungspolitische Bedeutung. Um Patientinnen und Patienten vor überhöhten Preisen durch die Anbieter zu schützen, ist das System zudem hoch reguliert.

Die Frage, ob das deutsche Gesundheitssystem in der Vergütung ambulant-ärztlicher Leistungen zwei unterschiedliche Systeme für vergleichbare, wenn nicht sogar größtenteils identische medizinische Leistungen benötigt und welche Wirkungen von dieser Dualität ausgehen, ist schon lange Gegenstand politischer und wissenschaftlicher Diskussionen. Häufig werden diese Fragen im Zusammenhang mit der Trennung des Krankenversicherungsmarktes in gesetzliche und private Krankenversicherungen diskutiert. Zeitgleich wird aber fortwährend auch im bestehenden dualen System mit Blick auf die Art der Vergütung erheblicher Reformbedarf konstatiert.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode des Bundestages aus dem Jahr 2018 wurde daher vorgesehen, dass eine Kommission bis Ende 2019 „[...] unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen Vorschläge vorlegt [...]“, wie ein modernes Vergütungssystem geschaffen werden könnte, „[...] das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet.“ Diesem Auftrag ist das Bundesgesundheitsministerium im Sommer 2018 mit der Bestellung der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) nachgekommen. Das nachfolgende Gutachten fasst die zahlreichen Diskussionen, Anhörungen und Recherchen der Kommissionsmitglieder, die durch eine Geschäftsstelle unterstützt wurden, zusammen.

Der Erlass zur Errichtung der Kommission nennt explizit folgende Leitfragen, an denen sich die Kommission in ihrer Arbeit orientiert hat:

- Welche Probleme bestehen bei den geltenden unterschiedlichen Honorarordnungen im vertrags- und privatärztlichen Bereich?
- Welche grundsätzlichen Ansätze für ein modernes Vergütungssystem für ambulante ärztliche Leistungen, das insbesondere zur Behebung bestehender, durch die unterschiedlichen Honorarordnungen verursachten Probleme beitragen kann, kommen in Betracht (z.B. Komponenten, Organisation, Anwendung) und wie sind sie hinsichtlich ihrer Eignung zu bewerten (Vor- und Nachteile)?
- Welche rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Umsetzung eines modernen Vergütungssystems müssen beachtet werden? Wie wäre eine neue gemeinsame Honorarordnung, die die unterschiedlichen Honorarordnungen (EBM und GOÄ) ablösen würde, verfassungs- und europarechtlich zu begründen (Berufs- und Vertragsfreiheit)?
- Welche Kosten, Finanzierungs- und Honorarverteilungsaspekte für die Umsetzung eines modernen Vergütungssystems sind zu berücksichtigen? Welche Vor- und Nachteile gäbe es?
- Welche Folgen hätte die Einführung eines modernen Vergütungssystems insbesondere auf die Versorgungsqualität und welche Verteilungswirkung?

Der Gutachtauftrag der Kommission ist damit sehr genau umschrieben und umfasst bspw. nicht die Vergütung der zahnärztlichen Versorgung und auch nicht die Frage der Zusammenführung der bestehenden Versicherungssysteme, also der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV). Für die Beurteilung von Honorierungssystemen sind darüber hinaus eine ganze Reihe von Aspekten wie Budgetierung, Qualitätsvorgaben und Zulassungsvorschriften von großer Bedeutung, die zwar in den einzelnen Abschnitten entsprechend gewürdigt werden, aber in ihren Ausgestaltungsmöglichkeiten und Anreizwirkungen nicht detailliert Gegenstand dieses Gutachtens sind. Es war darüber hinaus auch nicht die Aufgabe der Kommission, eine neue Gebührenordnung zu erarbeiten oder sektorenübergreifend (ambulant-stationär) ausgestaltete Vergütungsoptionen zu prüfen. Es ging vielmehr um die Festlegung von Grundprinzipien, welche die Erstellung und Neukonzeption einer oder mehrerer Gebührenordnungen für die ambulante ärztliche Vergütung leiten sollten. Dabei sind auch die Schritte von großer Bedeutung, die vor der eigentlichen Preisfindung stehen, insbesondere der Prozess zur Definition der einzelnen zu honorierenden ärztlichen Leistungen und deren Auswahl für einen Erstattungskatalog. Das institutionelle Umfeld (staatliche Regulierung, Verhandlungsregime, gemeinsame Selbstverwaltung) ist ebenfalls in die Überlegungen einzubeziehen. Grundlage von Preisfestlegungen sind im Bereich ärztlicher Leistungen die Kosten der Erbringung einzelner definierter Leistungen. Auch hierfür sind adäquate Kostenermittlungsverfahren festzulegen.

Die Frage der optimalen Honorierung ärztlicher Leistungen wird international wissenschaftlich wie auch gesundheitspolitisch wiederkehrend und bis heute intensiv diskutiert. So hat im Sommer 2019 auch in Frankreich eine Expertenkommission ein Gutachten zur zukünftigen Honorierung von ärztlichen Leistungen vorgelegt, allerdings mit stärker sektorenübergreifendem Bezug. Eines der Hauptergebnisse dabei war, dass es nicht die eine optimale Honorierungsform gibt, sondern ein sinnvoll zusammengestellter Mix aus Einzelleistungsvergütungen, Pauschalen (insbesondere für die Versorgung von chronisch Erkrankten) und Komponenten qualitätsbasierter Zahlungen angestrebt werden soll.

Es wird deutlich, dass die Ziele, die mit einem Honorierungssystem verbunden sind, immer vielgestaltig sind. Prioritär ist dabei aus Sicht der Kommission die Sicherung der Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und die Praktikabilität des Honorierungssystems sind jedoch auch zu berücksichtigen. Die Kommission hat hierfür Zieldimensionen definiert und diskutiert, um ihre Empfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung des ambulanten Honorierungssystems im deutschen Gesundheitswesen daran zu messen. Da die konsentierten Ziele eines modernen Vergütungssystems teilweise in Konflikt zueinander stehen, ist letztlich ein Ausgleich zwischen diesen unterschiedlichen Zielvorstellungen notwendig. Insofern ist eine neue Gebührenordnung immer auch ein politischer Kompromiss, der in Abhängigkeit von den jeweiligen Prioritäten variieren kann.

Zudem sind Folgewirkungen neuer Honorierungsregeln zu beachten, z.B. deren Effekt auf Wartezeiten und Erreichbarkeit, die letztlich aus Sicht der Patientinnen und Patienten ebenfalls eine Form eines (nicht-monetären) Preises darstellen und auch auf volkswirtschaftlicher Ebene Kosten verursachen können. Dort können neue Honorierungsregelungen darüber hinaus Verteilungswirkungen haben und Finanzierungsprobleme aufwerfen. Technische Innovationen im Bereich der Digitalisierung können des Weiteren neue Anforderungen an ein Honorierungssystem stellen, da sie kontinuierlich die Frage eröffnen, ob – bspw. durch verstärkte oder ergänzende Einzelleistungsvergütung – zusätzliche vorübergehende oder dauerhafte Anreize geschaffen werden sollen, um solche Innovationen zu fördern. Honorierungssysteme sind insofern nie ganz abgeschlossen, sondern unterliegen einem fortwährenden Prozess der Anpassung an neue Gegebenheiten wie den medizinisch-technischen Fortschritt, aber auch an neue gesundheitspolitische Prioritäten. Als Beispiel aus jüngerer Zeit können die neu eingeführten Sondervergütungen für die Aufnahme weiterer Patientinnen und Patienten in Hausarztpraxen genannt werden.

Das Gutachten gliedert sich wie folgt: Einleitend soll zunächst die Geschichte der Honorarsysteme in Deutschland erläutert werden, da sich viele der derzeitigen Regelungen ohne Wissen um die historischen Wurzeln kaum erschließen. Daran anschließend werden die Vergütungssysteme für die ambulant-ärztliche Versorgung, wie sie derzeit in der vertragsärztlichen und der privatärztlichen Versorgung bestehen, sowie der verfassungs- und unionsrechtliche Rahmen für Vergütungsregelungen vorgestellt und eine Einordnung im internationalen Vergleich gegeben. Nach einer empirischen Betrachtung der aktuellen Vergütungssituation sollen einige theoretische Überlegungen zu den Anreizen der unterschiedlichen, theoretisch denkbaren Honorierungsformen sowie der bestehenden Honorierungssysteme angestellt werden. Im Anschluss folgt die Herleitung und Definition von Zielen für ein modernes Vergütungssystem. Darauf aufbauend werden Reformempfehlungen unter Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile vorgestellt, mit denen die bisherige Systematik im Hinblick auf die Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem weiterentwickelt werden kann.

Die Kommissionsmitglieder danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Geschäftsstelle Robert Messerle, Laura Peter, Wolfgang Seifert, Renate Fenske und Saskia Friese sowie Andreas Grabowski als Leiter der Geschäftsstelle. Wir danken zudem den Erstellerinnen und Erstellern der Begleitgutachten, insbesondere Michael Ahrens, Dr. Martin Albrecht, Iris an der Heiden, Prof. Dr. Ulrich Becker, Hendrik Bock, Dr. Thomas Höpfner, Dr. Carsta Miltzer-Horstmann, Thorsten Müller, Tobias Schäffer, Timo Schlamann, Prof. Dr. Thorsten Ingo Schmidt, Lisa Schmiedel, Franziska Stutzer und Prof. Dr. Eberhard Wille. Des Weiteren danken wir den Institutionen und den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, welche uns mit Datenübermittlungen bei der Analyse der bestehenden Vergütungssysteme unterstützt haben. Hier zu nennen sind insbesondere das Institut des Bewertungsausschusses (InBA), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband – GKV-SV), das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) sowie der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) bzw. das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP).

Für unsere Arbeit waren darüber hinaus eine Reihe von Anhörungen mit Verbandsvertreterinnen und -vertretern sowie Einzelpersonen hilfreich, die uns mit ihrer Expertise unterstützt haben, namentlich Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe), Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Markus Stolaczyk (Bundesärztekammer), Gabriele Hörl, Dr. Alexander Steinmann (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege), Dirk Engelman, Marco Kellerhof (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg), Ansgar Hollah, Matthias Menzel (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat), Timo Harfst (Bundespsychotherapeutenkammer), Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft), Dr. Torsten Fürstenberg, Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-SV), Dr. Andreas Gassen, Dr. Stephan Hofmeister (KBV), Ute Hahnwald, Andreas Schnitzler (Ministerium der Finanzen Rheinland Pfalz), Dr. Florian Reuther, Dr. Frank Schulze Ehring (PKV-Verband), Dr. Ines Verspohl (Sozialverband VdK Deutschland) und Prof. Dr. Jürgen Wasem. Wir danken allen, die uns in dieser Weise fachlich unterstützt haben. Für die Richtigkeit der im Gutachten dargestellten Sachverhalte und Zusammenhänge sowie insbesondere für die Empfehlungen der Kommission sind ausschließlich deren Mitglieder verantwortlich.

Wir hoffen, mit diesem Gutachten einen Beitrag zur zukünftigen Neuordnung der Honorierungssysteme in der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland zu leisten, damit langfristig bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen gesichert werden und sich die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten weiter verbessert.

Berlin, im Dezember 2019

Wolfgang Greiner	Ferdinand Gerlach	Jeannette Brosig-Koch	
Saskia Drösler	Dagmar Felix	Marion Haubitz	Thorsten Kingreen
Jonas Schreyögg	Leonie Sundmacher	Gregor Thüsing	
Volker Ulrich	Astrid Wallrabenstein	Ferdinand Wollenschläger	

Das vorliegende Gutachten bemüht sich um geschlechtersensible Formulierungen. Sofern aus Gründen der besseren Lesbarkeit (z.B. in Aufzählungen) häufiger die grammatikalisch „männliche“ Form verwandt wird, sind doch immer Menschen jeglicher Geschlechtsidentität gemeint. So bezieht sich auch die Wortwahl Ärzte i.d.R. auf die Ärztinnen und Ärzte und außerdem auch auf die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Kursiv hervorgehobene Begriffe werden im Glossar erläutert und sind in der elektronischen Version entsprechend verlinkt.

Redaktionsschluss für diesen Bericht war Dezember 2019.

Zitierhinweis: 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.

# Übersicht

Übersicht	V
Inhaltsverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	X
Abbildungsverzeichnis	XIII
Tabellenverzeichnis	XIV
1. Die Geschichte der ärztlichen Gebührenordnungen	1
2. Das ambulante Vergütungssystem in Deutschland	10
3. Verfassungs- und unionsrechtliche Rahmenbedingungen	60
4. Internationaler Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung	69
5. Empirischer Überblick zur ambulanten Vergütung in Deutschland	74
6. Wirkung von Vergütungsanreizen auf ärztliches Verhalten	105
7. Ziele eines modernen Vergütungssystems	128
8. Empfehlungen zur Schaffung eines modernen Vergütungssystems	132
9. Zusammenfassung	156
Glossar	XV
Anhang	XXXI
Literatur	LVIII

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Die Geschichte der ärztlichen Gebührenordnungen</b>	<b>1</b>
1.1. Historie der Medizinaltaxen bis zur Preugo im Jahr 1896	1
1.2. Die Entwicklung des Krankenkassenwesens	2
1.3. Die Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung	3
1.4. Entwicklung der Gebührenordnungen von der Preugo bis heute	5
1.5. Fazit	8
<b>2. Das ambulante Vergütungssystem in Deutschland</b>	<b>10</b>
2.1. Einleitung	10
2.1.1. Grundstrukturen bei der privatärztlichen Behandlung	10
2.1.2. Grundstrukturen bei der Behandlung im Rahmen der GKV	11
2.1.3. Grundstrukturen der Behandlung im Hinblick auf sonstige Kostenträger	13
2.2. Die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen in der GKV	15
2.2.1. Institutionelles Arrangement	15
2.2.2. Grundstrukturen des Vergütungsrechts	18
2.2.2.1. Kollektivvertragliche Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	18
2.2.2.2. Die Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen	23
2.2.3. Die Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf die Krankenkassen	27
2.2.4. Maßgebliche Charakteristika der vertragsärztlichen Vergütung und des EBM	27
2.2.4.1. Pauschalierung	27
2.2.4.2. Der Behandlungsfall als maßgebliche Bezugsgröße	28
2.2.4.3. Strukturvorgaben, Abrechnungsausschlüsse	29
2.2.4.4. Qualitätssicherung	30
2.2.4.5. Abrechnungs-/Wirtschaftlichkeitsprüfung	31
2.2.5. EBM – Kalkulationssystematik	32
2.2.5.1. Der ärztliche Leistungsanteil	34
2.2.5.2. Der technische Leistungsanteil	35
2.2.6. Weiterentwicklung und Pflege des EBM	36
2.2.7. Weitere Vergütungsbereiche	37
2.2.7.1. Ambulante Versorgung im Krankenhaus	38
2.2.7.2. Weitere Versorgungsformen	38
2.2.7.3. Selektivvertragliche Versorgung und weitere Vergütungsformen	40
2.2.7.4. Exkurs: Die Vergütung ärztlicher Leistungen im Krankenhaus	41
2.3. Die Vergütung ambulanter privatärztlicher Leistungen	43
2.3.1. Institutionelles Arrangement	43
2.3.2. Rahmenbedingungen	47
2.3.3. Maßgebliche Charakteristika der GOÄ	48
2.3.3.1. (Rudimentäre) Qualitätssicherung	49
2.3.3.2. Steigerungsfaktoren	50
2.3.4. Die GOÄ-Novellierung	50
2.3.5. Privatärztliche Abrechnung in der GKV	52



2.4. Exkurs: Der Systemwettbewerb	53
2.5. Exkurs: Sektorenübergreifende Versorgung	55
2.5.1. Ausgangslage	55
2.5.2. Wege zu einem funktionsfähigen Wettbewerb um die beste Versorgungsform	56
<b>3. Verfassungs- und unionsrechtliche Rahmenbedingungen</b>	<b>60</b>
3.1. Verfassungsrechtlicher Rahmen für Vergütungsregelungen	60
3.1.1. Kompetenzfragen	60
3.1.1.1. Gesetzgebungskompetenz	60
3.1.1.2. Verwaltungskompetenz	61
3.1.2. Grundrechte	61
3.1.2.1. Die ärztliche Berufsfreiheit	61
3.1.2.2. Besonderheiten in der vertragsärztlichen Versorgung	64
3.2. Unionsrechtlicher Rahmen für Vergütungsregelungen	65
3.2.1. Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit	65
3.2.1.1. Beeinträchtigung	65
3.2.1.2. Rechtfertigung	66
3.2.2. Verhältnismäßigkeits-Richtlinie 2018/958/EU	67
3.3. Fazit	68
<b>4. Internationaler Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung</b>	<b>69</b>
4.1. Ausgangslage	69
4.2. Ergebnisse des internationalen Vergleiches	70
<b>5. Empirischer Überblick zur ambulanten Vergütung in Deutschland</b>	<b>74</b>
5.1. Allgemeine Kennzahlen der PKV und GKV	74
5.2. Die ambulante ärztliche Versorgung im Vergleich	77
5.3. Vergütung in der GKV	79
5.4. Vergütung gemäß GOÄ	84
5.5. Vergleich der Vergütungshöhe nach EBM und GOÄ	85
5.6. Empirische Daten zu Wartezeiten für Termine	87
5.7. Vergütung aus Sicht der Leistungserbringer	89
5.7.1. Übersicht zu den an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten	89
5.7.2. Allgemeine wirtschaftliche Situation	92
5.7.3. Vergütungssituation in der GKV	96
5.8. Verteilungswirkungen von Änderungen an den Vergütungssystemen	101
<b>6. Wirkung von Vergütungsanreizen auf ärztliches Verhalten</b>	<b>105</b>
6.1. Einleitung	105
6.2. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde zu den Anreizwirkungen verschiedener Vergütungsformen	105
6.2.1. Grundlagen	105
6.2.2. Reine Vergütungsformen	107
6.2.2.1. Anreize reiner Vergütungsformen	107
6.2.2.2. Ergebnisse wirtschaftswissenschaftlicher Experimente zu reinen Vergütungsformen	109
6.2.3. Gemischte Vergütungsformen	112

6.2.3.1.	Beschreibung der Anreize gemischter Vergütungsformen	112
6.2.3.2.	Ergebnisse wirtschaftswissenschaftlicher Experimente zu gemischten Vergütungsformen	112
6.2.4.	Qualitätsorientierte Vergütung (pay for performance, P4P)	113
6.2.4.1.	Beschreibung der Anreize einer qualitätsorientierten Vergütung	113
6.2.4.2.	Ergebnisse wirtschaftswissenschaftlicher Experimente zur qualitätsorientierten Vergütung	114
6.2.5.	Zusammenfassung zur Theorie und wirtschaftswissenschaftlichen Experimenten	115
6.3.	Anreizwirkungen in der ambulanten ärztlichen Vergütung in Deutschland	116
6.3.1.	(Fehl-)Anreize im Kontext der vertragsärztlichen Vergütung	116
6.3.1.1.	Pauschal- vs. Einzelleistungsvergütung	116
6.3.1.2.	Budgetierung und Quartalsbezug	117
6.3.1.3.	Steuerung, Regulierung und Erlaubnisvorbehalt	119
6.3.1.4.	Kalkulation von Gebührenpositionen	120
6.3.2.	(Fehl-)Anreize im Kontext der privatärztlichen Vergütung	121
6.3.2.1.	Einzelleistungsvergütung ohne Budgetierung	121
6.3.2.2.	Steuerung und Regulierung	123
6.3.2.3.	Kalkulation von Gebührenpositionen	124
6.3.3.	Weitere durch Vergütung und die Parallelität verschiedener Vergütungssysteme implizierte (Fehl-) Anreize	124
6.3.3.1.	Potenzielle Ungleichbehandlung unterschiedlicher Patientengruppen, insbesondere im Hinblick auf Wartezeiten	124
6.3.3.2.	Einfluss auf die Niederlassungsentscheidung und die Wahl des Fachgebietes	126
6.3.3.3.	Weitere Steuerungsfunktionen	127
<b>7.</b>	<b>Ziele eines modernen Vergütungssystems</b>	<b>128</b>
7.1.	In der Literatur gängige Ziele von Gesundheitssystemen	128
7.2.	Entwicklung eines Zielekatalogs für ein modernes Vergütungssystem	129
<b>8.</b>	<b>Empfehlungen zur Schaffung eines modernen Vergütungssystems</b>	<b>132</b>
8.1.	Ausgangslage	132
8.2.	(Keine) Vollvereinheitlichung	132
8.3.	Reformvorschlag: Partielle Harmonisierung	135
8.3.1.	Harmonisierte Ebene – Gemeinsame Leistungslegendierung und relative Kostenkalkulation	136
8.3.1.1.	Gemeinsame Leistungslegendierung (GLL)	136
8.3.1.2.	Gemeinsame Relative Kostenkalkulation (GRK)	139
8.3.2.	Getrennte Ebene – Separate Verhandlungen in vertrags- und privatärztlicher Versorgung	140
8.3.2.1.	Vertragsärztliche Versorgung	140
8.3.2.2.	Privatärztliche Versorgung	141
8.3.3.	Qualitätsaspekte	143
8.3.4.	Bewertung	144
8.4.	Ergänzende Vorschläge	149
8.4.1.	Ergänzende Vorschläge für die vertragsärztliche Versorgung	149
8.4.1.1.	Quartalsbezug/Abrechnungszeitraum in der GKV	149
8.4.1.2.	Anreize für unterversorgte Regionen	150

8.4.1.3.	Regress	151
8.4.1.4.	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	152
8.4.1.5.	Erhöhung der Transparenz	152
8.4.2.	Ergänzende Vorschläge für die ambulante ärztliche Versorgung allgemein	152
8.4.2.1.	Anpassung des Pauschalierungsgrades	152
8.4.2.2.	Kostenkalkulation	153
8.4.2.3.	Förderung von Teamleistungen	153
8.4.2.4.	Förderung der sektorenübergreifenden Koordination	154
8.4.2.5.	Erprobung und Überführung innovativer Vergütungsformen in regelhafte Versorgungsstrukturen	154
8.4.2.6.	Ausbau der Datenverfügbarkeit	155
<b>9.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>156</b>
	<b>Glossar</b>	<b>XV</b>
	<b>Anhang</b>	<b>XXXI</b>
	<b>Literatur</b>	<b>LVIII</b>

## Abkürzungsverzeichnis

ACO	Accountable Care Organizations
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
ÄL	ärztlicher Leistungsanteil
AOP	ambulantes Operieren
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
ASV	ambulante spezialfachärztliche Versorgung
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
BAT	Bundesangestelltentarif
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BMÄ	Bewertungsmaßstab Ärzte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BR	Bundesrat
BSG	Bundessozialgericht
BT	Deutscher Bundestag
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CWF	Commonwealth Fund
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DMP	Disease-Management-Programme
DRG	Diagnosis Related Groups
EAGO	einheitliche ambulante Gebührenordnung
eBA	erweiterter Bewertungsausschuss
EBM	einheitlicher Bewertungsmaßstab
E-GO	Ersatzkassen-Gebührenordnung
EGV	extrabudgetäre Gesamtvergütung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GeKo	Gemeinsame Kommission (aus vier Vertretern der BÄK und je zwei Vertretern des PKV-Verbandes und der Beihilfe)

GewO	Gewerbeordnung
GG	Grundgesetz
GKAR	Gesetz über das Kassenarztrecht
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) v. 16.07.2015
GLA	Gemeinsamer Leistungsausschuss
GLL	Gemeinsame Leistungslegendierung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition(en)
GRK	Gemeinsame relative Kostenkalkulation
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) v. 21.12.1992
GVP	Gesamtvertragspartner
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
H <sub>z</sub> V	hausarztzentrierte Versorgung
IB	Individualbudget
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KOMV	Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem
KV(en)	Kassenärztliche Vereinigung(en)
KVG	Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter
KVKG	Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz) v. 27.06.1977
MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
MVZ	medizinisches Versorgungszentrum

PBM	Praxisbetriebsmodelle
PFG	Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung
PKV	private Krankenversicherung
PKV-Verband	Verband der privaten Krankenversicherung
RLV	Regelleistungsvolumen
Rn.	Randnummer
RVO	Reichsversicherungsordnung
Rz.	Randziffer in diesem Gutachten
SGB	Sozialgesetzbuch (Beispiel: SGB V - Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)
STABS	Standard-Bewertungssystem
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TL	technischer Leistungsanteil
TSVG	Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz) vom 06.05.2019
Tz.	Textziffer
UV-GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte – Gesetzliche Unfallversicherung
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz)
WIP	Wissenschaftliches Institut der PKV
Zi	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland
ZiPP	Zi-Praxis-Panel

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Geschichte der Gebührenordnungen	9
Abbildung 2:	Leistungsviereck in der GKV	12
Abbildung 3:	Institutionelles Arrangement in der ambulanten, kollektivvertraglichen (vertragsärztlichen) Regelversorgung	16
Abbildung 4:	Aufbau der Vergütung	22
Abbildung 5:	Schema der Honorarverteilung	24
Abbildung 6:	Übersicht zur Kalkulation des EBM	33
Abbildung 7:	Institutionelles Arrangement in der privatärztlichen Vergütung	46
Abbildung 8:	Geplante Gremienstrukturen gemäß der GOÄ-Novellierung	51
Abbildung 9:	Geschätzter Anteil der GKV-Versicherten an allen Einwohnerinnen und Einwohnern nach Kreisen im Jahr 2016	76
Abbildung 10:	Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung in der GKV, PKV und Beihilfe 2017	78
Abbildung 11:	Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung je Versicherten von 2009 bis 2017 und deren relative Entwicklung	78
Abbildung 12:	Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung in der GKV im Jahr 2017	79
Abbildung 13:	Geschätztes Ausgabenvolumen nach der GOÄ abgerechneter Leistungen im Jahr 2017	84
Abbildung 14:	Wartezeiten auf einen Arzttermin in 2019	88
Abbildung 15:	Regionale Verteilung der Ärzte 2018 nach Landkreisen und kreisfreien Städten	91
Abbildung 16:	Anteil der privatärztlichen Einnahmen an allen Praxiseinnahmen nach ausgewählten Abgrenzungen	93
Abbildung 17:	(Gesamt-)Auszahlungsquoten nach KVen und ausgewählten Arztgruppen im Jahr 2017	98
Abbildung 18:	Pauschalierungsgrad der abgerechneten GOP nach Arztgruppen als Anteil am Leistungsbedarf und der rechnerische MGV-Anteil (in Klammern) im Jahr 2017	99
Abbildung 19:	Geschätzte Veränderung der Honorare bei einer einheitlichen Vergütungssystematik und einem insgesamt gleichbleibenden Vergütungsniveau	102
Abbildung 20:	Geschätzte Veränderung der Honorare von Fachgruppen bei einer einheitlichen Vergütungssystematik und einem insgesamt gleichbleibenden Vergütungsniveau	103
Abbildung 21:	Geschätzte Veränderung der Honorarvolumen bei einer einheitlichen Vergütungssystematik und einem insgesamt gleichbleibenden Vergütungsniveau nach KVen	104
Abbildung 22:	Schritte der Preisfestlegung	133
Abbildung 23:	Systematik des Reformvorschlages „Partielle Harmonisierung“	138
Abbildung 24:	Systematik des Reformvorschlages „Partielle Harmonisierung“	160

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Auszahlungsquoten für das Jahr 2017 nach KVen	82
Tabelle 2:	Übersicht über die Ergebnisse verschiedener Studien zu Vergütungsunterschieden zwischen privat- und vertragsärztlicher Versorgung	86
Tabelle 3:	Zahl der Ärztinnen und Ärzte nach Praxisart und Teilnahmeumfang 2010 bis 2018	90
Tabelle 4:	Durchschnittliche Praxisinhabereinnahmen ausgewählter Arztgruppen mit Privat- und GKV-Anteilen im Jahr 2016	95
Tabelle 5:	Beispielhafte Honorarsituation (GKV) in der Augenheilkunde in drei KVen im Jahr 2017	97
Tabelle 6:	Die 15 nach dem Honorar größten Arztgruppen und deren wichtigste GOP im Jahr 2017	100
Tabelle 7:	Ziele eines modernen Vergütungssystems	130
Tabelle 8:	Zielerreichung – Bewertungsmatrix	146



# 1. Die Geschichte der ärztlichen Gebührenordnungen

## 1.1. Historie der Medizinaltaxen bis zur Preugo im Jahr 1896

1. Eine obrigkeitliche Festlegung von Preisen für ärztliche Leistungen findet sich schon in der Antike. So enthält bereits der Codex Hammurapi, eine keilschriftlich überlieferte Rechtsordnung des babylonischen Königs Hammurapi aus dem 18. Jahrhundert v. Chr., Angaben zur Vergütung bestimmter Behandlungen durch Ärzte (Edwards 1904, S. 63 f.). In Deutschland lassen sich Anhaltspunkte für die Festlegung von Preisen für ärztliche Behandlungen bis ins Mittelalter zurückverfolgen, wobei ab dem 16. Jahrhundert zunehmend einzelne deutsche Städte Medizinalordnungen erließen, die neben dem Berufszugang auch die Vergütung für ärztliche Behandlungen regelten (Katzenmeier/Voigt 2015, S. 176 f.). Herauszustellen ist dabei die brandenburgische Medizinaltaxe aus dem Jahre 1693 (mit rund 30 Gebührenordnungspositionen) als Grundlage für die späteren preußischen Medizinaltaxen. Als Motivation zur Einführung der Taxe wird im Vorwort erläutert, dass Ärzte angemessen entlohnt und zugleich Patienten nicht übervorteilt werden sollen<sup>1</sup> – ein Gedanke, der sich bis in die heutige Gebührenordnung für Ärzte erhalten hat (Katzenmeier/Voigt 2015, S. 177). Die Taxe richtete sich dabei auf das begüterte Bürgertum, ohne jedoch wohlhabenden Leuten die Hände zu binden, freigiebiger zu sein. Die Behandlung Armer sollte hingegen aus „christlicher Liebe“ erfolgen. Die nach der Gründung des preußischen Königreichs als „Königlich Preußische Und Churfürstliche Brandenburgische Medizinaltaxe“ weitergeführte Taxe hatte mit einer geringfügigen Erweiterung im Jahre 1725 im preußischen Königreich Bestand, bis im Jahre 1802 eine grundlegende Erneuerung erfolgte, wobei insbesondere Gebührenordnungspositionen für chirurgische Operationen hinzukamen. 1815 wurden weitere Änderungen vorgenommen: als wesentliche Neuerung wurden doppelte Gebührensätze eingeführt, um unterschiedliche Vermögenslagen der Patienten abbilden zu können (Koch 1847, S. 5). Die Medizinaltaxe des Jahres 1815 hatte weitere rund 80 Jahre Bestand, bis im Jahre 1896 eine erneute weitere Revision erfolgte und 1897 die neue Preußische Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – die sogenannte Preugo – in Kraft trat. Die Preugo kann mit ihrer Gültigkeit bis in das Jahr 1965 als unmittelbarer Vorläufer der heutigen Gebührenordnungen in Deutschland angesehen werden.
2. Bevor auf die weitere Entwicklung der Gebührenordnungen im 20. Jahrhundert eingegangen wird, soll zum besseren Verständnis im Folgenden zunächst die Entwicklung des Krankenkassenwesens und der kassenärztlichen Versorgung umrissen werden.

<sup>1</sup> So wird im Vorwort ausgeführt: „Als haben Wir damit beyderley Ungelegenheit vorgebeuget, der Medicorum, (welche die Patienten nicht mit vielen Visiten, gegen derer Begehren und Willen incommodiren sollen,) vielfältige Mühe und Sorgfalt, nicht gar unbelohnet bleibe, und die Patienten sich auch nicht zu beschweren haben, daß sie übersetzt werden, nachfolgendes Reglement beliebt und gesetzt“ (Churfürstliche Brandenburgische Medicinal-Ordnung und Taxa 1694).

## 1.2. Die Entwicklung des Krankenkassenwesens

3. Obgleich sich Ansätze gemeinschaftlicher Unterstützung im Krankheitsfall bis ins Altertum zurückverfolgen lassen, gilt als Ursprung des heutigen Krankenkassenwesens in Deutschland neben dem Knappschaftswesen insbesondere das mittelalterliche Zunftwesen. Handwerkerzünfte betrieben sogenannte „Zunftladen“ oder „Zunftkassen“ zur gegenseitigen Unterstützung der Zunftmitglieder bei Krankheit, Unfall oder im Alter. Mit steigender Zahl der Handwerksgehlen und zunehmenden Konflikten aufgrund der begrenzten Zahl von Meisterstellen wurden später zudem berufsständisch geschlossene Gesellenverbände mit eigenen Unterstützungskassen gegründet (Tauchnitz 2004, S. 67). Die Absicherung im Krankheitsfall umfasste dabei i.d.R. Geldleistungen zur Finanzierung der Krankenbehandlung sowie Darlehen oder krankengeldähnliche Zahlungen zur vorübergehenden Kompensation von Einkommens- bzw. Lohnausfällen. Einzelne größere Kassen schlossen zudem Verträge mit Ärzten oder Spitälern zur Behandlung erkrankter Mitglieder gegen eine Jahrespauschale (Tauchnitz 2004, S. 75).
4. Die Einführung der allgemeinen Gewerbefreiheit und die Aufhebung des Zunftzwangs (Reichsgewerbegesetz von 1731, Preußisches Gesetz über die Gewerbefreiheit 1811) leiteten schließlich den Niedergang der Zünfte ein. Die vormals noch überwiegend über die Zünfte organisierte soziale Absicherung musste nun anderweitig organisiert werden. Die Kassen koppelten sich teilweise von ihren Trägerorganisationen ab und blieben als eigenständige Hilfs- bzw. Unterstützungskassen bestehen. Die Frage der sozialen Absicherung, aber auch die Kontrolle der damit verbundenen Organisationsformen, rückte zunehmend in den Fokus der staatlichen Regulierung. So wurde mit dem allgemeinen preußischen Landrecht von 1794 die Bestreitung von „Cur und Verpflegung“ krank gewordener Gesellen aus der Gesellenlade bzw. Gewerkskasse – oder im Fall nicht hinreichender Mittel – aus der Armenkasse des Ortes verpflichtend. Die allgemeine preußische Gewerbeordnung von 1845 legitimierte die Unterstützungskassen explizit gesetzlich, stellte Fabrikarbeiter den Gesellen gleich und ermöglichte erstmals den Gemeinden, ein Kassenzwang per Ortsstatut einzuführen. Zu einer weiteren rechtlichen Vereinheitlichung des Hilfskassenwesens kam es mit dem „Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen“ im Jahre 1876.
5. Aufbauend auf diesen Entwicklungen wurde 1883 das „Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (KVG)“ verabschiedet, welches als Geburtsstunde der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt. Es führte die grundsätzliche Versicherungspflicht für Arbeiter in Handwerk und Industrie ein und legitimierte Orts-, Betriebs-, Bau-, Innungs- und Knappschaftskrankenkassen als primäre Träger der Krankenversicherung (später als Primärkassen oder RVO-Kassen bezeichnet) bei subsidiärer Zuständigkeit der Gemeindekrankenversicherung<sup>2</sup>. Mitglieder eingeschriebener Hilfskassen waren von der Versicherungspflicht befreit (später Ersatzkassen). Den Primärkassen wurden zahlreiche Vorgaben bspw. zur Leistungspflicht, Beitragserhebung und -höhe sowie zur Verwaltungsorganisation auferlegt. Vorgaben für die eingeschriebenen Hilfskassen beschränkten sich darauf, grundsätzlich mindestens die gleichen Leistungen wie die jeweilige Gemeindekrankenversicherung der Gemeinde, in der die Kasse ihren Sitz hatte, zu erbringen.
6. § 3 KVG regelte, dass auf „Beamte, welche in Betriebsverwaltungen des Reichs, eines Bundesstaates oder eines Kommunalverbandes mit festem Gehalt angestellt sind“, die Vorschriften zur Versicherungspflicht nicht anzuwenden waren. Da auch nicht von der Versicherungspflicht

<sup>2</sup> Die Gemeindekrankenversicherung war keine selbstständige Krankenkasse, sondern eine für alle Gemeinden obligatorische Einrichtung. Sie trat für alle versicherungspflichtigen Personen ein, die nicht einer der Primärkassen oder der eingeschriebenen Hilfskassen angehörten. Vorschriften über Mindestleistungen waren weniger umfangreich als bei den Primärkassen. Während zudem für die Primärkassen das Prinzip der Versicherten-selbstverwaltung (mit Arbeitgeberbeteiligung) galt, wurde die Gemeindekrankenversicherung von der Gemeinde verwaltet (Tauchnitz 2004, S. 118).

erfasste Bevölkerungsgruppen nach sozialer Absicherung strebten, kam es in der Folgezeit „zur Gründung einer Vielzahl von Krankenversicherungseinrichtungen für Beamte, Angestellte und Anwärter der Städte und Gemeinden“ (Milbrodt/Röhrs 2016, S. 34 f.).<sup>3</sup>

7. 1911 führte die Reichsversicherungsordnung (RVO) das Kranken- und Unfallversicherungsrecht sowie das Alters- und Invalidensicherungsrecht zusammen und erweiterte den Kreis der Pflichtversicherten in der Krankenversicherung.<sup>4</sup> Im gleichen Jahr erhielten die eingeschriebenen Hilfskassen bzw. Ersatzkassen mit dem „Gesetz betreffend die Aufhebung des Hilfskassengesetzes“ den Status von privaten Versicherungsunternehmen und wurden in Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit umgewandelt. Damit wurde „die endgültige Aufteilung in gesetzliche und private Krankenkassen festgeschrieben“ (Wagner-Braun 2002, S. 85). Nachdem das im Jahr 1901 in Kraft getretene Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen (heute: Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG) bereits die gesetzliche Grundlage für die Tätigkeit der nicht eingeschriebenen Hilfs- und Unterstützungskassen bildete, war dies nun auch für die eingeschriebenen Hilfskassen der Fall. Gemeinsam bildeten sie nun die private Krankenversicherung. Aufgrund einer zunehmenden Nachfrage der nicht pflichtversicherten Bevölkerung nach sozialer Absicherung kam es in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts zu einer starken Expansion der privaten Krankenversicherung (Milbrodt/Röhrs 2016, S. 38). Mit dem Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung im Jahr 1934 und der 15. Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) im Jahr 1937 wurden die Ersatzkassen – die zuvor als eingeschriebene Hilfskassen den Status privater Versicherungsunternehmen erhalten hatten – schließlich als Körperschaften des öffentlichen Rechts in die GKV integriert. Um Mitglieder, die nun als sozialversicherungsfremd galten, weiterhin versichern zu können, wurden diese teilweise in ausgegründete private Krankenversicherungen überführt (Milbrodt/Röhrs 2016, S. 40). Damit war der Grundstein für das heutige duale Krankenversicherungssystem gelegt.

### 1.3. Die Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung

8. Bis zum Inkrafttreten des KVG im Jahre 1884 war die ärztliche Versorgung und Vergütung bei Mitgliedern einer Hilfskasse i.d.R. von der direkten Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patient sowie – je nach Kassenstatut – der teilweisen Kostenerstattung zwischen Kasse und Patient geprägt (offenes Dreiecksverhältnis, Kostenerstattungsprinzip). Dies änderte sich mit der durch das KVG eingeführten Verpflichtung der Krankenkassen, freie ärztliche Behandlung ab Krankheitsbeginn zu gewähren (Sachleistungsprinzip). Der Vergütungsanspruch des Arztes richtete sich nun an die Krankenkasse. Arzt und Kasse traten in direkte Rechtsbeziehung, es entstand ein geschlossenes Dreiecksverhältnis (Gurgel 2000, S. 12). Die Frage der Zugangsregelung der Ärzte zur Kassenversorgung und der vertraglichen Beziehungen zwischen Arzt und Kasse blieb jedoch unbeantwortet, sodass zunächst Einzelverträge zwischen Kassen und frei praktizierenden Ärzten abgeschlossen wurden. Dabei wurde z.T. nach *Einzelleistungen* auf Grundlage einer amtlichen oder frei vereinbarten Gebührenordnung, z.T. nach Kopf- oder Fallpauschalen und z.T. auch nach Mischformen honoriert (Gurgel 2000, S. 14). Eine KVG-Novelle im Jahr 1892 räumte den Krankenkassen das Recht ein, die Zahl der Kassenärzte nach eigenem Ermessen zu bestimmen. Neben einer ständig steigenden Versichertenzahl – u.a. aufgrund des etappenweisen Ausbaus der Versicherungspflicht – und einer zunehmenden Marktkonzentration der Krankenkassen führte dies zu einer Dominanz der Kassen gegenüber den Ärzten. In der Folge schlossen sich Ärzte zur

<sup>3</sup> U.a. bei Krankheit und Geburt bestehende Rechtsansprüche der Beamten gegen ihre Dienstherrn wurden demgegenüber erstmals 1942 geschaffen (Bayer. Verfassungsgerichtshof v. 4.12.1958, Vf. 10-VII-58).

<sup>4</sup> Die Versicherungspflicht wurde seit dem KVG immer wieder erweitert. 1911 kamen insbesondere Dienstboten, Wanderarbeiter sowie land- und forstwirtschaftliche Arbeiter hinzu (Tauchnitz 2004, S. 124).

Wahrnehmung ihrer Interessen zunehmend in ärztlichen Interessenverbänden zusammen – so wurde bspw. 1900 der Hartmannbund in Leipzig gegründet. Es kam immer häufiger zu Arbeitskämpfen bis hin zur Androhung eines Generalstreiks für den Beginn des Jahres 1914 (Käsbauer 2015, S. 138 ff.). Dieser konnte rechtzeitig mit dem Berliner Abkommen im Jahr 1913 verhindert werden, einer privatrechtlichen Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Ärzten. Es beseitigte die Zulassungsautonomie der Krankenkassen, die ein erhebliches Druckmittel gegenüber den Ärzten darstellte und deren Anwendung teilweise als willkürlich wahrgenommen wurde und räumte den Ärzten ein paritätisches Mitbestimmungsrecht bei der Kassenzulassung und der Ausgestaltung der Kassenarztverträge ein (Käsbauer 2015, S. 145 ff.). Das Abkommen sah eine Mindestzulassungsquote von einem Arzt je 1.350 Versicherten sowie die Erarbeitung von Vertragsmustern (als Vorläufer der Mantelverträge) in paritätisch besetzten Ausschüssen als Grundlage für die Verträge zwischen Ärzten und Krankenkassen vor, die weiterhin Einzelverträge blieben. Damit entstand auf überwiegend privatrechtlicher Ebene eine vertragliche Beziehung zwischen Arzt, Arztverband, Patient und Krankenkasse (Gurgel 2000, S. 20).

9. Grundlegende Neuerungen brachte die Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen aus dem Jahr 1931, ein Teil der Notverordnungsgesetze, mit sich. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Körperschaften des öffentlichen Rechts, in denen alle Kassenärzte zusammengeschlossen waren, konstituierten sich und traten bei den gemeinsamen Verhandlungen an die Stelle der privatrechtlich organisierten Ärzteverbände. Kollektivvertragliche Verhandlungen lösten das Einzelvertragssystem ab. Die Verordnung vereinheitlichte überdies das Zulassungssystem für alle Krankenkassen und führte ein zweistufiges Vergütungsverfahren ein. In der ersten Stufe entrichteten die Kassen an die KVen eine *Gesamtvergütung* mit befreiender Wirkung, wobei ausschließlich die *Kopfpauschale* als Berechnungsgrundlage zulässig war. In der zweiten Stufe verteilten die KVen die Gesamtvergütung nach einem im Benehmen mit den Krankenkassen zu erstellenden Honorarverteilungsmaßstab an die Ärzte. Die Vergütung erfolgte dabei – getrennt nach verschiedenen Fonds für Beratungen, Besuche, Sachleistungen u.a. – nach Einzelleistungen, deren Bewertung sich aus den in Punkten ausgedrückten Preugo-Bewertungen und einem *Verrechnungspunktwert* ergab, der sich wiederum auf Basis der insgesamt abgerechneten Punktmenge und der Gesamtvergütung errechnete. Unbestimmte Regelungen zur Anpassung der Kopfpauschale füllte ein Honorarabkommen der Spitzenverbände im Jahre 1932 aus, welches verschiedene Möglichkeiten zu deren Anpassung vorsah, u.a. die Möglichkeit einer Kopplung an die Grundlohnsumme (Gurgel 2000, S. 28).
10. 1933 gründeten die Nationalsozialisten die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD), die zur alleinigen Trägerin der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Kassenärzten wurde. Die regionalen KVen gingen in der KVD auf. Diese und weitere Entwicklungen wurden nach 1945 grundsätzlich wieder rückgängig gemacht, die im Wesentlichen unveränderte RVO stellte wieder die Grundlage des Sozialversicherungsrechts in den westlichen Besatzungszonen und der späteren Bundesrepublik Deutschland (Gurgel 2000, S. 47 ff.).<sup>5</sup> Das 1955 verabschiedete Gesetz über das Kassenartzrecht (GKAR) sah die Konstituierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie ein aus drei Ebenen bestehendes Vertragsregime (Bundesmantelvertrag, Landesmantelvertrag, Gesamtvertrag) vor. Die Anwendung der Kopfpauschale bei der Berechnung der Gesamtvergütung wurde nun als Grundsatz geregelt, nicht mehr jedoch als zwingende Vorgabe. Im Gesamtvertrag konnte abweichend vereinbart werden, dass die Gesamtvergütung nach einer Fallpauschale, nach Einzelleistungen oder einer Mischform berechnet wird (Gurgel 2000, S. 84 f.).

<sup>5</sup> In der sowjetischen Besatzungszone wurde die ambulante ärztliche Versorgung in der Nachkriegszeit noch ausschließlich durch freiberuflich tätige Ärzte sichergestellt. In der Folgezeit wurden jedoch zunehmend staatliche Gesundheitseinrichtungen (Polikliniken und Ambulatorien) mit angestellten Ärzten geschaffen. Die Zahl der privaten Arztpraxen in der DDR ging von 1950 bis 1989 von 5.824 auf 341 zurück (Gurgel 2000, S. 206). Zwar wurde in der DDR eine an die Preugo angelehnte eigene Vertragsgebührenordnung (Vergo) entwickelt. Eine weitergehende Betrachtung erfolgt wegen der untergeordneten Relevanz für die heutige Entwicklung nicht.

Bei der Berechnung nach Kopfpauschalen war neben der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen und der Entwicklung der Grundlohnsumme auch die Entwicklung des ärztlichen Leistungsumfangs zu berücksichtigen. Dabei war allen Berechnungsmethoden gemein, dass der ärztliche Leistungsumfang bzw. die ärztliche Leistung bewertet werden musste. Der Gesetzgeber ließ jedoch offen, auf welcher Grundlage die Bewertung zu erfolgen hatte. In Folge der positiven wirtschaftlichen Entwicklung in den 1950er und 1960er Jahren und wegen des Wettbewerbsdrucks gingen immer mehr Krankenkassen zur Berechnung der *Gesamtvergütung* nach *Einzelleistungen* über. 1967 galt dies bereits für mehr als die Hälfte der Krankenkassen, wobei sie in aller Regel die Einzelsätze der amtlichen Gebührenordnung zugrunde legten, z.T. jedoch auch mit Ab- oder Zuschlägen (Gurgel 2000, S. 154).

11. Eine multifaktoriell bedingte Ausgabenexpansion im Gesundheitswesen sowie eine erodierende Einnahmehasis aufgrund der Wirtschaftskrise in den 1970er Jahren erforderten zunehmende Kostendämpfungsmaßnahmen, welche die Krankenkassen ohne entsprechende gesetzliche Vorgaben nicht allein im Wege der Verhandlung mit den *vertragsärztlichen Leistungserbringern* durchsetzen konnten. Eine „Ära der Kostendämpfungsgesetze“ (Gurgel 2000, S. 168) im Gesundheitswesen begann. So präzisierte das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) 1977, dass die Vertragspartner bei der Ermittlung der Veränderung der Gesamtvergütung u.a. die zu erwartende Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen zu berücksichtigen haben – und zwar auch dann, wenn sich die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnete. Mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) hatten sich – nun grundsätzlich über alle Leistungsbereiche hinweg – die Vertragspartner ab 1989 nach dem neu eingeführten Grundsatz der Beitragssatzstabilität in der GKV zu richten. Das 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) legte als Sofortmaßnahme die Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütung in der *vertragsärztlichen Versorgung* parallel zur Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in den Jahren 1993 bis 1995 fest (Budgetierungsphase). Um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, regelte es zudem die einheitliche Geltung des Kassenarztrechts für alle Kassenarten. Damit entfiel die Sonderstellung der Ersatzkassen hinsichtlich der vertraglichen Ausgestaltung der ärztlichen Versorgung (Ende der Ersatzkassen-Gebührenordnung – E-GO). Der Begriff der kassenärztlichen Versorgung wurde im SGB V durchgehend auf den Begriff der vertragsärztlichen Versorgung umgestellt.

#### 1.4. Entwicklung der Gebührenordnungen von der Preugo bis heute

12. Die vom preußischen Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten 1896 erlassene Preugo trat 1897 in Kraft. Ermächtigungsgrundlage war die Gewerbeordnung (GewO) des Norddeutschen Bundes aus dem Jahre 1869, die später im gesamten Deutschen Kaiserreich übernommen wurde. Die GewO regelte, dass die Bezahlung des (approbierten) Arztes der Vereinbarung zwischen Arzt und Patient überlassen war, die zuständigen Behörden jedoch Taxen als Norm für Streitige Fälle im Mangel einer Vereinbarung – d.h. als subsidiäre Norm – festlegen konnten.<sup>6</sup> Die Preugo umfasste rund 360 Gebührenordnungspositionen und erlaubte die Abrechnung ein- bis zehnfacher Sätze unter Berücksichtigung „der Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung, der Vermögenslage der Zahlungspflichtigen, den örtlichen Verhältnissen usw.“ (Borntraeger 1896, S. 19). Sie sah zudem die Möglichkeit der analogen Bewertung neuer

<sup>6</sup> So regelte § 80 Abs. 2 GewO: „Die Bezahlung der approbierten Aerzte u. s. w. (§. 29. Abs. 1.) bleibt der Vereinbarung überlassen. Als Norm für Streitige Fälle im Mangel einer Vereinbarung können jedoch für dieselben Taxen von den Centralbehörden festgesetzt werden.“



medizinischer Leistungen vor.<sup>7</sup> Überdies legte sie fest, dass die niedrigsten Sätze zur Anwendung kommen, wenn die Zahlung aus den Mitteln einer Knappschafts- oder Arbeiterkrankenkasse zu leisten ist.

13. Neben der Preugo gab es „rund achtzehn verschiedene Gebührenordnungen in den verschiedenen Ländern des Deutschen Reiches“ (Funke 1988, S. 8). Obgleich die meisten Länder des Deutschen Reiches sie in einer weiterentwickelten Fassung 1924 übernommen hatten, galt sie zu diesem Zeitpunkt bereits als veraltet, denn zahlreiche von den Ärzten erbrachte Leistungen mussten analog bewertet werden (Nienhaus 1982, S. 52). In der Folge begann der Hartmannbund, die Allgemeine Deutsche Gebührenordnung (Adgo, später Privat-Adgo bzw. P-Adgo) zu entwickeln und den Ärzten die Abrechnung nach der Adgo zu empfehlen. Ihre allgemeinen Bestimmungen entsprachen grundsätzlich denen der Preugo, sie umfasste jedoch bereits rund 670 Gebührenpositionen und wies unterschiedliche Höchstsätze je nach Leistung zwischen dem Zehn- und Zwanzigfachen des Mindestsatzes auf. Dabei lagen bereits die Mindestsätze bei vergleichbaren Leistungen durchweg über denjenigen der Preugo (Nienhaus 1982, S. 52). 1928 vereinbarte der Hartmannbund mit den Verbänden der Ersatzkassen, bei der Abrechnung mit ihren Vertragsärzten eine angepasste Adgo, die E-Adgo, zugrunde zu legen. Diese wies lediglich einfache Sätze auf, die im Allgemeinen den Mindestsätzen der Adgo entsprachen, bei einigen Leistungen wurden die Sätze darüber hinaus ermäßigt oder sie wurden von der Abrechnung gänzlich ausgeschlossen (Nienhaus 1982, S. 52). Nachdem Preugo, (P-)Adgo und E-Adgo bis in die 50er-Jahre unverändert blieben, wurden die Mindestsätze der Preugo im Jahr 1952 bei allgemeinen Leistungen um die Hälfte und bei Sonderleistungen um ein Drittel angehoben und das Leistungsverzeichnis um wenige Leistungen erweitert.<sup>8</sup> Zugleich wurde die Preugo mit der Preisrechtsverordnung des Bundeswirtschaftsministers in Bundesrecht überführt. Eine erneute Anhebung aller Mindestsätze um ein weiteres Drittel fand 1957 statt (Nienhaus 1982, S. 52).
14. Zwischenzeitlich gründeten die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine gemeinsame Kommission zur Weiterentwicklung der E-Adgo, die fortan regelmäßig überarbeitet wurde. Die Überarbeitungen gingen zudem in die von der KBV herausgegebene Liste der analogen Bewertungen zur Preugo ein (Nienhaus 1982, S. 53). In Folge des GKAR im Jahr 1955, wonach die Berechnung der Gesamtvergütung in jedem Falle eine Bewertung des ärztlichen Leistungsumfangs erforderte (s. Rz. 10), nahm auch der Druck weiter zu, die amtliche Gebührenordnung umfassend zu überarbeiten. Mit § 11 der Bundesärzteordnung (BÄO) wurde 1961 schließlich die Ermächtigungsgrundlage geschaffen, nach der die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates eine neue Gebührenordnung erlassen konnte. Während Bundesärztekammer (BÄK), KBV und Hartmannbund unter Federführung der KBV an einer neuen Gebührenordnung arbeiteten, plante die Bundesregierung die vorübergehende Einführung einer Übergangsgebührenordnung auf Grundlage der E-Adgo. Diese trat schließlich 1965 als amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ'65) in Kraft und löste die Preugo ab (Gurgel 2000, S. 147). Der Wortlaut der GOÄ'65 legte nahe, dass im Unterschied zur Preugo statt der Vereinbarung zwischen Arzt und Patient nun grundsätzlich die Gebührenordnung als Grundlage der ärztlichen Bezahlung galt. Abweichende Vereinbarungen waren jedoch weiterhin zulässig<sup>9</sup>, so dass sich de facto am Subsidiaritätsprinzip nichts änderte. Die GOÄ'65 umfasste bereits rund 1.050 Gebührenordnungspositionen mit ein- bis sechsfachen Sätzen. Grundlage waren die allgemeinen

<sup>7</sup> So heißt es in § 4 der Preugo i.d.F. vom 15.05.1896: „Verrichtungen, für welche diese Taxe besondere Gebühren nicht auswirft, sind nach Maßgabe derjenigen Sätze, welche für ähnliche Leistungen gewährt werden, zu vergüten.“ (Borntraeger 1896, S. 19).

<sup>8</sup> Bei den neu hinzugekommenen Leistungen handelte es sich um das Gesamtblutbild, das EKG, EEG und die Grundumsatzbestimmung.

<sup>9</sup> So heißt es in § 1 der GOÄ i.d.F. vom 18.03.1965: „Den Ärzten stehen für ihre Berufstätigkeit Vergütungen (Gebühren, Entschädigungen und Auslagen) nach dieser Verordnung zu. Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Regelung getroffen werden.“

rechtlichen Bestimmungen der Preugo sowie das Leistungsverzeichnis und die Abrechnungsbestimmungen der E-Adgo. Während die Verträge der KBV und in der kassenärztlichen Versorgung sofort auf die neue GOÄ umgestellt wurden – wobei die Berechnung der Gesamtvergütung im Regelfall nach den Einzelsätzen der GOÄ erfolgte (s. Rz. 10) –, rechneten die Ersatzkassen nach wie vor nach der E-Adgo ab, die von einer Vertragskommission ständig weiterentwickelt wurde (Nienhaus 1982, S. 54).

15. In der Folgezeit einwickelte sich eine weitgehend einheitliche Rechnungslegung in der kassenärztlichen Versorgung. Eine vollständige Vereinheitlichung wurde jedoch nicht erreicht aufgrund von Sonderregelungen unterschiedlichster Art auf Landesebene zwischen KVen und Landesverbänden der Krankenkassen. 1971 entschlossen sich daher die Bundesverbände der Krankenkassen (ohne die Ersatzkassen) und die KBV auf Grundlage ihres Bundesmantelvertrages einen eigenen gemeinsamen und bundeseinheitlich gültigen Gebührentarif zu entwickeln, den Bemessungsmaßstab-Ärzte (BMÄ'71). Die Grundlage bildete die GOÄ'65 sowie zwischenzeitlich vereinbarte analoge Bewertungen. Eine von den Vertragspartnern geschaffene Auslegungskommission wurde mit der regelmäßigen Weiterentwicklung beauftragt (Nienhaus 1982, S. 54).
16. Das KVKG beauftragte im Jahr 1977 die Bundesverbände der Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen, mit der KBV in einem gemeinsamen Bewertungsausschuss einen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als Bestandteil der Bundesmantelverträge zu schaffen, der „den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bestimmen“ sollte. Da der Gesetzgeber die Vertragspartner jedoch nicht dazu verpflichtete, eine einheitliche Gebührenordnung zu entwickeln, blieb es auf der Grundlage des EBM bei zwei verschiedenen Gebührenordnungen, dem BMÄ'78 für die Primärkassen sowie der E-GO für die Ersatzkassen mit grundsätzlich höheren Preisen. Letztere löste die bis dahin gültige E-Adgo ab. Für rund zehn Jahre (1971 bis 1982) existierten damit parallel vier Abrechnungsgrundlagen für ärztliche Leistungen: Für Privatpatientinnen und -patienten die GOÄ und die Adgo, für Ersatzkassen-Versicherte die E-Adgo bzw. später E-GO und für Primärkassen-Versicherte der BMÄ'71 bzw. später BMÄ'78. Allen war gemeinsam, dass jede ärztliche Leistung mit einem DM-Betrag bewertet wurde.
17. Während die kassenärztlichen Gebührenordnungen regelmäßig weiterentwickelt wurden, erfolgte – diesmal auf Basis der E-GO – eine weitere grundlegende Revision der GOÄ im Jahre 1982, die 1983 in Kraft trat (GOÄ'83). Die neue GOÄ ließ keine anderen Gebührenordnungen für die Privatabrechnung mehr zu, was das Ende der Adgo darstellte. Abweichende Honorarvereinbarungen zwischen Arzt und Patient waren zwar weiterhin möglich, wurden jedoch auf die Frage der Höhe des Gebührensatzes beschränkt und teilweise sogar ganz ausgeschlossen. Damit vollzog der Verordnungsgeber nun auch faktisch die Abkehr vom Subsidiaritätsprinzip. Mit dem GSG wurde im Jahr 1993 die ergänzende Regelung aufgenommen, dass bei der Abrechnung von *stationären*, *teilstationären* sowie *vor- und nachstationären* privatärztlichen Leistungen nach der GOÄ die Gebühren um 25 % zu mindern sind. Eine letzte Teilnovellierung der GOÄ'83 mit Anhebung des Punktwerts, Einschränkung bei abweichenden Honorarvereinbarungen und einer teilweisen Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses fand im Jahr 1996 statt.

### 1.5. Fazit

18. Die Geschichte der Gebührenordnungen in der privatärztlichen und kassen- bzw. vertragsärztlichen Versorgung ist eng miteinander verwoben. In der privatärztlichen Abrechnung galten ab 1896 die Preugo und später die GOÄ'65 bzw. GOÄ'83 als amtliche Gebührenordnungen, wobei der Verordnungsgeber vom Prinzip der Subsidiarität der Gebührenordnung gegenüber der freien Vereinbarkeit der ärztlichen Bezahlung zwischen Arzt und Patient abrückte. In der kassenärztlichen Versorgung griffen die Vertragspartner auf Grundlage einzel- und später kollektivvertraglicher Regelungen regelmäßig auf die jeweils gültige amtliche Gebührenordnung zurück, bis sie 1971 einen eigenen Bewertungsmaßstab für Ärzte (BMÄ) entwickelten. Hiervon ausgenommen waren die Ersatzkassen, die zwischen 1911 und 1934 den Status privater Versicherungsunternehmen hatten und für die zwischen 1928 und 1993 eine eigene Gebührenordnung galt (E-Adgo bis 1971, danach E-GO). Da sie regelmäßig gepflegt wurde und den aktuellen Stand des Leistungsgeschehens abbildete, diente sie dem Verordnungsgeber 1965 und 1982 als Grundlage für den Erlass bzw. die Weiterentwicklung der GOÄ. Während die Bewertungen der Ersatzkassen-Gebührenordnungen dabei grundsätzlich als Mindestsätze in die GOÄ übernommen wurden, lag das Vergütungsniveau im Ersatzkassenbereich i.d.R. über demjenigen im Primärkassenbereich, welches u.a. durch die Anbindung an die Entwicklung der Grundlohnsumme der Krankenkassen geprägt war. Seit 1993 gilt sowohl bei den Primär- als auch den Ersatzkassen eine einheitliche Vergütung auf Grundlage des EBM, der regelmäßig weiterentwickelt wird. Das Kassenarztrecht wurde für alle Krankenkassen vereinheitlicht und der Begriff der kassenärztlichen Versorgung im SGB V durchgehend auf den Begriff der vertragsärztlichen Versorgung umgestellt. Die letzte Teilnovellierung der GOÄ fand 1996 statt, 2002 wurde sie auf den Euro umgestellt. Da die derzeit gültige GOÄ aus der Ersatzkassengebührenordnung auf Grundlage des EBM hervorgegangen ist, lassen sich hinsichtlich der Ausgestaltung durchaus Ähnlichkeiten zwischen GOÄ und EBM erkennen (u.a. Leistungsdefinition, Gebührennummer).
19. Während sich die Vergütungshöhe zwischen vertrags- und privatärztlicher Versorgung nach wie vor spürbar unterscheidet, hat der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber innerhalb der jeweiligen Systeme Vergütungsunterschiede zunehmend begrenzt: In der privatärztlichen Versorgung wurde die Möglichkeit der freien Preisgestaltung immer weiter eingeschränkt und auch in der GKV wurden Abweichungsmöglichkeiten zwischen den Krankenkassen bei der ärztlichen Vergütung fortschreitend nivelliert. Insbesondere letzterer Bereich zeichnet sich dabei von Anfang an durch stärkere sozialpolitische Regulierungen aus. Im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts herrschte zunächst noch weitgehende Vertragsfreiheit zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Ärzten hinsichtlich der Vergütung – abgesehen von Arbeiter- und Knappschaftskrankenkassen, für die ab 1896 die Mindestsätze der Preugo galten. Die Vergütungshöhe ergab sich aus zahlreichen Komponenten, u.a. der Wettbewerbsposition von Kasse und Arzt, aber auch aus den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Kasse. Da in der GKV zunächst insbesondere Geringverdiener zusammengefasst wurden, fiel die Vergütung von Anfang an niedriger aus als bei Privatpatientinnen und -patienten. Die Vergütungslogik folgte der Finanzierungslogik. Dies war insofern mit der privatärztlichen Versorgung vergleichbar, als auch dort das Vermögen des Zahlungspflichtigen zu berücksichtigen war. Spätestens mit den Notverordnungsgesetzen 1931, mit denen die zweistufige Vergütung und das Prinzip der Gesamtvergütung durch die Kassen mit befreiender Wirkung eingeführt wurden, ist die *Budgetierung* in der GKV jedoch gesetzlich immanent. Der Gesetzgeber hat an diesem Grundprinzip bis heute festgehalten, wobei das Ausmaß der Budgetierung bei der Fortschreibung der Gesamtvergütung je nach der jeweiligen wirtschaftlichen Lage der GKV schwankte. In der privatärztlichen Vergütung hat der Gesetzgeber bisher auf eine solche Form der Budgetierung bzw. Regulierung verzichtet.



Abbildung 1: Geschichte der Gebührenordnungen

	Privatärztliche Gebührenordnungen		Kassen-/Vertragsärztliche Gebührenordnungen	
	amtlich	nicht-amtlich	Ersatzkassen	Primärkassen
1693	<b>Brandenburgische Medizinaltaxe</b> 30 GOP, grds. 1-fache Sätze			
1802	<b>Preußische Medizinaltaxe</b> 60 GOP, grds. 1-fache Sätze ab 1815 grds. 1- bis 2-fache Sätze			
1897	<b>Preugo</b> 360 GOP, 1- bis 10-fache Sätze			
1928		<b>Adgo</b> 670 GOP, 1- bis teilw. 20-fache Sätze		
1929			<b>E-Adgo</b> einfache Sätze, grds. Mindestsätze der Adgo	
1952	Anhebung Mindestsätze um 50% (allg. Lstg.) bzw. 33% (Sonderlstg.) Aufnahme EKG, EEG, Grundumsatzbestimmung		ab 1953 regelmäßige Weiterentwicklung durch gemeinsame Kommission aus Ersatzkassenverbänden und KBV	
1957	Anhebung aller Mindestsätze um 33%			
1965	<b>GOÄ'65 (auch BUGO-Ä)</b> 1.050 GOP, 1- bis 6-fache Sätze			
1971				<b>BMÄ'71</b>
1978				<b>EBM'78</b>
1983	<b>GOÄ'83</b> 2.500 GOP, 1- bis 3,5-fache Sätze		<b>E-GO'78</b>	<b>BMÄ'78</b> (2.500 GOP)
1987				<b>EBM'87</b>
1993			<b>E-GO'87</b>	<b>BMÄ'87</b> (1.800 GOP)
1996	<b>GOÄ'96 (Teilnovellierung)</b> (ca. 2.800 GOP) Anhebung Punktwert, Einschränkung abw. Honorarvereinbarungen, teilw. Überarbeitung Leistungsverzeichnis  2002: Umstellung auf Euro			<b>EBM ab 1993</b>  regelmäßige Aufnahme neuer Leistungen; grundlegende Anpassungen in 1996 2005 2008 (GKV-WSG) 2013 (GKV-VStG)  (derzeit ca. 2.500 GOP)
heute				

erstmals analoge Bewertungen möglich, später: KBV-Liste "Analoge Bewertungen zur Preugo"  
  
 Liste analoger Bewertg. von KBV  
  
 Verzeichnis der analogen Bewertungen der BÄK  
  
 Zentraler Konsultationsausschuss für GO-Fragen bei der BÄK



einschl. Analogleistungen

Quelle: Eigene Darstellung

## 2. Das ambulante Vergütungssystem in Deutschland

### 2.1. Einleitung

20. Derzeit existiert in Deutschland kein einheitliches Vergütungssystem für ambulante ärztliche Behandlungen. Es stehen im Wesentlichen vielmehr zwei Systeme nebeneinander, die üblicherweise beide nach jeweils zentralen Bestandteilen bezeichnet werden: der in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geltende einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) auf der einen und die die privatärztliche Behandlung betreffende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf der anderen Seite; weitere Möglichkeiten zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen werden unter Abschnitt 2.2.7 dargestellt. Während die GOÄ ein Leistungs- und Preisverzeichnis darstellt, bei der jeder Leistung der erzielbare (Grund-)Preis zugeordnet ist, handelt es sich beim EBM um ein Leistungs- und Bewertungsverzeichnis. Beide sind eingebettet in unterschiedliche leistungs- und leistungserbringungsrechtliche Strukturen.

#### 2.1.1. Grundstrukturen bei der privatärztlichen Behandlung

21. Grundlage der privatärztlichen Behandlung ist ein Behandlungsvertrag zwischen niedergelassenem Arzt und Patient.. Er ist als privatrechtlicher Dienstvertrag besonderer Art zu qualifizieren und wird in den §§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) näher ausgestaltet (Katzenmeier 2019, Rn. 16 ff.). Aufgrund dieses Vertrages schuldet der Behandler (Arzt) die vertraglich vereinbarte Leistung – z.B. eine Untersuchung und/oder eine Behandlung – und der Patient die vereinbarte Vergütung. Dass dies gemäß § 630a Abs. 1 BGB nur gilt, soweit „nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist“, zielt insbesondere auf die Behandlung eines gesetzlich Versicherten durch Vertragsärztinnen oder -ärzte ab (s. Rz. 24 ff.) und ist daher für die privatärztliche Behandlung nicht einschlägig. Die Höhe der Vergütung ist grundsätzlich frei verhandelbar (§ 630b, § 612 Abs. 2 BGB). Diese privatrechtliche Freiheit schränken indes die öffentlich-rechtlichen Vorschriften der GOÄ (näher hierzu unter Rz. 140 ff.) ein.
22. Der sich für Ärztinnen und Ärzte aus dem Behandlungsvertrag ergebende – und daher im Kern nicht auf die privatärztliche Leistungserbringung beschränkte – Pflichtenkreis reicht allerdings über die bloße Behandlung hinaus. So hat die Behandlung typischerweise nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen (§ 630a Abs. 2 BGB). Diese Standards entsprechen den Fähigkeiten und Kenntnissen einer erfahrenen Ärztin oder eines erfahrenen Arztes der jeweiligen Fachrichtung (sog. Facharztstandard; vgl. Katzenmeier 2019, Rn. 161 ff.) und ergeben sich mit Einschränkungen aus Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften (BGH v. 15.04.2014, VI ZR 382/12, Rn. 17 ff.), z.B. der Nationalen Versorgungs-Leitlinie zur Therapie des Typ-2-Diabetes. Führt der Arzt eine Gebietsbezeichnung, z.B. als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder als Facharzt für Radiologie, darf er wegen des

ärztlichen Berufsrechts<sup>10</sup> grundsätzlich nur in diesem Fachgebiet tätig werden (BGH v. 29.06.1999, VI ZR 24/98, Rn. 16). Wenn der Arzt weiß oder damit rechnen muss, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Kostenträger nicht gesichert ist, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren (§ 630c Abs. 3 Satz 1 BGB). Darüber hinaus ist der Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Leistungserbringung zu beachten (BGH v. 14.01.2010, III ZR 173/09, Rn. 10). Innerhalb dieser Grenzen besteht für Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich Therapiefreiheit (Katzenmeier 2019, Rn. 183 ff.).

23. Völlig losgelöst vom Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient ist die Frage, ob letzterer für die durch die ärztliche Behandlung entstandenen Kosten Ersatz verlangen kann. Von Bedeutung – auch in diesem Bericht – sind insoweit hauptsächlich Leistungen der privaten Krankenversicherung (PKV) und (bei Beamtinnen und Beamten) der Beihilfe (zu dieser s. Rz. 138). Daneben existieren Fallgruppen, in denen der Patient oder sonstige Dritte die Behandlungskosten auch endgültig vollständig zu tragen haben oder zusätzlich versichern müssen, u.a. die sog. *individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)* (s. Rz. 165, 350, 363) oder unter Beteiligung sonstiger Kostenträger abgerechnete Leistungen – etwa mit dem Sozialhilfeträger gemäß §§ 48 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) XII oder der zuständigen Behörde nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz.

### 2.1.2. Grundstrukturen bei der Behandlung im Rahmen der GKV

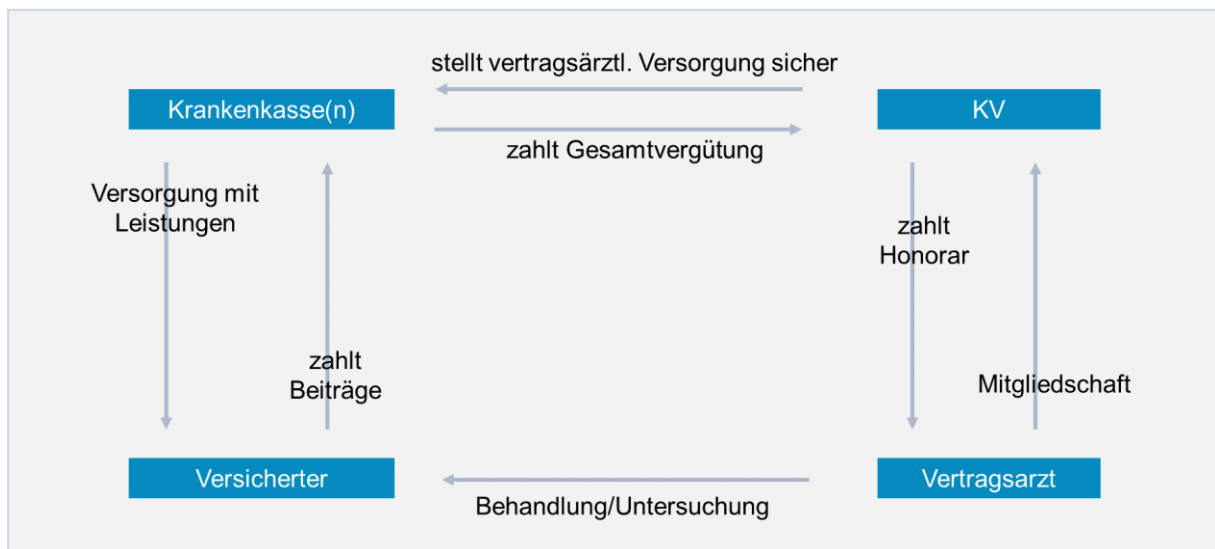
24. Im Vergleich zum Vergütungssystem bei privatärztlicher Behandlung sind die Strukturen in der GKV wesentlich komplexer. Hauptgrund für die besonderen Strukturen in der GKV ist das Sachleistungsprinzip (§ 2 Abs. 2 Satz 1, § 13 Abs. 1 SGB V). Es sieht vor, dass Versicherte die Leistungen als Sachleistungen (z.B. Hilfsmittel wie Hörgeräte oder Rollstühle) und Dienstleistungen (z.B. Behandlung durch Ärzte, Physiotherapeuten, Krankenhäuser) erhalten. Ausnahmen bestehen bei den unmittelbar von den Krankenkassen erbrachten Geldleistungen, wie dem Kranken- und dem Mutterschaftsgeld. Konzeptioneller Hintergrund des Sachleistungsprinzips ist die Tatsache, dass die Krankenkassen ihre Leistungspflicht grundsätzlich nicht durch Eigeneinrichtungen (§ 140 SGB V) erfüllen, sondern durch den Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern (§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V), in denen sich die Leistungserbringer zur Erbringung der vereinbarten Leistungen zu Lasten der Krankenkassen verpflichten. Auf diese Weise entsteht das für die Erbringung von sozialrechtlichen Sach- und Dienstleistungen typische Beziehungsdreieck zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern. Die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (§§ 69 ff. SGB V) dienen nämlich einerseits dazu, die Leistungsverpflichtung und den Vergütungsanspruch des Leistungserbringers zu fixieren, sie haben aber andererseits zugleich die Funktion, den Leistungsanspruch des Versicherten zu konkretisieren. Dadurch werden das Mitgliedschaftsverhältnis zwischen Krankenkassen und Versicherten und das Leistungserbringungsverhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aufeinander abgestimmt (Kingreen 2019, S. 7). Dem Verhältnis zwischen (GKV-)Versichertem („Kassenpatient“) und (Vertrags-)Arzt liegt zwar ebenfalls ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag zugrunde, wobei einerseits ebenso wie bei der privatärztlichen Behandlung für die Patienten freie Arztwahl (§ 76 Abs. 1 SGB V) besteht, andererseits aber der Vertragsarzt zur Behandlung der Versicherten grundsätzlich verpflichtet ist und sie insbesondere nicht aus Kostengründen ablehnen darf (BSG v. 14.03.2001, B 6 KA 67/00 R, Rn. 21). Der Behandlungsvertrag wird jedoch durch die fehlende Vergütungspflicht des Versicherten (vgl. § 630a Abs. 1, letzter Halbsatz BGB) modifiziert. Als

<sup>10</sup> Das ärztliche Berufsrecht gilt als Landesrecht für alle Ärzte unabhängig davon, ob sie privatärztlich oder im GKV-System tätig werden, und ist in den einzelnen Heilberufsgesetzen, aber z.B. auch in den Berufs- und Weiterbildungsordnungen der (Landes-)Ärzttekammern – dort sind grundsätzlich alle Ärzte Pflichtmitglied – kodifiziert.

Gegenleistung dafür, dass sie für die Versicherten die Vergütung der ärztlichen Leistungen übernimmt, erhält die Krankenkasse Beiträge, durch die im Wesentlichen (ca. 95 %) – neben dem Bundeszuschuss aus Steuermitteln in Höhe von aktuell 14,5 Mrd. € für versicherungsfremde Leistungen (§ 221 SGB V) – das gesamte GKV-System finanziert wird.

25. Während die Vergütung im Bereich der nichtärztlichen Versorgung regelmäßig unmittelbar durch die Krankenkassen erfolgt, sind im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung (*vertragsärztliche Versorgung*, näher dazu s. Abschnitt 2.1.3) die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) „zwischengeschaltet“. Sie organisieren – allein oder gemeinsam mit den Krankenkassen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung – nicht nur die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags (§ 75 Abs. 1 SGB V), sondern haben auch in Vergütungsfragen eine Schlüsselposition inne. Sie nehmen die mit den Krankenkassen vereinbarte, von diesen zu entrichtende (morbiditybedingte) *Gesamtvergütung* (MGV), d.h. einen pauschalierten Betrag für die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen für alle Versicherten im Bezirk der KV, entgegen, um ihn auf der Grundlage eines z.T. nach ganz anderen Prinzipien gestalteten Honorarverteilungsmaßstabs an die *vertragsärztlichen Leistungserbringer* auszuschütten. Weil die KV mit verbindlicher Wirkung für alle ihre Mitglieder (Vertragsärztinnen und -ärzte) handelt und auf der Krankenkassenseite ähnliches gilt, spricht man von einem kollektivvertraglichen System. An den sog. Selektivverträgen (näher zu diesen vgl. Abschnitt 2.2.7.3) sind hingegen nur Verbände einzelner *Arztgruppen* oder sogar nur einzelne Vertragsärztinnen bzw. -ärzte (§ 64 Abs. 1, § 73b Abs. 4, § 140a Abs. 3 SGB V) zusammen mit einzelnen Krankenkassen beteiligt. Im Kern lassen sich die Strukturen für die vertragsärztliche Versorgung auf das folgende Leistungsviereck reduzieren:

**Abbildung 2: Leistungsviereck in der GKV**



Die Grafik stellt das Grundmodell dar; zu den Sonderformen wie z.B. der *hausarztzentrierten Versorgung* siehe Glossar.

Quelle: Eigene Darstellung

26. Kennzeichnend für das GKV-System ist, dass rechtliche Beziehungen zwischen den genannten Akteuren prinzipiell nur entlang der Ränder des dargestellten Vierecks bestehen; diese Beziehungen werden im Folgenden skizziert. Zwischen Akteuren, die sich diagonal gegenüber stehen, sieht das System keine Rechtsbeziehungen vor. Von diesem Grundsatz existieren für das Verhältnis zwischen Krankenkasse und einzelner Ärztin oder einzelнем Arzt Ausnahmen (vgl. Abschnitt 2.2.7.3).
27. Die im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen müssen „ausreichend, notwendig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Dieses Wirtschaftlichkeitsprinzip ist gepaart mit dem Qualitätsgebot, wonach Qualität und Wirksamkeit der Leistungen „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ haben (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V); der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse wird anhand der internationalen Standards der *evidenzbasierten Medizin* ermittelt (Plagemann 2016, Rn. 49). Die Ansprüche der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse sind somit grundsätzlich auf wirtschaftliche, qualitätsgesicherte Leistungen gerichtet, aber auch darauf beschränkt. An das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgebot sind alle Akteure der GKV gebunden, also Versicherte ebenso wie Krankenkassen und Leistungserbringer bzw. deren Verbände. Die grundsätzlich auch in der GKV bestehende Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte (BVerfG v. 10.04.2000, 1 BvR 422/00, Rn. 14) wird hierdurch eingeschränkt. Dem Aspekt der angesprochenen Innovationsoffenheit wird vor allem durch die Verpflichtung der Krankenkassen Rechnung getragen, Methoden mit dem *Potenzial* einer erforderlichen Behandlungsalternative zu finanzieren (§ 137c Abs. 3 SGB V, s. auch Rz. 37). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat entsprechende Methoden nach Maßgabe von § 137c Abs. 1, § 137e, § 137h Abs. 4 SGB V zu erproben (vgl. Rz. 35 ff.).
28. Anders als im Bereich der privatärztlichen Behandlung dürfen nicht alle approbierten Ärztinnen und Ärzte Leistungen gegenüber Versicherten erbringen und abrechnen. Vielmehr bedarf es hierfür einer Zulassung. Durch sie werden Vertragsärztinnen und -ärzte Mitglied einer KV und unterliegt damit auch den von ihnen (mit-)verantworteten Prüfungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit.
29. Das vorwiegend im SGB V geregelte Recht der GKV gehört dem öffentlichen Recht an und unterscheidet sich insofern gravierend von den auf privatärztlicher Behandlung aufbauenden Rechtsbeziehungen. Bei der privatärztlichen Behandlung richten sich die rechtlichen Verhältnisse zwischen Patient und Arzt, aber auch zwischen Patient (Versicherter) und PKV-Unternehmen grundsätzlich nach privatrechtlichen Grundsätzen – nur das Verhältnis zwischen beihilfeberechtigtem Patient und Beihilfetragender als Teil des Beamtenrechts sowie der GOÄ-Regulierungsrahmen sind dem öffentlichen Recht zugewiesen (s.a. Rz. 138). Im o.g. Leistungsviereck sind die rechtlichen Beziehungen hingegen mit einer Ausnahme öffentlich-rechtlicher Natur: Der Vertrag zwischen Versichertem (Patient) und Vertragsarzt ist im Kern privatrechtlich, zugleich jedoch durch die Regelungen der GKV öffentlich-rechtlich überlagert (BT-Drucksache 17/10488, S. 19). Alle mit hoheitlichen Aufgaben befassten Akteure – d.h. *Krankenkassen und deren Verbände*, Kassenärztliche (Bundes-)Vereinigung, aber auch die Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung – unterliegen auch den verfassungsrechtlichen Bindungen und sind i.d.R. zur *Amtsermittlung* verpflichtet. Das öffentliche Recht verschafft den Versicherten u.a. rechtlich verbürgte Beteiligungsmöglichkeiten wie Antrags- und Anhörungsrechte oder vorgerichtliche Rechtsbehelfe.

### 2.1.3. Grundstrukturen der Behandlung im Hinblick auf sonstige Kostenträger

30. Neben der privatärztlichen Behandlung und der Behandlung innerhalb der GKV existieren weitere Strukturen zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen bei den sogenannten sonstigen Kostenträgern. In der im SGB VII geregelten gesetzlichen Unfallversicherung wird der

Behandlungsvertrag – analog zur GKV – durch die fehlende Vergütungspflicht des Versicherten (vgl. § 630a Abs. 1, letzter Halbsatz BGB) modifiziert und durch die Regelungen der Unfallversicherung öffentlich-rechtlich überlagert (Hermanns/Schwartz 2016, S. 26).

31. Auf der Grundlage von § 34 Abs. 3 SGB VII haben die Verbände der Unfallversicherungsträger und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den Vertrag „über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte [...] sowie die Art und Weise der Abrechnung“ (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – VÄU) geschlossen. Dieser Vertrag gilt für alle vertragsärztlichen Leistungserbringer (vgl. § 81 Abs. 3 Nr. 1, § 77 Abs. 3 Satz 1 SGB V) sowie die von den Unfallversicherungsträgern beteiligten Ärzte, insbesondere die sog. Durchgangsarzte nach § 24 VÄU; weitere Ärzte können auf Antrag teilnehmen (§ 4 VÄU). Die im Rahmen der Unfallversicherung erbrachten Leistungen müssen zweckmäßig und nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich sein, das Gebot der Wirtschaftlichkeit ist zu erfüllen (§ 8 VÄU). Der Vergütung für die ambulante ärztliche Behandlung liegt die „Gebührenordnung für Ärzte Gesetzliche Unfallversicherung“ (UV-GOÄ) zugrunde (§ 51 VÄU); die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen Arzt und Unfallversicherungsträger (§ 64 VÄU). Die UV-GOÄ wurde zwar auf Basis der GOÄ in der Fassung von 1996 erarbeitet (Hermanns/Schwartz 2016, S. 55), weicht davon jedoch inzwischen im Hinblick auf Systematik und Leistungsbeschreibung teilweise gravierend ab. Außerdem kennt die UV-GOÄ keine Steigerungsfaktoren (näher zu diesen s. Rz. 158), sondern differenziert nach der sog. allgemeinen und besonderen Heilbehandlung sowie weiteren Kostenarten. Die UV-GOÄ wird sowohl im Blick auf die Leistungsbewertungen als auch die Einführung neuer Leistungen regelmäßig durch die ständige Gebührenkommission (§ 52 VÄU) weiterentwickelt.
32. Interessante Kombinationen der privat- und vertragsärztlichen Abrechnungsgrundlagen finden sich bei weiteren sonstigen Kostenträgern. Diese nutzen ausgewählte Komponenten beider Systeme. So orientiert sich die *freie Heilfürsorge* (s.a. Rz. 138), obwohl sie die Versorgung von Beamtinnen und Beamten betrifft, i.d.R. am EBM bzw. den regionalen Euro-Gebührenordnungen (s. Rz. 51), ohne jedoch weitergehende Rahmenbedingungen wie Mengenbegrenzungen anzuwenden (vgl. § 6 des Vertrags zwischen dem Bund und der KBV über die ärztliche Versorgung von Polizeivollzugsbeamtinnen/Polizeivollzugsbeamten der Bundespolizei). Ähnliches gilt für bestimmte Mitglieder (Beamtinnen und Beamte im einfachen Dienst) der – entgegen der missverständlichen Bezeichnung nicht zur GKV zählenden – Postbeamtenkrankenkasse und ihre mitversicherten Angehörigen, für deren Behandlung Leistungen nach dem EBM – bei im Vergleich zur GKV annähernd verdoppeltem *Punktwert* – von den vertragsärztlichen Leistungserbringern über die jeweils zuständige KV abgerechnet werden. Die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen für die übrigen Mitglieder (Beamtinnen und Beamte des mittleren, gehobenen und höheren Dienstes) und ihre mitversicherten Angehörigen erfolgt hingegen auf Basis der GOÄ, hier jedoch mit niedrigeren Regelhöchstsätzen (näher hierzu s. Abschnitt 2.3.3.2). Eine Trennung nach Mitgliedergruppen mit der Folge unterschiedlicher Gebührenrahmen (bei im Übrigen einheitlicher Anwendung der GOÄ) findet sich auch bei der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamtinnen und -beamten. Um sicherzustellen, dass sich trotz abgesenkten Gebührenrahmens ausreichend viele Ärztinnen und Ärzte zur Behandlung der betroffenen Mitgliedergruppe finden, hat diese Krankenversorgung – eine Körperschaft des öffentlichen Rechts – mit der KBV einen entsprechenden Vertrag geschlossen.

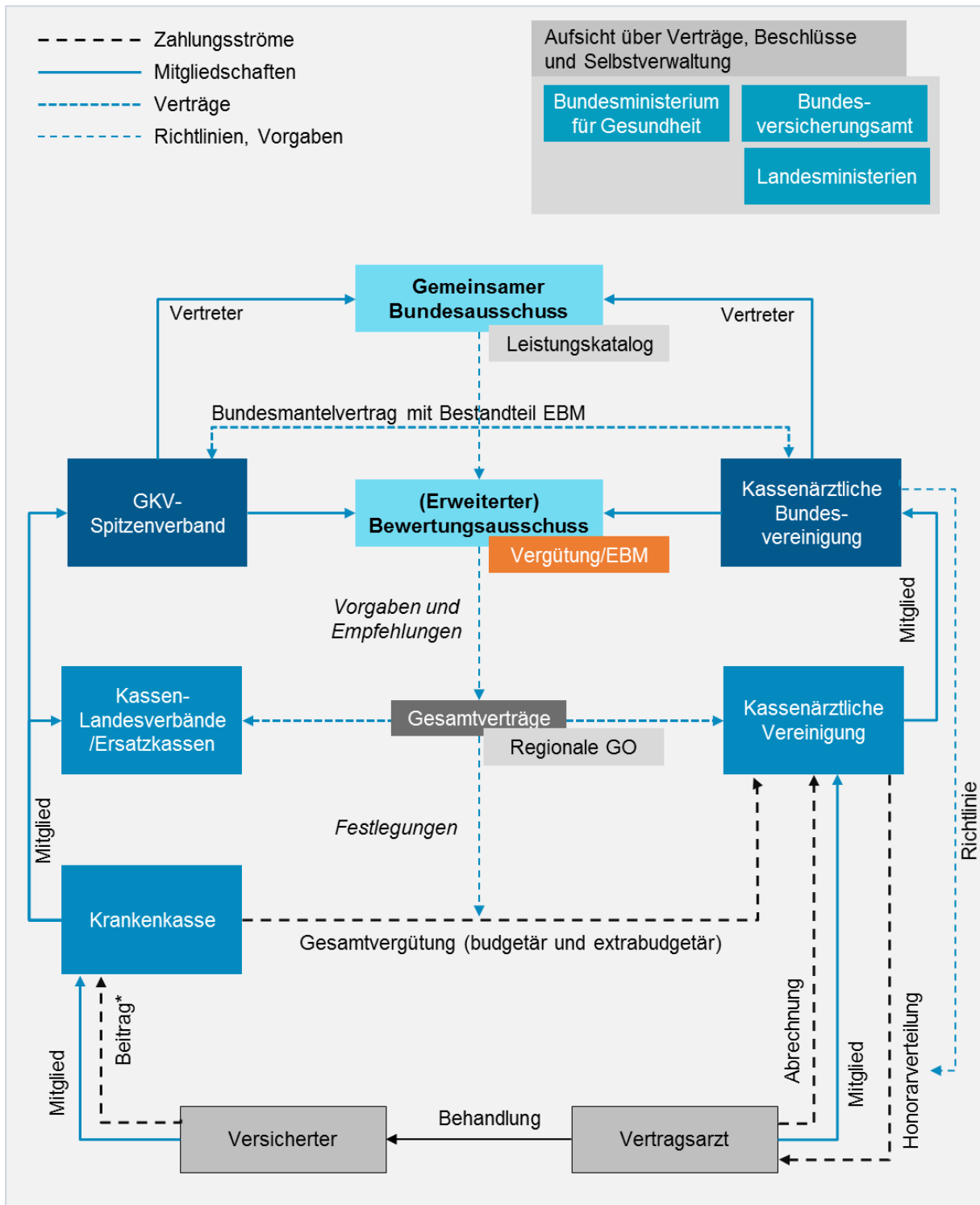


## 2.2. Die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen in der GKV

### 2.2.1. Institutionelles Arrangement

33. In der GKV existiert kein einheitliches Vergütungsrecht für ambulante ärztliche Leistungen und kein mit der GOÄ vergleichbares Preisverzeichnis. Ambulante ärztliche Leistungen werden teilweise im Rahmen spezieller Einzelvertragsmodelle wie insbesondere der *hausarztzentrierten Versorgung* (§ 73b SGB V) und zudem nicht nur durch Vertragsärztinnen und -ärzte i.S.v. § 95 Abs. 1 SGB V erbracht, sondern z.T. auch in Krankenhäusern (§§ 116 ff. SGB V). Mit diesen Sondersystemen sind spezielle Vergütungsvereinbarungen bzw. -bestimmungen verknüpft, wie sie namentlich § 120 SGB V für die ambulanten Krankenhausleistungen enthält. Diese Sondersysteme werden – da nicht explizit vom Kommissionsauftrag umfasst – nicht im Detail behandelt; sie müssen aber berücksichtigt werden, wenn Reformoptionen des Vergütungsrechts für die ambulante ärztliche Versorgung diskutiert werden. Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des *stationären* und ambulanten Systems im Hinblick u.a. auf die Honorierung sollen insbesondere durch eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet werden. Die nachfolgenden Abschnitte beschränken sich dementsprechend zunächst auf das Vergütungsrecht für Leistungen, die durch Vertragsärztinnen und -ärzte im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten Regelversorgung erbracht werden. Knappe Erläuterungen zu den weiteren ambulanten Versorgungs- und Vergütungsbereichen erfolgen anschließend.
34. Das institutionelle Gefüge der kollektivvertraglich organisierten Regelversorgung ist in Abbildung 3 dargestellt. Das zugrunde liegende Vertragsarztrecht ist geprägt durch einen Mix zwischen staatlicher Steuerung der Grundsätze durch das SGB V sowie staatlicher Aufsichtsbefugnisse auf der einen und korporativer Selbstregulierung durch die *Verbände der Krankenkassen* und die *Kassenärztlichen (Bundes-)Vereinigung* im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung auf der anderen Seite (Kingreen 2009, S. 347 ff.; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 200 f.). Diese maßgeblichen Akteure der ambulanten Versorgung sind heute i.d.R. Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 77 Abs. 5, § 207 Abs. 1 Satz 2, § 217a Abs. 2 SGB V). Der öffentlich-rechtliche Körperschaftsstatus grenzt sie ab von genossenschaftlichen Vereinigungen und weist ihnen eine Mitverantwortung für die öffentliche Aufgabe der Gesundheitsversorgung zu.
35. Die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung sind i.d.R. paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Vertragsärzte besetzt. Dem Gedanken der Selbstverwaltung entsprechend unterliegen Krankenkassen(-verbände), Kassenärztliche (Bundes-)Vereinigung sowie die von ihnen gebildeten Ausschüsse nur einer begrenzten staatlichen Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt (ab Januar 2020: Bundesamt für Soziale Sicherung – BAS) bzw. das Landes- oder Bundesgesundheitsministerium (vgl. § 78 Abs. 1 SGB V für die KVen, § 91a Abs. 1 SGB V für den G-BA, § 87 Abs. 1 SGB IV für die Krankenkassen, § 208 Abs. 1 SGB V für deren Verbände und § 217d Abs. 1 SGB V für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen). Daher verfügen staatliche Aufsichtsbehörden im vertragsärztlichen Bereich nicht über fachliche Mitentscheidungsbefugnisse. Die Rolle staatlicher Akteure beschränkt sich vielmehr darauf, einen gesetzlichen Rahmen für die untergesetzliche Rechtsetzung und die vertraglichen Aushandlungsregime zu schaffen; für das Vergütungsrecht sind das derzeit die §§ 87–87d SGB V.

**Abbildung 3: Institutionelles Arrangement in der ambulanten, kollektivvertraglichen (vertragsärztlichen) Regelversorgung**



Die DKG ist aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt.

\* Die Beiträge fließen über die Krankenkassen zunächst an den *Gesundheitsfonds*. Über den *morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich* erfolgen dann Zuweisungen an die Krankenkassen.

EBM = einheitlicher Bewertungsmaßstab, GO = Gebührenordnung

Quelle: In Anlehnung an Wasem (2018)



36. Die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung bestimmen, insbesondere im G-BA (§ 91 SGB V), maßgeblich die medizinischen Standards in der vertragsärztlichen Versorgung (Frahm et al. 2018, S. 451 f.). Der G-BA erlässt zu diesem Zwecke nach § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V Richtlinien auch über die ärztliche Behandlung (Nr. 1), neue ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Nr. 5) und die vertragsärztliche *Bedarfsplanung* (Nr. 9), darf aber auch Leistungen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind (§ 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V). Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur erbracht werden, wenn der G-BA in Richtlinien eine positive Empfehlung dazu abgegeben hat (§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Es besteht also ein Verbot mit *Erlaubnisvorbehalt*. Der Zusammenhang mit dem Vergütungsrecht folgt aus dem Umstand, dass nur für empfohlene Leistungen auch eine Abrechnungsziffer im EBM geschaffen werden darf (§ 87 Abs. 3e Satz 4 und Abs. 5b SGB V). Das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt stellt eine Besonderheit der vertragsärztlichen Versorgung sowohl im Vergleich zur privatärztlichen Versorgung als auch zum stationären Sektor und z.T. sogar zu anderen Bereichen der ambulanten Versorgung in der GKV dar (z.B. in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung oder bei Hochschulambulanzen).
37. Für den Bereich der Krankenhausversorgung gilt demgegenüber nach Maßgabe von § 137c SGB V das Prinzip der Erlaubnis mit *Verbotsvorbehalt* mit der Folge, dass grundsätzlich auch solche Methoden angewandt werden dürfen und von den Krankenkassen vergütet werden müssen, die der G-BA nicht vorab empfohlen hat (BT-Drucksache 18/4095, S. 121). Allerdings sind die Unterschiede zur Rechtslage im Vertragsarztrecht in materieller Hinsicht nicht erheblich, denn auch für die Erbringung neuer Methoden im Krankenhaus gelten die Grundsätze der Qualität und Wirtschaftlichkeit. Neue Methoden werden hier zwar nicht in einem „generalisierten, zentralisierten und formalisierten Prüfverfahren“ vorab geprüft (BSG v. 19.12.2017, B 1 KR 17/17 R, Rn. 19 ff.), auf Antrag schließt der G-BA aber solche Methoden aus, die nicht zumindest das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative haben. Der langjährige Streit über das Entscheidungsmonopol des G-BA in diesem Kontext, das vom Bundessozialgericht negiert worden war, hat sich mit der Einfügung des § 137c Abs. 3 SGB V erledigt (Felix 2016, S. 96): Hat der G-BA noch keine Entscheidung über die neue Methode getroffen, entscheiden die Krankenkassen und im Streitfall die Sozialgerichte über das Potenzial der Methode. Umstritten ist aktuell aber, ob Potenzialmethoden von den Versicherten als Regelleistung beansprucht werden können (ablehnend BSG v. 24.04.2018, B 1 KR 10/17 R, Rn. 11 ff.; zum Streitstand: Bockholdt 2019, Rn. 173 ff.) Jenseits des durch den G-BA maßgeblich mitgeprägten Leistungskatalogs der GKV können Versicherte allerdings bei lebensgefährlichen oder vergleichbaren Erkrankungen auch Leistungen beanspruchen, die hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies setzt voraus, dass keine zugelassene Behandlungsalternative zur Verfügung steht und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder Linderung besteht (§ 2 Abs. 1a SGB V).
38. Ergebnis der gemeinsamen Zuständigkeit der Selbstverwaltung für das Vergütungsrecht ist der EBM (§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V) als Katalog derjenigen vertragsärztlichen Leistungen, die Versicherte nach den § 27 Abs. 1, § 28 Abs. 1 und 3 SGB V beanspruchen können. Das Leistungsrecht wird damit und durch die in § 91 Abs. 6 SGB V angeordnete Allgemeinverbindlichkeit der Richtlinien des G-BA untrennbar mit dem Vergütungsrecht verknüpft und auf diese Weise die notwendige Kongruenz zwischen Leistungs- und Vergütungsanspruch realisiert (BSG v. 20.03.1996, 6 RKa 62/94, Rn. 24). Maßgeblich verantwortlich für den EBM ist der nach § 87 Abs. 3 SGB V paritätisch aus Vertreterinnen und Vertretern der KBV und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband – GKV-SV) bestehende Bewertungsausschuss.

39. Ausdruck der Gewährleistungsverantwortung der Selbstverwaltungspartner ist schließlich die in § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V normierte gemeinsame Sicherstellungsverantwortung der Ärzte und Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung. Sie wird realisiert durch ein in der gemeinsamen Verantwortung der Selbstverwaltungspartner liegendes Zulassungsrecht für Vertragsärztinnen und -ärzte (§§ 95–98 SGB V) und die ebenfalls weitgehend gemeinsam wahrgenommene Verantwortung für die Bedarfsplanung (§§ 99–105 SGB V). Das öffentlich-rechtliche Körperschaftsrecht mit gesetzlich angeordneten Mitgliedschaften (§ 95 Abs. 3, § 207, § 212 SGB V) gewährleistet, dass die einzelnen Ärzte und Krankenkassen die kollektivvertraglich vereinbarte Versorgung auch tatsächlich sicherstellen und erstere dafür die kollektivvertraglich vereinbarte Vergütung erhalten.
40. Die konzeptionelle Verknüpfung des leistungserbringungsrechtlichen Regulierungsrechts mit dem Vergütungsrecht zeigt sich auch in der Bedarfsplanung (§ 98 Abs. 2 Nr. 8, § 99 SGB V, § 12 Ärzte-Zulassungsverordnung – Ärzte-ZV). Diese wurde in der GKV – jedoch unter Einbezug aller Einwohner – für die ambulante Versorgung 1977 mit dem Ziel eingeführt, vor dem Hintergrund der zeitgleichen Kostendämpfungsmaßnahmen eine ärztliche Unterversorgung in bestimmten Regionen zu verhindern. Schon ab 1987 entwickelte sie sich zu einem Instrument zur Begrenzung der Zahl niedergelassener (Fach-)Ärztinnen und Ärzte.

### 2.2.2. Grundstrukturen des Vergütungsrechts

41. Für das Vergütungsrecht sind zwei Regelungsebenen mit unterschiedlichen Zuständigkeiten und Verfahren zu unterscheiden:

#### 2.2.2.1. Kollektivvertragliche Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

42. In einem ersten Schritt vereinbaren KV und die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen die morbiditätsbedingte *Gesamtvergütung* (MGV, § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V). Es handelt sich um ein gestuftes Verfahren, welches sowohl Vereinbarungen auf Bundesebene als auch auf Landesebene beinhaltet.
43. Für das Verständnis der zu treffenden Vereinbarungen ist Folgendes vorwegzuschicken: Das bis 2008 geltende Vergütungsrecht hatte die Veränderung der Gesamtvergütung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) gekoppelt (§ 85 Abs. 2 und 3 SGB V alte Fassung). Stieg der Behandlungsbedarf stärker als die Grundlohnsumme, konnte dies zu einer Unterfinanzierung erbrachter Leistungen führen, das Morbiditätsrisiko lag also bei den Ärztinnen und Ärzten. Mit der im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angelegten Reform der vertragsärztlichen Vergütung (§§ 87a–87c SGB V) wurde diesen Zusammenhängen Rechnung getragen, indem das Vergütungsrecht vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität abgekoppelt und stattdessen die Zahl und die Morbiditätsstruktur der Versicherten im jeweiligen Bezirk einer KV für maßgebend erklärt wurden. Erklärtes Ziel dieser Bestimmungen war und ist der Übergang des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen:

„Ein zentrales Kennzeichen des neuen Vergütungssystems ist, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko tragen, d.h. sie tragen alle finanziellen Lasten, die aus der Erbringung medizinisch notwendiger vertragsärztlicher Leistungen entstehen“ (BT-Drucksache 16/3100, S. 120).

44. Die Vergütung folgt damit dem Versorgungsbedarf. Dementsprechend durchziehen zwei unmittelbar miteinander zusammenhängende Prinzipien das seit 2009 geltende Vergütungsrecht: Das Vergütungsrecht muss sich gemäß § 87a Abs. 3 ff. SGB V am Behandlungsbedarf der Versicherten einerseits und an den in der vertragsärztlichen Versorgung damit verbundenen

Kosten andererseits orientieren. Durch die Kombination einer am Behandlungsbedarf ausgerichteten, im Voraus vereinbarten Leistungsmenge und einem ebenfalls an teilweise gesetzlich definierten Kriterien ausgerichteten, im Voraus vereinbarten *Punktwert* haben die Krankenkassen im vereinbarten Umfang das Morbiditätsrisiko für ihre Versicherten zu tragen. Der in den *Gesundheitsfonds* integrierte *morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich* unter den Krankenkassen berücksichtigt grundsätzlich diese Risikostrukturen durch risikoadjustierte Zu- und Abschläge und schafft insoweit den erforderlichen Handlungsspielraum zur Übernahme des Versicherungsrisikos durch die einzelnen Krankenkassen (vgl. § 266 Abs. 1, § 268 SGB V).

### Vereinbarungen auf Bundesebene

45. Gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V vereinbart die KBV mit dem GKV-SV durch den Bewertungsausschuss den EBM für die ärztlichen Leistungen unter Einschluss der Sachkosten. Der EBM ist Bestandteil des zwischen den genannten Parteien abzuschließenden Bundesmantelvertrages (§ 82 Abs. 1 SGB V), der außerdem noch die Richtlinien des G-BA (§ 92 Abs. 8 SGB V) inkorporiert und zudem diverse weitere Regelungen zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung und zur Vergütung enthält (Scholz 2018, S. 6 f., s.a. Abschnitt 2.2.4). Der EBM bestimmt gemäß § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Er ist damit ein Leistungs- und Bewertungsverzeichnis, aber noch keine Vergütungsordnung, weil er nach der gesetzlichen Konzeption keine für die Ärztin oder den Arzt abrechenbaren Vergütungsbeträge, sondern nur Punktzahlen enthalten soll (Clemens 2018, Rn. 10). Diese Punktzahlen sollen lediglich ausdrücken, wie viel Zeitaufwand und Kosten mit der Leistungserbringung im Verhältnis zu anderen Leistungen bei generalisierender Betrachtung verbunden sind (Scholz 2018, Rn. 7). Die im EBM seit dem Jahr 2011 gleichwohl genannten Euro-Beträge dienen nur zur Orientierung und können von Vertragsärztinnen bzw. -ärzten ihren Abrechnungen nicht zugrunde gelegt werden.
46. Obwohl er noch keine Gebührenordnung enthält, ist der EBM für die Vergütung von Vertragsärztinnen und -ärzten von zentraler Bedeutung. Erstens ist in ihm nach § 87 Abs. 2e SGB V jährlich bis zum 31. August ein bundeseinheitlicher *Punktwert* als Orientierungswert in Euro (2020: 10,9871 Cent) zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen. Dieser bundesweit maßgebliche Orientierungswert bildet die Grundlage für die von den Landesvertragsparteien nach näherer Maßgabe von § 87a SGB V festzusetzende regionale Euro-Gebührenordnung. Mit dem seit dem 01.01.2009 geltenden EBM wurde der bis dahin variable („floatende“) *Punktwert* in einen bundesweit einheitlichen Orientierungswert umgewandelt. Der EBM bestimmt zweitens den Vergütungsmodus und erweist sich damit als bedeutendes Instrument für die – der Abwehr medizinisch nicht indizierter Leistungsvermehrungen dienende – Mengensteuerung (BSG v. 16.05.2001, B 6 KA 20/00 R, Rn. 24), weil die in ihm aufgeführten Leistungen vielfach als *Pauschalen* und *Leistungskomplexe* und nicht als *Einzelleistungen* abgebildet werden (vgl. Abschnitte 6.2.3.1, 6.3.1.1). Im Einzelnen wird dabei zwischen haus- und fachärztlichen Leistungen differenziert (vgl. näher § 87 Abs. 2b und 2c SGB V). Zu weiteren Erläuterungen des EBM und des Orientierungswertes s. Abschnitt 2.2.4.
47. Obwohl die Pflege und Weiterentwicklung des EBM die Hauptaufgabe des Bewertungsausschusses darstellt, werden dort weitere Vereinbarungen getroffen. So ist das Verfahren zur *Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung* und zur Ermittlung der Aufsatzwerte (s. Rz. 71) der Krankenkassen durch den Bewertungsausschuss festzulegen. Außerdem hat der Bewertungsausschuss Empfehlungen und Vorgaben zu den regionalen Vereinbarungen über die Anpassung der MGV zu beschließen. Dazu gehören u.a. Empfehlungen in Bezug auf die Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Diese bestehen für jede KV aus zwei Veränderungsdaten, die anhand eines Klassifikationssystems unter Nutzung von Abrechnungsdaten ermittelt werden. Dies ist einerseits die sogenannte

diagnosebezogene Veränderungsrate, für welche insbesondere die ambulanten ärztlichen Behandlungsdiagnosen herangezogen werden, und andererseits die demografische Veränderungsrate, die auf demografischen Kriterien beruht (s. z.B. SVR 2018, Tz. 155 ff.). Außerdem vereinbart der Bewertungsausschuss nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V jährliche Empfehlungen zu Leistungen, die außerhalb der MGV zu vergüten sind.

48. Kommt im Bewertungsausschuss eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, wird er nach § 87 Abs. 4 Satz 1 SGB V auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Bewertungsausschuss). Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kann die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 6 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V innerhalb von zwei Monaten beanstanden, wenn diese rechtswidrig sind (§ 91a Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. § 87 Abs. 1 Satz 2 SGB IV). Kommen Beschlüsse des Bewertungsausschusses ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom BMG gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann dieses die Vereinbarungen festsetzen (§ 87 Abs. 6 Satz 4 Halbsatz 1 SGB V).

### Vereinbarungen auf Landesebene

49. Basierend auf den Vorgaben und Empfehlungen der „Bundesebene“ vereinbaren die *Gesamtvertragspartner* (GVP) auf regionaler Ebene („Landesebene“) die Gesamtverträge nach §§ 82 und 83 SGB V, welche die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung – z.B. Regelungen zu Vorsorge- und Reha-Leistungen (§ 73 Abs. 3 SGB V), zum sog. Sprechstundenbedarf oder zu Aufbewahrungs- und Zahlungsfristen (Scholz 2018, Rn. 7) – und insbesondere die zugehörige Vergütung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen regeln. GVP sind auf der einen Seite die KV, auf der anderen Seite jedoch nicht die einzelne Krankenkasse, sondern die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen.
50. Nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V umfassen die durch die GVP zu treffenden Regelungen die Vereinbarung eines regionalen *Punktwertes*, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist. Im Regelfall wird der Orientierungswert unverändert übernommen; lediglich in Hamburg wurde 2018 ein abweichender *Punktwert* vereinbart. Aus dem vereinbarten *Punktwert* und dem EBM ist nach § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen. Auf dieser basieren letztlich die in den EDV-Praxisverwaltungssystemen der Leistungserbringer hinterlegten Abrechnungsverzeichnisse. Im Ergebnis erfolgt die ambulante Vergütung in der GKV also gerade nicht auf Basis einer einzigen Gebührenordnung, dem EBM, sondern ist regional unterschiedlich ausgestaltet. Von einer klassischen Gebührenordnung mit festem Preisverzeichnis unterscheidet sich die regionale Euro-Gebührenordnung, weil die Leistungserbringer nur bedingt die Gewähr haben, dass die darin genannte Vergütung in voller Höhe ausgezahlt wird (s. Abschnitt 2.2.2.2).
51. Die regionale Euro-Gebührenordnung kann neben den Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM weitere regional vereinbarte Ziffern enthalten, hierzu gehören z.B. regionale Zusatzleistungen. Zu den über den EBM hinaus gehenden GOP gehören aber auch Leistungen aus Sondervereinbarungen (s. Rz. 127). Den GVP wird zudem in § 87a Abs. 2 SGB V zugestanden, Zu- und Abschläge auf den bundeseinheitlichen Orientierungswert anzuwenden, um „regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen“. Für besonders förderungswürdige Leistungen, für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern sowie zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten in Gebieten mit bestehender oder drohender Unterversorgung können weitere Zuschläge vereinbart werden. Die Umsetzung der in § 87a SGB V enthaltenen Vorgaben durch die GVP ist zuletzt durch das Bundesversicherungsamt mit dem Vorwurf intransparenter und zu großzügiger Handhabung stark kritisiert worden (BVA 2018b).



52. Die GVP vereinbaren des Weiteren – wie bereits erwähnt – nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung im Bezirk der jeweiligen KV die MGV, welche mit befreiender Wirkung durch die Krankenkassen entrichtet wird. Befreiende Wirkung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass damit alle Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung für Versicherte mit Wohnort im Bezirk der KV abgegolten sind; eine darüberhinausgehende (*Nach-*)*Zahlungspflicht* der Krankenkassen besteht – von wenigen Ausnahmen abgesehen (s. Glossar) – grundsätzlich nicht. Die Vereinbarung der MGV ist erforderlich, weil zur Finanzierbarkeit des GKV-Systems nicht jede einzelne vertragsärztliche Leistung unbegrenzt vergütet werden soll. Hierzu stellt das Bundessozialgericht (BSG) prägnant fest:
- „Eine feste, begrenzte Gesamtvergütung schließt die Vergütung aller vertragsärztlicher Leistungen mit einem garantierten Punktwert aus. Mengenbegrenzungen oder Quotierungen sind unvermeidlich, und jeder Garantiepreis für bestimmte, mengenmäßig nicht begrenzte Leistungen führt bei entsprechender Mengenentwicklung zwangsläufig zu einer Absenkung der Vergütung anderer Leistungen“ (BSG v. 17.07.2013, B 6 KA 45/12 R, Rn. 26).
53. Daher wird der nach § 87a Abs. 2 SGB V vereinbarte Punktwert auf eine insgesamt angemessene – nämlich der Morbiditätsstruktur der Versicherten entsprechende – Leistungsmenge gemäß § 87a Abs. 3 SGB V bezogen. Zu diesem Zweck vereinbaren die GVP als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des EBM den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V vereinbarten Punktwert in Euro; der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Neben dem Preis (regionaler Punktwert auf der Basis des Orientierungswertes) ist damit die Leistungsmenge – die jedoch infolge des Kalkulationsmechanismus (s. Abschnitt 2.2.5) auch preisliche Bestandteile beinhaltet (SVR 2018, Tz. 148 ff.) – der wesentliche Parameter für die Fortentwicklung der MGV. Sie wird abgebildet im (nunmehr morbiditätsbedingt zu ermittelnden) Behandlungsbedarf. Der Behandlungsbedarf ist damit ein zentraler gesetzlicher Begriff des morbiditätsbedingten, regional ausdifferenzierten vertragsärztlichen Vergütungsrechts. Um dieses vorab festgelegte Vergütungsvolumen mit einer künftigen und daher vorab nicht bekannten Leistungsmenge in Einklang zu bringen, sind Mengensteuerungsmechanismen notwendig, auf die unter Abschnitt 2.2.2.2 eingegangen wird.
54. Zusätzlich existieren Leistungen, zusammengefasst unter dem Begriff der *extrabudgetären Vergütung* (EGV), welche außerhalb einer Mengensteuerung zum vollen Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Lange Zeit war dies gesetzlich lediglich für Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit vorgeschrieben. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden 2019 umfangreiche weitere Sachverhalte wie z.B. Leistungen für neue Patienten oder Leistungen für im Rahmen der offenen Sprechstunde behandelte Patienten als außerhalb der MGV zu vergütende Leistungen definiert (§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V), mithin ein Wandel zu einer stärkeren gesetzlichen Steuerung eingeleitet. Den GVP steht es nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V darüber hinaus frei, weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Mengensteuerung zu vereinbaren. Dies können Leistungen sein, welche besonders förderungswürdig sind oder bei denen „medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung“ eine Vergütung außerhalb der Mengensteuerung erforderlich ist. Der Bewertungsausschuss beschließt nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V dazu jährliche Empfehlungen. Diese Empfehlungen sehen derzeit unter anderem Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen, das ambulante Operieren und Leistungen im Rahmen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie als extrabudgetär zu vergütende Leistungen vor (s. z.B. BA 2018a).

Abbildung 4: Aufbau der Vergütung

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)		Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (EGV)	
„Mengenkomponente“**	Preiskomponente	„Mengenkomponente“**	Preiskomponente
vereinbarter Behandlungsbedarf in Punkten	x regionaler Punktwert	Menge der abgerechneten Leistungen in Punkten	x regionaler Punktwert
Δ Anpassung u.a. aufgrund jährlicher Veränderungen der Morbiditätsstruktur** sowie Versichertenzahländerungen	Δ Anpassung u.a. aufgrund jährlicher Kostenentwicklung	Δ Veränderung entsprechend der erbrachten Leistungen	Δ Anpassung u.a. aufgrund jährlicher Kostenentwicklung***
<u>Mengensteuerung</u>		<u>Keine Mengensteuerung</u>	
<b>Im Jahr 2017 25,3 Mrd. €</b>		<b>Im Jahr 2017 12,9 Mrd. €</b>	
<b>± 66 %</b>		<b>± 34 %</b>	

\* Das Punktzahlvolumen kann nicht als reine Mengenkomponente bezeichnet werden, da u.a. durch das Bewertungsverfahren des EBM (s. Abschnitt 2.2.5) zahlreiche preisliche Bestandteile enthalten sind. Siehe hierzu auch SVR (2018), Tz. 148 ff.

\*\* Grundlage sind zwei Veränderungsrate je KV, eine basierend insbesondere auf Behandlungsdiagnosen und die andere auf demografischen Kriterien.

\*\*\* Wirkt nicht auf direkt in Euro bewertete Leistungen (sogenannte *Euro-Leistungen*).

Quelle: Eigene Darstellung

55. Der Behandlungsumfang wird, wie in Abbildung 4 dargestellt, jährlich durch eine Vereinbarung der GVP weiter entwickelt. Diese setzt jeweils auf dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer KV für das Vorjahr vereinbarten und um in Anspruch genommene Selektivvertragsleistungen bereinigten (näher hierzu unter Abschnitt 2.2.7.3) Behandlungsbedarf auf, sie stellt also eine jährliche Fortschreibung dar. Die Ausgangswerte wurden im Jahr 2009 auf Basis der erbrachten Leistungsmenge des Jahres 2008 unter Anwendung verschiedener Anpassungsfaktoren festgelegt – eine Konsequenz der unter Rz. 43 ff. dargestellten Entwicklung. § 87a Abs. 4 SGB V nennt u.a. die Zahl der Versicherten und deren Morbiditätsstruktur als maßgebliche Größen, deren Veränderungen im Zeitverlauf bei der Fortschreibung des vereinbarten Behandlungsbedarfes zu berücksichtigen sind.
56. Die gesetzliche Regelung nennt im Rahmen der Anpassung des Behandlungsbedarfs also vor allem explizit nachfrageseitige Faktoren. Angebotsseitige Faktoren, die die regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur berücksichtigen, sind hingegen eher bei der Anpassung des regionalen Punktwertes zu berücksichtigen (SVR 2018, Tz. 153 ff.). Bedeutung kommt dabei dem Sachverhalt

zu, dass lediglich Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen sind („Vorjahresanknüpfung“), Neubestimmungen des Niveaus sind nicht zulässig (BSG v. 13.08.2014, B 6 KA 6/14 R, Rn. 40 ff.).

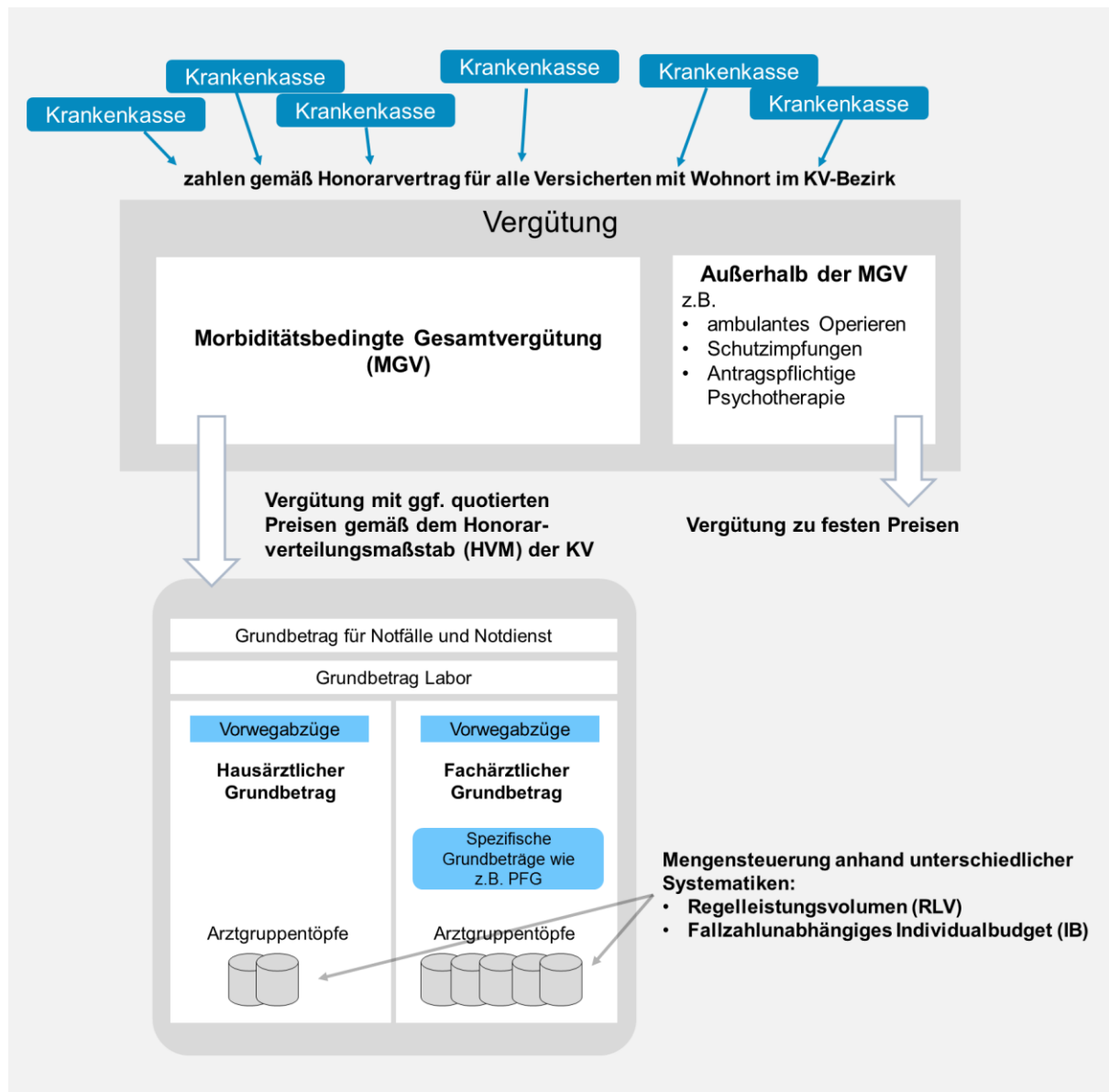
57. Auf Grundlage der dargestellten Kriterien vereinbaren die GVP unter Berücksichtigung der Vorgaben und Empfehlungen der „Bundesebene“ die MGV für das Folgejahr. Der Termin für die Vereinbarungen, jeweils zum 31. Oktober, wird regelmäßig nicht eingehalten, was kürzlich aufsichtsrechtlich beanstandet wurde (BVA 2018b). Häufig werden Schiedsamtverfahren eingeleitet, welche in der Vergangenheit anschließend z.T. gerichtlich überprüft wurden (BSG v. 13.08.2014, B 6 KA 6/14 R; BSG v. 10.05.2017, B 6 KA 5/16 R).

### 2.2.2.2. Die Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

58. Die nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V von den Krankenkassen an die KVen zu leistende MGV wird in einem zweiten Schritt an die Vertragsärztinnen und -ärzte verteilt. Denn die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechneten Leistungen – dass sie auch tatsächlich erbracht wurden und medizinisch notwendig waren, wird grundsätzlich unterstellt – übersteigen regelmäßig die normativ abgeleitete MGV, mit anderen Worten: die ärztlich erbrachten Leistungen und damit angeforderten *Honorare* übersteigen oftmals das gegebene Budget. Die KVen stehen damit regelmäßig vor der Herausforderung, mit einem prospektiv festgelegten Vergütungsvolumen eine vorab im Detail nicht bekannte Leistungsmenge zu finanzieren.
59. Es bedarf daher eines Mechanismus, wie dieses Grundproblem der vertragsärztlichen Vergütung bei der von der einzelnen KV zu organisierenden Verteilung der MGV an die einzelnen Leistungserbringer bewältigt wird. Hierbei muss insbesondere dem sog. Hamsterrad-Effekt entgegen gewirkt werden (s. Rz. 322). Dieser tritt ein, wenn Leistungserbringer angesichts einer begrenzten MGV ihren „Anteil am Kuchen“ dadurch zu steigern versuchen, dass sie – bei fraglicher medizinischer Notwendigkeit – möglichst viele Leistungen erbringen und abrechnen. Dies kann – verzichtet man auf jegliche mengenbegrenzende Steuerung – über einen geringeren Punktwert geringere Honorare für diejenigen Leistungserbringer zur Folge haben, die zu solchen Mengenausweitungen nicht in der Lage sind (z.B. Psychotherapeuten). Im Ergebnis müssen daher die abgerechneten Leistungen im Rahmen der Honorarverteilung immer in irgendeiner Form „quotiert“ werden. Dies hat im Lauf der Jahre zu als „Honorartöpfe“ bezeichneten Honorarkontingenten unterschiedlichster Ausprägung geführt (z.B. für Haus- und Fachärzte, für einzelne *Arztgruppen*, für Leistungsbereiche und sogar einzelne Leistungen).
60. Zuständig für die Verteilung ist nicht mehr die gemeinsame Selbstverwaltung aus KVen und Krankenkassen. Vielmehr ist die Honorarverteilung eine Angelegenheit der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und fällt daher nach § 87b SGB V in die Zuständigkeit der KVen. Allerdings ist der maßgebliche Honorarverteilungsmaßstab (HVM) im Benehmen mit den Krankenkassen festzusetzen (§ 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V), d.h. die Krankenkassen müssen zwar nicht zustimmen, aber ihre (grundsätzlich freigestellte) Stellungnahme muss von der KV mit dem Willen zur Verständigung berücksichtigt werden. Hinsichtlich eines wesentlichen Diskussionspunktes innerhalb der Vertragsärzteschaft, der Festlegung und Anpassung der Vergütungsvolumen für die haus- und fachärztliche Versorgung, muss die KBV Vorgaben machen und hierzu das Einvernehmen mit dem GKV-SV herstellen. Diese Vergütungsvolumen werden gemäß § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V separat weiter entwickelt, damit die Mengenentwicklung eines Bereiches nicht auf Kosten des anderen Bereiches erfolgen kann, mögliche Hamsterrad-Effekte also eingegrenzt werden.
61. Im Verhältnis zwischen KV und vertragsärztlichen Leistungserbringern ist der HVM das zentrale Instrument der Vergütungssteuerung (dazu ausführlich Amoulong 2016, S. 95 ff.). Die KVen besitzen insoweit einen nicht unerheblichen Gestaltungspielraum, was bedeutet, dass die

Verteilung zwar leistungsproportional (BSG v. 03.12.1997, 6 RKa 21/97, Rn. 17 ff.), aber nicht streng proportional entsprechend den von den Ärztinnen und Ärzten abgerechneten Punktmengen erfolgen muss. (Clemens 2018, Rn. 30). Der HVM soll nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V Kalkulationssicherheit ermöglichen, muss aber auch Regelungen vorsehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag hinaus übermäßig ausgedehnt wird. Außerdem sind verschiedene Bereiche gesondert zu berücksichtigen, u.a. die kooperative Versorgung sowie anerkannte *Praxisnetze* (näher § 87b Abs. 2 Satz 2 ff. SGB V). § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V sieht außerdem die Bildung eines eigenen Vergütungsvolumens für den Notdienst vor, der vor der Bildung getrennter Honorarvolumen ohne jede (Mengen- oder Punktwert-)Begrenzung zu vergüten ist.

Abbildung 5: Schema der Honorarverteilung



PFG = Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung

Quelle: In Anlehnung an KV Hessen (2019)



62. Weitere Vorababzüge sind u.a. verschiedene gesondert abzugrenzende Grundbeträge wie Laborleistungen oder Vorwegabzüge für den *Fremdkassenzahlungsausgleich*. Mengensteigerungen in diesen Bereichen müssen durch Nachschüsse aus anderen Leistungsbereichen getragen werden.
63. Durch Vorwegabzüge und die Bestimmung von Grundbeträgen kann also die finanzielle Priorität verschiedener Leistungen gesteuert werden. Leistungen, welchen eigene Grundbeträge zugeordnet sind, unterliegen zunächst keiner oder einer vorab festgelegten Punktwertbegrenzung. Die Honorierung der übrigen Leistungen ist dann aus den verbleibenden Mitteln sicherzustellen, sodass bei diesen stärkere Quotierungen die Regel sind. Dies bietet die Möglichkeit, durch Mehrheiten in Vertreterversammlungen der KV den „Anteil am Kuchen“ durch Vorwegabzüge zulasten anderer Leistungsbereiche zu vergrößern. In welchem Umfang in der Vergangenheit davon Gebrauch gemacht wurde, ist bisher nicht wissenschaftlich belegt. Die im Einvernehmen mit dem GKV-SV erstellten Vorgaben der KBV beinhalten jedoch eine Aufzählung der möglichen Grundbeträge und verhindern somit mehrheitsgetriebene Verschiebungen zumindest zwischen dem hausärztlichen und fachärztlichen Bereich; innerhalb dieser Versorgungsbereiche sind entsprechende Verteilungskämpfe jedoch prinzipiell weiterhin möglich.
64. Die KVen selbst finanzieren sich über eine prozentuale Abgabe auf das kollektivvertragliche Honorar der einzelnen Vertragsärztinnen und -ärzte. Von den so bestimmten Honoraren werden daher vor der Auszahlung an die Vertragsärztinnen und -ärzte noch die Verwaltungskosten der KVen abgezogen. Die Abgabe beträgt je nach Abrechnungsart (online, elektronisch, manuell) und KV ungefähr 2 bis 4 % des Honorars einer Praxis (s. z.B. KV Berlin 2018, S. 5; KV Sachsen 2017, S. 2.).
65. Prinzipiell erfolgt die Honorarverteilung, wie stark vereinfacht in Abbildung 5 dargestellt, so, dass extrabudgetäre Leistungen zu vollen Preisen vergütet werden, da die Krankenkassen diese zu 100 % refinanzieren. Aus den Mitteln der MGV werden hingegen zunächst Honorartöpfe für bestimmte versorgungsbereichsübergreifend zu finanzierende Leistungen (z.B. Labor, Notdienst) abgegrenzt und aus den verbleibenden Mitteln die Grundbeträge für die haus- und fachärztliche Vergütung gebildet.
66. Innerhalb der versorgungsbereichsspezifischen Töpfe erfolgen die Vorwegabzüge und die Bildung weiterer Grundbeträge. Anschließend werden Arztgruppenkontingente und ggf. weitere Kontingente für bestimmte Leistungsgruppen gebildet. Dies geschieht erneut mit der Absicht, die Auswirkungen von Leistungsausweitungen auf die jeweiligen „Töpfe“ zu begrenzen und in diesem Sinne die Erbringung bestimmter Leistungen zu fördern. Die Bildung der Honorartöpfe kann normativ festgelegt werden, was zuvor entsprechende Verteilungsentscheidungen bedingt, aber auch auf der Leistungserbringung eines gewählten Referenzzeitraumes basieren. In dieser Variante kommt der „Hamsterrad-Effekt“ zumindest abgeschwächt zum Tragen, da durch Leistungsausweitung der „Anteil am Kuchen“ der Folgezeiträume erhöht werden kann. Insgesamt ist die Honorarverteilung ein sehr komplexes Regelwerk, welches gerade auch zwischen den Arztgruppen kontrovers diskutiert wird.
67. Bei der auf die einzelne Arztpraxis bezogenen Verteilung der Vergütung für Leistungen, die nicht aufgrund anderer Vorschriften mit festen Auszahlungsquoten/-punkten versehen sind, sind die KVen relativ frei. Grundlegend kommen dabei zwei Modelle zur Anwendung:
- In etwa der Hälfte der KVen werden sogenannte arzt- bzw. praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV) angewendet. Die zugrundeliegende Methodik wurde ursprünglich vom erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen (eBA 2008), nach § 87b Abs. 1 Satz 4 SGB V ist deren Anwendung aber nicht mehr verpflichtend. Die RLV ergeben sich typischerweise aus der Multiplikation zweier Faktoren: der individuellen Zahl der Behandlungsfälle einer Ärztin oder eines Arztes in einem Referenzzeitraum (oftmals das Vorjahresquartal) und dem für die

Arztgruppe gültigen durchschnittlichen *Fallwert*. Zusätzlich zum RLV kann eine Arztpraxis die Menge der unquotiert abrechenbaren Leistungen mittels sog. qualifikationsgebundener Zusatzvolumen (QZV) erhöhen. Voraussetzungen hierfür sind die Abrechnung bestimmter, dem QZV zugeordneter Leistungen sowie die Erfüllung der für die QZV notwendigen Qualifikationsanforderungen. Für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner können z.B. die Behandlung des diabetischen Fußes oder Sonographien zu den QZV-Leistungen gehören (KV Bayerns 2017, S. 41). Die Höhe des QZV ergibt sich aus der Multiplikation des QZV-Fallwertes mit der QZV-relevanten Fallzahl. RLV und QZV können ein gemeinsames Honorarkontingent für die zugeordneten Leistungen bilden.

- Als weiteres von den KVen angewandtes Modell werden fallzahlunabhängige Individualbudgets (IB) genutzt. Bei diesem Verfahren berechnet sich das individuelle Budget einer Arztpraxis auf Basis des historischen Leistungsbedarfes, i.d.R. des Vorjahresquartals. Vereinfacht dargestellt entspricht das IB dem Anteil an den insgesamt erbrachten und angeforderten Leistungen des Vorjahresquartals.
68. Vergleicht man beide Modelle, erweisen sich die RLV aufgrund einer höheren Anzahl an „Stellschrauben“ als das flexiblere Modell, weil sie den KVen bei Besonderheiten einzelner Praxen ein steuerndes Eingreifen erlauben. Andererseits scheint gerade die höhere Flexibilität ein Anreiz zu vermehrten (außer)gerichtlichen Auseinandersetzungen zwischen Leistungserbringern und der KV zu sein.
69. In beiden Modellen sind weitere Regelungen notwendig. So können für die Berechnung des RLV Praxisbesonderheiten wie ein hoher Spezialisierungsgrad oder auch ein besonderes Versichertenklientel berücksichtigt werden, um Abweichungen vom Fallwert der Arztgruppe abzubilden. Des Weiteren sind für Praxisneugründungen, längere Ausfallzeiten etc. abweichende Regelungen zu treffen. Beiden Modellen ist zudem gemein, dass zwangsläufig weitere Regelungen notwendig sind, um strategische Ausweitungen der Mengen zu verhindern. Denn ohne diese könnte durch eine Fallzahl- bzw. Mengenausweitung das Budget für den Folgezeitraum zu Lasten der anderen arztgruppengleichen Ärztinnen und Ärzte unbegrenzt erhöht werden. Im Rahmen des RLV wird dies u.a. durch abgestaffelte Fallwerte für weit über dem Durchschnitt (i.d.R. > 150 %) liegende Fallzahlen verhindert. Bei den IB können Verlustbegrenzungen integriert werden, die Budgetrückgänge kappen. Beide Maßnahmen führen dazu, dass Honorarverschiebungen zwischen Arztpraxen nur über einen längeren Zeitraum möglich sind.
70. Bis zur Höhe des RLV bzw. IB kann eine Arztpraxis grundsätzlich unquotiert abrechnen, d.h. die in der regionalen Euro-Gebührenordnung enthaltenen Leistungen werden zu den dort genannten Preisen vergütet. Darüber hinaus erfolgt eine quotierte Vergütung der Leistungen. Welche Geldmenge hierfür zur Verfügung steht, entscheidet jede KV im Rahmen des HVM. Zum Teil sind es nur 2 % des jeweiligen Fachgruppenhonorartopfes, die für quotierte Leistungen zur Verfügung stehen (KV Bayerns 2017, S. 73), was eine entsprechend niedrige Vergütung der quotierten Leistungen zur Folge haben kann. Für Leistungserbringer, die durch ihre Abrechnung die Höhe ihres RLV bzw. IB überschreiten, hat diese Quotierung in der Gesamtschau mit den unquotiert vergüteten Leistungen zur Folge, dass sie im Durchschnitt nicht die in der regionalen Euro-Gebührenordnung aufgeführten Preise erzielen.

### 2.2.3. Die Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf die Krankenkassen

71. Aus der Mengenbegrenzung der MGV folgt, dass auch für die Frage, wie die von den Krankenkassen auf Landesebene gemeinsam zu erbringenden Mittel auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt werden, ein Verteilungsmechanismus notwendig ist. Die Zuordnung der extrabudgetären Leistungen kann direkt vom vertragsärztlichen Leistungserbringer zur zahlungspflichtigen Kasse erfolgen, bei den Mitteln der MGV ist eine derartige Lösung mangels direkter Zuordnung jedoch nicht möglich. Ein Verteilungsalgorithmus hat dabei, wie auch auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte, große finanzielle Auswirkungen auf die Beteiligten. Daher sieht der Gesetzgeber in § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V vor, dass der Bewertungsausschuss Vorgaben zur Bestimmung der sogenannten Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V beschließt. Gemäß den aktuellen Vorgaben erfolgt zunächst die Bestimmung des Behandlungsbedarfes auf Basis der Daten des Vorjahresquartales (die sogenannten Aufsatzwerte). Anschließend erfolgt in mehreren Schritten deren Anpassung. Die Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen erfolgt vereinfacht dargestellt gemäß der „Bruttoinanspruchnahme“ ihrer Versicherten (BA 2016b, S. 6 ff.). Die Regelungen der Honorarverteilungsmaßstäbe haben somit keine Auswirkung auf die Verteilung zwischen den Krankenkassen.

### 2.2.4. Maßgebliche Charakteristika der vertragsärztlichen Vergütung und des EBM

72. Der EBM ist Teil der Vereinbarungen auf Bundesebene und steht, wie Abbildung 3 zeigt, im Zentrum des vertragsärztlichen Vergütungssystems. Wie zuvor beschrieben, ist er – obwohl er keine Gebührenordnung enthält – für die Honorierung der Vertragsärztinnen und -ärzte von zentraler Bedeutung, da er Grundlage für die regionalen Euro-Gebührenordnungen ist. Er bestimmt dabei den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung und legt nach § 87 Abs. 2 SGB V „ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander“ fest; z.T. werden Leistungen auch direkt in Euro bewertet (*Euro-Leistungen*). Der EBM ist nach § 87 Abs. 2a SGB V in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung gegliedert. Für die Pflege und Weiterentwicklung ist der Bewertungsausschuss zuständig. Die Definition von Leistungen im EBM folgt bestimmten Grundsätzen, die im Folgenden kurz erläutert werden sollen.

#### 2.2.4.1. Pauschalierung

73. Gemäß § 87 Abs. 2b SGB V sollen Leistungen der hausärztlichen Versorgung grundsätzlich in Form von Versichertenpauschalen abgebildet werden. Lediglich für besonders förderungswürdige Leistungen sowie Leistungen, die telemedizinisch oder im Wege der Delegation erbracht werden können, sind *Einzelleistungen* oder *Leistungskomplexe* vorzusehen. Die Pauschalen sollen „die gesamten im Abrechnungszeitraum regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand [...] erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen“ (§ 87 Abs. 2b Satz 2 SGB V) vergüten. Dies bedeutet, dass pauschal verschiedene obligatorische und/oder fakultative Leistungsinhalte abgedeckt werden, die während der Behandlung im Abrechnungszeitraum – also im Laufe eines Quartals – anfallen können. Für die Bewertung erfolgt eine Mischkalkulation, die sowohl leichte Fälle mit geringer als auch schwere Fälle mit höherer Leistungsintensität berücksichtigt. So beinhaltet die hausärztliche Versichertenpauschale (GOP 03000) u.a. die ärztliche Betreuung von Patientinnen und Patienten in Diagnostik und Therapie, die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie die Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der

wesentlichen Behandlungsdaten, unabhängig davon, ob und in welchem Maße diese Leistungen im konkreten Fall erbracht wurden.

74. Ähnliche Vorgaben stellt § 87 Abs. 2c SGB V für den Bereich der fachärztlichen Versorgung auf. Diese soll grundsätzlich in Form von Grund- und Zusatzpauschalen ausgestaltet werden. Die Grundpauschalen entsprechen dabei in der Systematik den hausärztlichen Versichertenpauschalen, die Zusatzpauschalen sollen besondere Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmale der Leistungserbringer vergüten. *Einzelleistungen* sind dort vorzusehen, wo dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung notwendig erscheint.
75. Die gesetzlichen Vorgaben zur Definition der Leistungen und der Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen bzw. zu Pauschalen unterlagen im Zeitverlauf Änderungen (vgl. Freudenberg 2016, Rn. 184). Aktuell werden etwa 50 % der Leistungen in Bezug auf das Vergütungsvolumen im Rahmen von Pauschalen oder Leistungskomplexen vergütet (s. Abschnitt 5.7.3). Diese starke Pauschalierung verringert die Transparenz über das Versorgungsgeschehen und kann außerdem die zielgerichtete Förderung von Leistungen erschweren, da diese ggf. in den Pauschalen „verschwinden“ (vgl. Rz. 317). Die fehlende Transparenz kann zu Schwierigkeiten bei der Versorgung der Versicherten führen. Da solche in Pauschalen enthaltenen Einzelleistungen nicht in Abrechnungen erfasst werden, können weder Krankenkasse noch KV vertragsärztliche Praxen benennen, die diese Einzelleistungen erbringen. Versicherte müssen sich diese ggf. im privatärztlichen Bereich beschaffen und die Krankenkassen die Kosten hierfür erstatten (vgl. z.B. BSG v. 18.12.2018, B 1 KR 34/17 R, Rn. 23).
76. Die Pauschalen umfassen neben einigen nicht separat abrechenbaren Leistungen, welche im Anhang 1 des EBM aufgeführt werden, auch Einzelleistungen, die mit eigenen GOP im EBM hinterlegt sind. So sind z.B. Belastungs- oder Langzeit-EKG grundsätzlich als einzelne GOP im EBM abrechenbar (GOP 13251, 200 Punkte bzw. 13252, 67 Punkte), werden aber auch von der Zusatzpauschale Kardiologie I (GOP 13545, 679 Punkte) als fakultative Leistungsinhalte abgegolten. Werden die Abrechnungsvoraussetzungen der Pauschalen erfüllt, so sind zwingend diese und nicht die Einzelleistungen abzurechnen. Die Pauschalierung ist dabei z.T. sehr umfangreich (s. Abschnitte 5.5 und 5.7.3).
77. Mit dem TSVG wurden weitere Differenzierungen eingeführt, welche insbesondere auf die Behandlung von Akutfällen abzielen. Die in § 87 Abs. 2c Satz 5 SGB V angelegte Möglichkeit, im fachärztlichen Bereich arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen für Versichertengruppen mit erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten zu vereinbaren, wird bisher nicht genutzt.

#### 2.2.4.2. Der Behandlungsfall als maßgebliche Bezugsgröße

78. Der für die ambulante Vergütung in der gesetzlichen Krankenversicherung maßgebliche Behandlungsfall wird in § 21 Abs. 1 Satz 1 BMV-Ä als die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, -psychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft – diesen Begriff verwendet das Gesetz seit 2007 für die früher übliche Bezeichnung „Gemeinschaftspraxis“ –, *Medizinisches Versorgungszentrum*) innerhalb eines Kalendervierteljahres an einem Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung definiert. Unterliegt die Abrechnungshäufigkeit von Leistungen auf den Behandlungsfall bezogenen Begrenzungen, können diese Leistungen nur in einem entsprechend beschränkten Umfang abgerechnet werden, auch wenn sie ggf. häufiger erbracht werden. So sind die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen nur einmal je Behandlungsfall, d.h. für die einzelne Ärztin bzw. den einzelnen Arzt i.d.R. einmal pro Quartal abrechenbar. Erneute Arzt-Patienten-Kontakte innerhalb eines Quartals führen meist nicht

zur erneuten Abrechnung der Pauschalen. Der Bezug auf ein Quartal als Zeitspanne des Behandlungsfalls erfolgt wegen des in Deutschland traditionell üblichen Prinzips der quartalsweisen Abrechnung.

79. Eine besondere strukturelle Bedeutung hat der Behandlungsfall für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), *medizinische Versorgungszentren* (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Denn dort zählen Patienten stets nur als ein Behandlungsfall, auch wenn sie von Ärzten mehrerer Fachrichtungen gemeinsam betreut werden. Während in Einzelpraxen somit die Zahl der Arztfälle – als Arztfall bezeichnet § 21 Abs. 1b BMV-Ä alle Leistungen bei einem Versicherten, welche durch dieselbe Ärztin oder denselben Arzt in demselben Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht werden – den (honorarrelevanten) Behandlungsfällen entspricht, ist insbesondere in arztgruppenübergreifenden MVZ die Menge der Arztfälle meist größer als die der Behandlungsfälle. Pauschalen der verschiedenen arztgruppenspezifischen Kapitel des EBM sind innerhalb eines Behandlungsfalls gemeinsam abrechenbar, sodass in arztgruppenübergreifenden Kooperationen jede Ärztin und jeder Arzt einer Arztgruppe beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt diese abrechnen kann. Arztgruppengleiche Kooperationen können Pauschalen hingegen nur einmal pro Behandlungsfall abrechnen, ungeachtet einer eventuellen Behandlung durch mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte. Als Ausgleich erhalten arztgruppengleiche (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften bzw. arztgruppengleiche Praxen mit angestellten Ärztinnen bzw. Ärzten gemäß EBM einen Zuschlag in Höhe von 10 % auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen und in Höhe von 22,5 % auf hausärztliche sowie pädiatrische Versichertenpauschalen.
80. Des Weiteren können die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe sogenannte Kooperationszuschläge vorsehen. Der Bewertungsausschuss hat im Jahr 2008 einen Zuschlag für die kooperative Behandlung von Patientinnen und Patienten bestimmt, welcher in Abhängigkeit des tatsächlichen Kooperationsgrades einer Praxis einen Zuschlag zwischen 10 bis 40 % auf das damals noch verpflichtende RLV vorsah (eBA 2008). Seitdem die zuvor bundeseinheitliche Regelung im Jahr 2011 in das Ermessen der KVen gestellt wurde, existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Regelungen zur gesetzlich vorgeschriebenen Förderung kooperativer Versorgungsformen und anerkannter *Praxisnetze* (s. § 87b Abs. 2 SGB V). Die Mehrzahl der KVen senkte die maximale Zuschlagshöhe auf 20 %, viele fördern Kooperationen pauschal mit 10 %, unabhängig von der Intensität. Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Praxisnetze, deren Förderungsintensität zwischen den KVen stark divergiert (SVR 2018, Tz. 628 ff.).

#### 2.2.4.3. Strukturvorgaben, Abrechnungsausschlüsse

81. Neben der reinen Leistungslegendierung enthält der EBM weitergehende Bestimmungen zur Leistungserbringung. So ist eine persönliche und vollständige Erbringung der obligaten Leistungsinhalte durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zwingend erforderlich. Die Vollständigkeit der Leistungserbringung beinhaltet auch, dass – wo vorgeschrieben – die Diagnosen sowie erbrachten Leistungen mittels einschlägiger Diagnosen- bzw. Prozedurenschlüssel kodiert und weitere Dokumentationspflichten beachtet werden. Bisher existierte jedoch kein Regelwerk, welches – wie z.B. ambulante Kodierrichtlinien – eine einheitliche Dokumentation vorsieht. Auch daher ist die Diskussion zur Qualität der Diagnosendokumentation kontrovers. Durch das TSVG wurde die KBV nunmehr beauftragt, verbindliche und bundeseinheitliche Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren im ambulanten Bereich zu schaffen (§ 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V).
82. Der EBM sieht Abrechnungsausschlüsse vor. Diese legen für jede GOP fest, welche weiteren GOP nicht gemeinsam abrechnungsfähig sind. Die Einschränkung kann sich auf verschiedene



Zeiträume beziehen, z.B. innerhalb derselben Sitzung, am selben Behandlungstag u.v.m. Abrechnungsausschlüsse werden u.a. dann genutzt, wenn Einzelleistungen in Leistungskomplexen und Versichertenpauschalen enthalten sind oder GOP verschiedener Abschnitte des EBM die gleichen Leistungen beinhalten oder wenn medizinische Gründe gegen die gleichzeitige Erbringung sprechen.

83. Daneben resultieren Abrechnungsausschlüsse auch aus den Fachgebietsgrenzen. Zum einen ist jede vertragsärztliche Zulassung an ein bestimmtes ärztliches Fachgebiet gebunden (§ 18 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV), sodass fachfremde Leistungen weder erbracht noch abgerechnet werden dürfen. Zum anderen dürfen Leistungen, die berufsrechtlich einer Arztgruppe erlaubt sind, etwa aus Gründen der Qualitätssicherung für die Arztgruppe ausgeschlossen oder von einer zusätzlichen Genehmigung abhängig gemacht werden (z.B. MRT-Leistungen für Orthopäden, vgl. BSG v. 31.01.2001, B 6 KA 24/00 R, Rn. 24 ff.).

#### 2.2.4.4. Qualitätssicherung

84. Auch jenseits solcher Abrechnungsausschlüsse kommt dem Thema der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung besondere Bedeutung zu. Ausgangspunkt ist – als Konkretisierung des allgemeinen Qualitätsgebots (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V; s. hierzu Rz. 27) – das Erfordernis einer *bedarfsgerechten*, gleichmäßigen, ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung in der „fachlich gebotenen Qualität“ (§ 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Insgesamt kommt – zusätzlich zu den Anforderungen an die Methoden selbst (s. *Erlaubnisvorbehalt* und Rz. 36) – eine Vielzahl unterschiedlicher Qualitätssicherungsinstrumente für die vertragsärztliche Leistungserbringung zur Anwendung (Diel 2015, S. 37). Bereits mit der Zulassung müssen erste Qualitätsanforderungen wie z.B. eine abgeschlossene Facharztweiterbildung erfüllt werden. Maßgebliche gesetzliche Vorgaben für die Qualitätssicherung finden sich insbesondere in den §§ 135 ff. SGB V: die für ausgewählte Leistungsbereiche geltenden Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA nach §§ 135 Abs. 1 und 135b Abs. 2 SGB V, aber auch die Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, in denen die Partner des BMV-Ä für besonders komplexe oder neue Leistungen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen festlegen können. § 75 Abs. 7 SGB V verpflichtet darüber hinaus die KBV, Richtlinien für die Durchführung der von ihr im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen, zu denen auch eine Richtlinie zur Qualitätssicherung gehört.
85. Im Ergebnis unterliegen etwa 50 % aller Leistungen im EBM einem Genehmigungsvorbehalt der KVen, ohne Berücksichtigung von Labor und ambulantem Operieren etwa 30 %; für über 50 Leistungsbereiche wurden Qualitätsanforderungen festgelegt (Diel 2015, S. 37). Im Allgemeinen stellen die Qualifikations- und Strukturanforderungen auf die Sicherung der Strukturqualität ab, andere Aspekte wie Prozess- und Ergebnisqualität spielen eine untergeordnete Rolle (*Qualitätsdimensionen*). Ausnahmen hiervon existieren z.B. in Form von Ringversuchen bei Labor- und Röntgenuntersuchungen, in deren Rahmen auch die Prozessqualität einbezogen wird, oder bei der Dialyse, bei der auf Basis einer Vollerhebung verschiedene Parameter wie eine zu kurze Dialysedauer untersucht werden. In allen Leistungsbereichen, für die Vorgaben zur Qualitätssicherung existieren, müssen sich die Ärztinnen und Ärzte regelmäßig entsprechenden Prüfungen durch die KV unterziehen. Hierzu finden Stichprobenprüfungen statt, bei denen mindestens 4 % aller die Leistung abrechnenden Ärztinnen und Ärzte überprüft werden (§ 4 Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung). Je nach KV und Qualitätssicherungsbereich werden diese Anforderungen z.T. deutlich überschritten. Beanstandungen können zu Honorarkürzungen führen, in besonders gravierenden Fällen auch zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung für die betroffenen Leistungen (KBV 2018b, S. 51 f.). Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden im Qualitätsbericht der KBV jährlich veröffentlicht.

86. Zur Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der vertragsärztlichen Versorgung wurden verschiedene Initiativen gegründet. Zu nennen sind hier insbesondere AQUIK (KBV 2009) und QiSA (aQua-Institut 2009), welche Indikatorensets für die Messung der Ergebnisqualität bei verschiedenen Krankheitsbildern aber auch für Querschnittsthemen bereitstellen und damit die Bewertung der ambulanten Versorgung ermöglichen sollen. Grundlegende Ansätze für die Berücksichtigung der Versorgungsqualität stehen damit bereit, werden bisher jedoch nur wenig (z.B. in integrierten Versorgungsprojekten) genutzt.
87. Während die Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung also hohe Qualitätsstandards voraussetzt, ist das Zusammenspiel mit einer sich an der Qualität orientierenden Vergütung kaum von Bedeutung. Der Gesetzgeber fokussiert die Vorgaben für die vertragsärztliche Vergütung auf eine aufwands- bzw. kostenorientierte Bewertung, die mit der Behandlung erzeugten gesundheitlichen Effekte stehen nicht im Fokus (SVR 2018, Tz. 169 ff.).

#### 2.2.4.5. Abrechnungs-/Wirtschaftlichkeitsprüfung

88. Die vertragsärztliche Leistungserbringung wird unter weiteren Aspekten geprüft. Gegenstand der Prüfung sind zum einen die ärztlichen Leistungen selbst, zum anderen die ärztlich verordneten Leistungen, wie z.B. Arznei- und *Heilmittel*. Bei der Abrechnungsprüfung wird untersucht, ob die Leistung rechtmäßig erbracht und abgerechnet wurde (an ihrem Ende steht ggf. eine sog. sachlich-rechnerische Richtigstellung in Gestalt einer Honorarkürzung oder -rückforderung). Demgegenüber wird bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung kontrolliert, ob die Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V) erbracht wurde; sie mündet ggf. in eine Beratung oder eine Zahlungsverpflichtung (dieser Terminus umfasst den derzeit im Gesetz enthaltenen unscharfen Begriff „Nachforderung“ ebenso wie die früher verwendeten Begriffe „Regress“, „Honorarkürzung“ oder „zu erstattender Mehraufwand“). Eine trennscharfe Abgrenzung dieser beiden Prüfungsbereiche ist kaum möglich.
89. Die Ausgestaltung und Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist aufgrund des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) seit dem Jahr 2017 weitgehend der gemeinsamen Selbstverwaltung überlassen (Hofmayer 2017). Obwohl die §§ 106 ff. SGB V und die Vereinbarungen auf Bundes- und KV-Ebene weitreichendere Möglichkeiten vorsehen, beschränken sich die Prüfungen typischerweise auf die Frage, ob die ärztlichen Leistungen (i.d.R. einzelne GOP des EBM) bzw. die ärztlich verordneten Leistungen (meist nur Arznei- und Heilmittel) einer Praxis vom Durchschnitt der Arztgruppe erheblich abweichen. Im Bereich der ärztlich verordneten Leistungen wird die Festsetzung einer Zahlungsverpflichtung („Regress“) wegen Unwirtschaftlichkeit von den Ärztinnen und Ärzten oft als besonders schmerzhaft empfunden. In Umfragen der KBV unter Studierenden der Medizin nennt fast die Hälfte der Befragten „drohende Regressforderungen durch die Krankenkassen“ als Grund, der gegen eine Niederlassung spricht (KBV 2019c, S. 60). Die Furcht vor Regressen liegt damit in dieser Umfrage an dritter Stelle, hinter den Sorgen vor einem allgemeinen hohen finanziellen Risiko und hinter dem vermuteten hohen Ausmaß von medizinfremden Tätigkeiten und Bürokratie. Die große Bedeutung der Regresse dürfte daran liegen, dass – anders als eine Honorarkürzung, die unwirtschaftlich erbrachte ärztliche Leistungen sanktioniert – ein Regress immer ein Eingriff in das Vermögen der Ärztin bzw. des Arztes ist (und nicht nur eine Verringerung der Vergütung). Während bislang im Bereich der ärztlichen Leistungen mindestens 2 % der Ärztinnen und Ärzte je Quartal stichprobenhaft geprüft werden mussten, ist seit dem TSVG ein begründeter Antrag von Krankenkassenseite vorgesehen.
90. Die Prüfung der vertragsärztlichen Abrechnung auf Richtigkeit (§ 106d SGB V) findet entweder schon im Rahmen der quartalsmäßigen Honorarberechnung durch die KV statt – z.B. weil die Ärztin bzw. der Arzt einen im EBM vorgesehenen Abrechnungsausschluss nicht beachtet hat – oder in

einem nachgelagerten Verfahren. Unrichtig ist die Abrechnung etwa auch dann, wenn die Leistung unvollständig oder vorschriftswidrig – z.B. wegen eines Verstoßes gegen Vorgaben zur Qualitätssicherung – erbracht wurde oder die Ärztin bzw. der Arzt nicht über die erforderliche Qualifikation bzw. die Praxis nicht über die notwendige Ausstattung verfügt. Für die Honorarkürzung kommt es auf ein Verschulden der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes grundsätzlich nicht an.

91. Eine besondere Form der Abrechnungsprüfung ist die Plausibilitätsprüfung: Hier wird untersucht, ob der zeitliche Umfang der je Kalendertag oder je Quartal abgerechneten ärztlichen Leistungen plausibel ist (§ 106d Abs. 2 Satz 2 SGB V). Dem sog. Tages- bzw. Quartalsprofil werden zum einen die in einzelnen GOP enthaltenen Mindestzeiten – z.B. 10 Minuten für das problemorientierte ärztliche Gespräch nach GOP 03230 – zugrunde gelegt, zum anderen die vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V festgelegten sog. Prüfzeiten (Anhang 3 zum EBM). Diese bringen zum Ausdruck, welche Zeit auch ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt im Durchschnitt für die ordnungsgemäße und vollständige Erbringung der Leistung benötigt (BSG v. 24.10.2018, B 6 KA 42/17 R, Rn. 14 ff.). In der Regel sind die hierfür hinterlegten Zeitaufwände geringer als die bei der ökonomischen Bewertung der Leistung angesetzten Kalkulationszeiten (s. Rz. 96 ff.), um Spielraum für effiziente Leistungserbringung zu gewähren (Köhler/Hess 2018, Anhang D2 Nr. 3).
92. Dass nach § 106d Abs. 3 und 4 SGB V auch die Krankenkassen zur Abrechnungsprüfung verpflichtet sind, rührt u.a. daher, dass teilweise nur sie über die für eine wirksame Kontrolle erforderlichen Daten verfügen (z.B. im Hinblick auf zeitliche Überschneidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung der Versicherten).
93. Zu einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung kann es auch ohne ärztliches Fehlverhalten kommen, wenn die KV zunächst zu viel Honorar ausgezahlt hat und im Nachhinein, z.B. wegen gerichtlicher Entscheidungen, die Honorarverteilung zu Lasten der Vertragsärztinnen und -ärzte korrigieren muss (BSG v. 19.08.2015, B 6 KA 36/14 R). Darin realisiert sich eine für die vertragsärztliche Vergütung charakteristische Unsicherheit, die im Zusammenhang mit privatärztlichen Behandlungen und deren Abrechnung nach der GOÄ nicht bestehen. Das TSVG hat die Dauer dieser Unsicherheit von vier auf zwei Jahre reduziert.

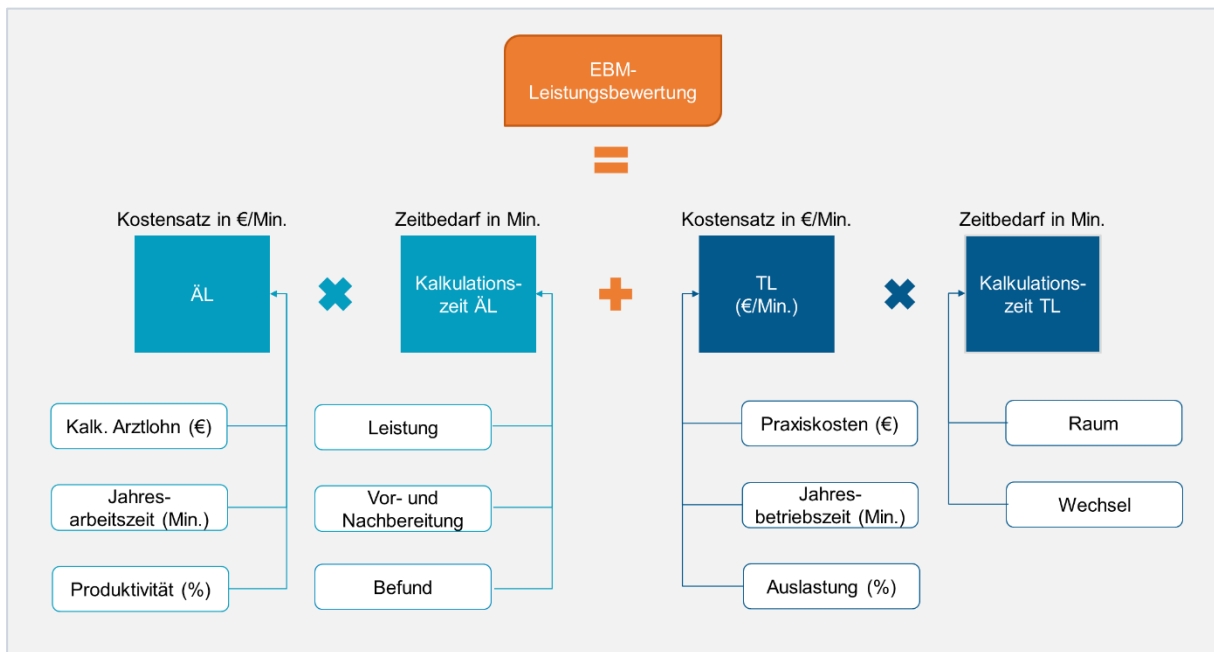
### 2.2.5. EBM – Kalkulationssystematik

94. Die Kalkulation des EBM geht auf das schweizerische TarMed (franz. „tarif médical“) zurück, welches dort im Rahmen der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen angewendet wird. Basierend auf dieser in der Schweiz genutzten Systematik wurde mit dem Standardbewertungssystem (STABS) ein auf die spezifischen Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland angepasstes Kalkulationsmodell entwickelt. Ziel war es, eine standardisierte, einheitliche und transparente Vorgehensweise für die Bewertung der einzelnen Gebührenordnungspositionen zu erhalten. Diese Art der betriebswirtschaftlichen Kalkulation wurde erstmals in Vorbereitung auf die Einführung des EBM 2000plus im Jahr 2005 angewendet, wobei für etwa 85 % der Leistungen neue Bewertungen errechnet wurden (KBV 2018c; Schreyögg et al. 2005, S. 49). Die grundsätzliche Kalkulationssystematik wurde trotz verschiedener Reformen des EBM seither nicht grundlegend verändert und soll auch für die angestrebte Reform des EBM – bei aktualisierter Datengrundlage – beibehalten werden.
95. Grundlage des STABS ist eine Vollkostenkalkulation, die sowohl reale als auch kalkulatorische Kosten berücksichtigt. Das STABS weist hierzu allen bewerteten Leistungen Kosten zu, die im Rahmen der Kalkulation dann in relative Bewertungen überführt werden. Die Überführung in Punkte erfolgt mithilfe eines Kalkulationspunktwertes von 10 Cent.



96. Die in Abbildung 6 skizzierte Kalkulationsmethodik ist darauf ausgelegt, dass ein Einzelpraxisinhaber seine Kosten in Vollzeitätigkeit mit durchschnittlicher Leistungs- und Kostenstruktur sowie durchschnittlicher Effizienz bei der Leistungserbringung ausschließlich durch die Erbringung von GKV-Leistungen vollständig deckt und dabei ein festgelegtes Arzteinkommen erzielt (BA 2012b). Die zunehmend häufigere Form der Leistungserbringung in Kooperationen findet bisher kaum Berücksichtigung. Ebenfalls werden besondere Kostenstrukturen, die aus höheren Anteilen von PKV-Versicherten oder häufiger IGeL-Erbringung folgen können, in der Kalkulation ausgeblendet, da rein auf GKV-Leistungen abgezielt wird (IGES Institut 2010, S. 58, 75).

Abbildung 6: Übersicht zur Kalkulation des EBM



Quelle: Eigene Darstellung

97. Im STABS werden die betrieblichen Kosten zunächst nach Kostenarten differenziert, anschließend auf Kostenstellen geschlüsselt und letztlich auf Kostenträger aufgeteilt. Die Erhebung der Kosten erfolgt getrennt nach einem Kostensatz für den ärztlichen Leistungsanteil (ÄL) und einem Kostensatz für den technischen Leistungsanteil (TL). Der ÄL stellt im Wesentlichen die Arbeitszeit der Ärztin oder des Arztes dar und wird durch den kalkulatorischen Arztlohn in Form einer Opportunitätskostenbestimmung ermittelt. Der TL basiert hingegen auf real in der Praxis anfallenden Kosten wie Personalkosten, Praxismiete, Aufwendungen für Apparate und EDV oder Energiekosten. Er inkludiert jedoch mit der kalkulatorischen Eigenkapitalverzinsung auch rein kalkulatorische Kosten (Köhler/Hess 2018, Anhang E1 S. 1 ff.). Der Ansatz deckt also auch Erfordernisse der Investitionskostenfinanzierung ab. Im Unterschied zur Krankenhausfinanzierung werden die Betriebs- und Investitionskosten systematisch gleich behandelt und monistisch durch die Krankenkassen finanziert.
98. Für den ÄL und TL werden getrennte Kostensätze ermittelt und mit dem für eine Leistung notwendigen ärztlichen Zeitbedarf bzw. dem technischen Zeitaufwand multipliziert. Wie Abbildung 6 veranschaulicht, ergibt sich erst aus der Addition dieser beiden Anteile die Punktzahl, wie sie schließlich im EBM ausgewiesen wird. Für die mit dem STABS kalkulierten Leistungen entfallen im Durchschnitt ungefähr gleich große Anteile auf den ärztlichen und technischen Leistungsanteil, jedoch mit großen Unterschieden zwischen den Arztgruppen (GKV-SV 2019a).

### 2.2.5.1. Der ärztliche Leistungsanteil

99. Die Bestimmung des ärztlichen Leistungsanteils erfolgt grundsätzlich auf Basis von drei Parametern: dem kalkulatorischen Arztlohn, der Jahresarbeitszeit, der Produktivität der Ärztin bzw. des Arztes sowie dem zugeordneten Zeitbedarf für eine Leistung. Drei weitere Parameter zur Anpassung der Kalkulation an die spezifische Leistung – die benötigte Qualifikation (Q-Faktor), der Schweregrad der Leistungserbringung (S-Faktor) und die Notwendigkeit ärztlicher Assistenz (A-Faktor) – spielen de facto keine Rolle und sind daher in Abbildung 6 nicht dargestellt.
100. Zur Kostenbetrachtung ist zunächst die Bewertung der ärztlichen Arbeitsleistung zu treffen. Hierzu wird die Festlegung eines angemessenen Arztlohns sowie der zugrundeliegenden Arbeitszeit benötigt. Die Festlegung des Arztlohnes erfolgt als rein kalkulatorische Betrachtung in Form rechnerischer Opportunitätskosten. Das Konstrukt orientiert sich am Prinzip des kalkulatorischen Unternehmerlohns, welches kostenrechnerisch dort Anwendung findet, wo sich Unternehmerinnen oder Unternehmer kein Gehalt auszahlen. Es bezieht sich auf Einkünfte, welche Ärztinnen und Ärzte theoretisch erzielen könnten, würden sie anderweitig tätig sein. Der Arztlohn ist somit nicht mit dem für Ärztinnen und Ärzte erreichbaren Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit gleichzusetzen, welches von weiteren Parametern abhängt, sondern stellt eine kalkulatorische Größe der relativen Bewertung dar. Als Vergleichsmaßstab für die Bewertung der ärztlichen Leistung wurde durch den erweiterten Bewertungsausschuss im Jahr 2003 das tarifvertragliche Gehalt einer im Krankenhaus tätigen Oberärztin bzw. eines Oberarztes nach Bundesangestelltentarifvertrag (BAT 1a) herangezogen, welches zuletzt 2007 angepasst und seitdem – wie der Großteil der Kostendaten – nicht aktualisiert wurde. Außerdem legte der erweiterte Bewertungsausschuss die wöchentliche kalkulatorische Bruttoarbeitszeit von Vertragsärztinnen und -ärzten auf 51 Wochenstunden fest und rechnete den Tariflohn gemäß der höheren Arbeitszeit auf zuletzt 105.571,80 € hoch. Sowohl der Arztlohn als auch die wöchentliche Arbeitszeit stellen keine empirisch abgeleiteten Größen dar, sondern sind normativ – und für alle Arztgruppen identisch – gesetzte Werte (Köhler/Hess 2018, Anhang E1 S. 4 ff.).
101. Um einen Kostensatz je Minute zu bestimmen, erfolgt die Einbeziehung weiterer Faktoren. Hierzu gehört die je nach Arbeitsgebiet unterschiedliche „Produktivität“. Diese beschreibt im Rahmen des STABS den Anteil der direkt mit der patientenbezogenen Leistungserbringung in Zusammenhang stehenden Arbeitszeit, also eine Art ärztlichen Wirkungsgrad. Sie schließt z.B. Zeiten für das Praxismanagement aus. Bei einer auf 87,5 % gesetzten Produktivität ergibt sich ein durchschnittlicher Kostensatz von etwa 52 € je Arztstunde.
102. Um basierend auf dem Kostensatz nun den Wert des ärztlichen Leistungsanteils im STABS zu bestimmen, ist die Festlegung des für die Leistung notwendigen Zeitaufwandes nötig. Diese muss sowohl die für die eigentliche ärztliche Erbringung der Leistung notwendige Zeit als auch Vor- und Nachbereitungs- sowie Befundungszeiten umfassen. Leer- und Ausbildungszeiten dürfen jedoch nicht berücksichtigt werden, da diese bereits über die anderen Parameter des ÄL abgebildet sind. Als Kalkulationsgrundlage gelten dabei vom Bewertungsausschuss festgelegte durchschnittliche Zeiten. Anders als im DRG-System werden zur Bemessung keine empirischen Durchschnittsdaten ermittelt, sondern Einzelerhebungen und Expertenwissen verwendet (Albrecht/Al-Abadi 2018, S. 34). Immer wieder kommt es durch den im (erweiterten) Bewertungsausschuss stattfindenden Verhandlungsprozess auch zu normativen Festsetzungen, die sich nicht im Kalkulationsmodell abbilden lassen, sodass Prüf- und Kalkulationszeiten fehlen.

### 2.2.5.2. Der technische Leistungsanteil

103. Die Bewertung des technischen Leistungsanteils (TL) erfolgt, wie in Abbildung 6 dargestellt, auf Basis von vier Parametern: den Praxiskosten, der Jahresbetriebsdauer, der Auslastung der Praxis und dem zugeordneten Zeitbedarf für eine Leistung.
104. Der TL entspricht damit dem Anteil einer Leistung, der alleine auf den Praxisbetrieb und nicht-ärztliche Tätigkeiten zurückzuführen ist. Zur Abbildung der zwischen den Arztgruppen sehr unterschiedlichen Praxisstrukturen existieren aktuell 28 verschiedene Praxisbetriebsmodelle (PBM). Für außergewöhnliche bzw. neu eingeführte Leistungen wurden außerdem sechs Zusatzmodule geschaffen. Innerhalb eines PBM wird jedoch von einer gewissen Leistungs- und Kostenhomogenität ausgegangen und i.d.R. mit Durchschnittskosten kalkuliert. Die Preisbildung erfolgt über die Stufen der Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung (Köhler/Hess 2018, Anhang E1 S. 10 ff.).
105. Zunächst werden alle anfallenden Kosten verschiedenen Kostenarten zugewiesen. Ausgangsbasis für die Erhebung der Kostendaten ist im Kern bis heute eine normativ gewichtete und fortgeschriebene Zusammenführung unterschiedlicher Studiendaten aus den 1990er Jahren. Für ärztliche Fachgebiete, zu denen keine empirischen Daten vorlagen, wurden Experteninformationen herangezogen und weitere normative Festsetzungen getroffen. Die Kostenstrukturen wurden seitdem bis auf kleinere Änderungen kaum angepasst (Köhler/Hess 2018, Anhang E1 S. 12 ff.).
106. Die so ermittelten Kostenarten werden anschließend auf Kostenstellen umgelegt, welche die Kosten mit Blick auf die Leistungserbringung zusammenfassen. Dies erfolgt für alle PBM unterschiedlich. Fast alle PBM verfügen über eine Kostenstelle „Sprechzimmer“, weitere häufige Kostenstellen sind „Untersuchungs- und Behandlungsraum“, „Ultraschall“ oder „EKG“ (IGES Institut 2010). Auf Basis der Praxiskosten und der Betriebszeit<sup>11</sup> der einzelnen Kostenstellen wird ein Kostensatz je Minute ermittelt. Im Ergebnis werden in der Kostenstellenrechnung empirisch ermittelte, jedoch z.T. lückenhafte Kostenstrukturdaten mit normativen Annahmen zusammengeführt.
107. Für das eigentliche Ziel des STABS, der relativen Bewertung einer Leistung, werden die Kostenstellen anschließend den EBM-Leistungen (den Kostenträgern) zugeordnet. Da es sich im Regelfall um Komplexleistungen handelt, werden diese in Teilleistungen gesplittet und separat anhand des Kostensatzes und des jeweiligen Zeitbedarfes bewertet. Die Gesamtbewertung der Leistung ergibt sich dann aus der Addition der Bewertungen aller Teilleistungen (Köhler/Hess 2018, Anhang E1 S. 15). Analog zur Bestimmung der Zeiten des ärztlichen Leistungsanteils hat die Ermittlung des Zeitbedarfs je Kostenstelle für die Bewertung einer GOP herausragende Bedeutung. Sie beruht jedoch ebenfalls auf Schätzungen und normativen Festlegungen.
108. Das Ziel des EBM ist es, für einheitliche Leistungen einheitliche Bewertungen festzulegen. Die gleiche Leistung kann jedoch von verschiedenen *Arztgruppen* erbracht werden, deren jeweilige Kalkulation unterschiedliche Preise ergeben kann. Um eine einheitliche Bewertung und wirtschaftliche Leistungserbringung zu gewährleisten, greift der EBM hier auf das sogenannte Tarifgeber-Prinzip zurück. Dieses legt fest, welcher Kostensatz einer Kostenstelle bei der Bewertung einer Leistung verwendet wird. In der Regel ist dies der Kostensatz derjenigen Arztgruppe, die die entsprechende Leistung am häufigsten erbringt. Insbesondere durch unterschiedliche hohe Gemeinkosten muss dies jedoch nicht die Arztgruppe mit den geringsten Durchschnittskosten sein (IGES Institut 2010, S. 40). Des Weiteren kann die Arztgruppe, welche die Standards bei der Qualitätssicherung einer Leistung setzt, herangezogen werden (Köhler/Hess 2018,

<sup>11</sup> Diese basiert grundsätzlich auf der Jahresarbeitszeit eines Arztes und wird mittels verschiedener Faktoren wie z.B. der normativ gesetzten durchschnittlichen Auslastung oder dem ärztlichen Zeitanteil in einem Arbeitsbereich gewichtet.

Anhang E1 S.17 f.). Neben der Gewährleistung einer einheitlichen Leistungsbewertung verringert das Tarifierprinzip auch den Anreiz zur Leistungserbringung durch nicht spezialisierte Arztgruppen mit ggf. höheren Durchschnittskosten.

- 109.** Nicht für alle Bereiche des EBM kann und wird die hier skizzierte Art der Kostenbewertung angewandt. Für verschiedene GOP, wie z.B. Zuschläge zur Steuerung der Leistungserbringung oder auch Labor-GOP, fehlen häufig der kostenrechnerische Hintergrund oder die empirischen Kostendaten. Für diese Gebiete müssen durch den Bewertungsausschuss entweder rein normative Lösungen ohne jede Kostenkalkulation im Wege der Verhandlung getroffen oder, wie im Fall der Laboruntersuchungen, andere Kalkulationsmethoden angewandt werden – wobei auch bei diesen zahlreiche normative Festlegungen zu treffen sind. Aktuell werden über 50 % der abgerechneten Leistungen nicht im STABS kalkuliert (InBA 2019), mit der EBM Reform wird eine umfassende Neukalkulation zumindest angestrebt. Unabhängig vom Bewertungsansatz ist der Einfluss der normativen Entscheidungen insgesamt als sehr hoch einzuschätzen. Weder im STABS noch bei den alternativen Bewertungsmethoden wird eine transparente, möglichst datengestützte Bewertung erreicht.

### 2.2.6. Weiterentwicklung und Pflege des EBM

- 110.** Gemäß dem gesetzlichen Auftrag in § 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V hat der Bewertungsausschuss den EBM regelmäßig dahingehend zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Wirtschaftlichkeit entsprechen. Insbesondere technische Leistungen und deren wirtschaftliche Erbringung sieht der Gesetzgeber im Fokus. Er gibt an dieser Stelle jedoch keine festen Intervalle vor, so dass eine Überarbeitung nur auf Vorschlag eines der Träger des Bewertungsausschusses, also der KBV oder des GKV-SV, stattfindet. Zu den Überarbeitungen des EBM zählen z.B. die umfangreichen Änderungen für die Abrechnung humangenetischer Leistungen, welche der Bewertungsausschuss 2016 beschloss. Überarbeitungen des EBM erfolgen häufig – so finden sich allein in 2018 über 20 „EBM-Beschlüsse“, jedoch existiert kein geregelter Verfahren, wann bestimmte GOP neu zu bewerten sind. Dies kann insbesondere bei neuen technischen Leistungen schnell zu verzerrten Leistungsbewertungen führen.
- 111.** Neben diesen unregelmäßigen Anpassungen befand der Bewertungsausschuss bereits relativ kurz nach der Einführung des neuen EBM 2009 einen grundsätzlichen Überarbeitungsbedarf (s.a. Anhang A). Eine umfassende Reform des EBM soll nach mehreren Verschiebungen nun im Jahr 2020 wirksam werden. Dies geht einher mit dem im TSVG formulierten Auftrag, die nächste Überprüfung und Überarbeitung des EBM spätestens bis zum 29.02.2020 durchzuführen. Das beabsichtigte Konzept des Bewertungsausschusses sieht vor, dass die grundsätzlichen Charakteristika des EBM beibehalten werden und statt einer grundlegenden Reform viele einzelne Aspekte geprüft und ggf. angepasst werden. Dies umfasst zunächst die Aktualisierung der Datengrundlagen des STABS und die umfassende Überarbeitung und Neukalkulation bestehender GOP. Dazu sollen z.B. Einzelleistungen verstärkt aus Pauschalen herausgelöst werden und eine stärkere Differenzierung der Pauschalen erfolgen.
- 112.** Während bestehende Leistungen durch den Bewertungsausschuss zumindest in der Theorie beständig überarbeitet und angepasst werden, können neue Leistungen erst nach einem Beschluss des G-BA in den Leistungskatalog aufgenommen werden (s. Rz. 36).
- 113.** Obleich die Beteiligten in beiden Gremien für Entscheidungen des ambulanten Bereiches institutionell übereinstimmen, entsteht durch die Aufgabenteilung in die Leistungsdefinition im G-BA einerseits und die Abrechnungsausgestaltung im Bewertungsausschuss andererseits eine Schnittstelle. Seit dem GKV-VSG aus dem Jahr 2015 hat der Bewertungsausschuss nach

Aufnahme neuer Leistungen durch den G-BA grundsätzlich sechs Monate Zeit, entsprechende GOP zu vereinbaren (§ 87 Abs. 5b SGB V). Gelingt dies nicht, kann das BMG mit aufsichtsrechtlichen Mitteln (Anrufung des erweiterten Bewertungsausschusses, Ersatzvornahme) gemäß § 87 Abs. 6 Sätze 4 und 7 SGB V eingreifen. Vertragsärztinnen bzw. -ärzte können nach erfolgreichem Ablauf der Umsetzungsfrist gemäß der GOÄ gegenüber den Versicherten abrechnen. Die daraus entstandenen Kosten müssen die Krankenkassen den Versicherten nach § 13 Abs. 3 SGB V erstatten (BSG v. 02.09.2014, B 1 KR 11/13 R, Rn. 22 ff.; Schröder 2019, Rn. 42). In der Regel werden die gesetzlichen Fristen jedoch vom Bewertungsausschuss eingehalten. Dieser hat außerdem 2014 beschlossen, dass neue Leistungen grundsätzlich zwei Jahre lang, im Einzelfall auch länger, außerhalb der MGV zu vergüten sind (BA 2014a). Im Jahr 2017 betraf dies etwa 1,6 % der gesamten Vergütungszahlungen (MGV und EGV) der Krankenkassen (InBA 2019).

114. Zu den Aufgaben des Bewertungsausschusses bei der Weiterentwicklung des EBM zählt auch der jährlich bis zum 31. August festzulegende bundeseinheitliche *Punktwert* als Orientierungswert. Bei dessen Anpassung sind nach § 87 Abs. 2g SGB V insbesondere

- die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten,
- Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie
- die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen

zu berücksichtigen.

115. Gemäß einer Festlegung des erweiterten Bewertungsausschusses soll bei der Fortentwicklung des Orientierungswerts ein datengestütztes Verfahren zur Anwendung kommen, welches die vollständige Berücksichtigung der genannten Anpassungsfaktoren gewährleistet (eBA 2012). Hierzu werden vom Institut des Bewertungsausschusses (InBA) Berechnungen durchgeführt, welche grundlegend auf dem STABS basieren, jedoch keine direkten Wechselwirkungen mit der EBM-Kalkulation haben. Ergebnis ist die Veränderung der Kosten je Leistungspunkt. Die Berechnungen sind jedoch mit zahlreichen normativen Festlegungen verbunden. Sowohl abhängig von der Auswahl der zu berücksichtigenden Einflussfaktoren (wie z.B. eine Anpassung des kalkulatorischen Arztlohnes) als auch von der Höhe der Effekte (z.B. die Auswahl der anzuwendenden Inflationsraten) kann das Verfahren sehr unterschiedliche Ergebnisse begründen. So hatte die KBV für das Jahr 2019 eine Erhöhung des Orientierungswertes um 4,7 % gefordert, seitens des GKV-SV wurden 0,2 % für angemessen gehalten. Im Ergebnis wurde durch den erweiterten Bewertungsausschuss eine Erhöhung von 1,58 % festgelegt (IWW 2018). Trotz der Nutzung eines datengestützten Verfahrens ist die Fortentwicklung des Orientierungswertes also Ergebnis eines Verhandlungsverfahrens der Selbstverwaltung.

### 2.2.7. Weitere Vergütungsbereiche

116. Überlegungen zur Schaffung eines modernen Vergütungswesens für die ambulante ärztliche Versorgung sollten sowohl den stationären Sektor mit in den Blick nehmen als auch die zahlreichen Sondersysteme für ambulante bzw. sektorenübergreifende ärztliche Leistungen berücksichtigen. Zwei Gründe sprechen hierfür. Zum einen gilt im Krankenhausfinanzierungsrecht für *stationäre Leistungen* der Grundsatz der Einheitlichkeit der Berechnung der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen, wobei daneben die Möglichkeit der Inanspruchnahme von nach der GOÄ als *Einzelleistungen* vergüteten ärztlichen *Wahlleistungen* besteht (näher hierzu unter Abschnitt 2.2.7.4). Zum anderen ist um die zahlreichen Sondersysteme ein ausdifferenziertes ambulantes Vergütungssystem entstanden, das entweder selbst reformbedürftig ist oder aber Anregungen für eine Vergütungsreform geben könnte.



### 2.2.7.1. Ambulante Versorgung im Krankenhaus

117. Seit jeher sollen der stationäre und der ambulante Bereich zur Sicherstellung einer nahtlosen Gesundheitsversorgung der Patientin bzw. des Patienten eng zusammenarbeiten. Weil der Gesetzgeber im Laufe der Jahre immer neue Vorschriften geschaffen hat, die – aus den unterschiedlichsten Gründen – eine Überschreitung der Sektorengrenzen ermöglichen, gibt es mittlerweile zahlreiche Normen, die ein Tätigwerden des Krankenhauses jenseits der klassischen vollstationären Behandlung eröffnen.
118. Das SGB V sieht für die ambulante Versorgung durch das Krankenhaus bzw. die bei ihm beschäftigten Ärztinnen und Ärzte vielfältige Formen vor. Die im Bereich der *vertragsärztlichen Versorgung* bedeutendste Form ist die *Ermächtigung*. Mit Blick auf die Honorierung und wegen der grundsätzlichen Trennung ärztlicher Leistungen im ambulanten (Finanzierung aus der MGV) und stationären Sektor (Verträge nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsrechts) sind hier vor allem die speziell für die „Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen“ geltenden Regelungen des § 120 SGB V maßgeblich, die ihrerseits allerdings verschiedene Finanzierungsregimes vorsehen und zudem teilweise durch spezialgesetzliche Regelungen verdrängt werden.

#### Vergütung aus der MGV

119. § 120 Abs. 1 SGB V bestimmt für die dort genannten Ermächtigungen (z.B. für spezialisierte Krankenhausärztinnen und -ärzte) die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen nach den für Vertragsärztinnen und -ärzte geltenden Grundsätzen aus der (morbiditybedingten) Gesamtvergütung. Berechnungsgrundlage ist der EBM. Daneben wird die Notfallversorgung im Krankenhaus – wenn sie keine stationäre Aufnahme (d.h. keine Übernachtung) zur Folge hat – wie der vertragsärztliche Notdienst (d.h. gemäß § 75 Abs. 1b SGB V die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten) aus der MGV finanziert, jedoch ohne Mengen- oder Honorarbegrenzung (§ 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V).

#### Vergütung unmittelbar durch die Krankenkasse

120. Für die Leistungen der in § 120 Abs. 2 SGB V aufgeführten Ermächtigungen (z.B. für Hochschulambulanzen oder sozialpädiatrische Zentren) gilt ein Vergütungssystem, das sich in mehrfacher Hinsicht vom (sonstigen) vertragsärztlichen Reglement abhebt. Diese Leistungen werden – anders als Leistungen der MGV und EGV – unmittelbar von der Krankenkasse an die Leistungserbringer vergütet. Dazu werden Verträge zwischen den *Krankenkassen(-verbänden)* und der einzelnen ermächtigten Einrichtung geschlossen. Außerdem muss die Vergütung die Leistungsfähigkeit der Einrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung – eine solche ausdrückliche gesetzliche Vorgabe existiert für die niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte nicht – gewährleisten (§ 120 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Bei Hochschulambulanzen erfolgt die Vergütung zwingend (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung), bei den anderen Einrichtungen optional in pauschalierter Form.

### 2.2.7.2. Weitere Versorgungsformen

121. In einer Reihe von Fällen hat der Gesetzgeber die Vergütung für besondere Formen der ambulanten Leistungserbringung gesondert geregelt. Die Varianten der *teilstationären*, der *vor- und nachstationären* (§ 39 Abs. 1 Satz 1, § 115a SGB V) sowie der stationsäquivalenten psychiatrischen Versorgung (§ 115d SGB V), welche trotz Indikation für eine stationäre Behandlung im häuslichen Umfeld stattfindet, weisen dabei deutliche Parallelen zur ambulanten Versorgung auf. Eine zusätzliche Verknüpfung mit dem ambulanten Sektor schafft § 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V,

wonach das Krankenhaus die vor- und nachstationäre Behandlung auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte Vertragsärztinnen bzw. -ärzte erbringen lassen kann – und das sogar in deren Praxisräumen. Gleichwohl stellen alle diese Varianten nach der Konzeption des Gesetzgebers jeweils eine Form der Krankenhausbehandlung dar. Solche Leistungen werden dementsprechend nach den Regeln des Krankenhausfinanzierungsrechts (s. Abschnitt 2.2.7.4) vergütet.

### **Ambulantes Operieren**

- 122.** Durch die mit § 115b SGB V erfolgte Zulassung von Krankenhäusern zur Durchführung ambulanter Operationen (AOP) soll die Trennung zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Krankenhausbehandlung durchbrochen und ein Wettbewerb zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern eröffnet werden (zu konkreten Zahlen s. Rz. 234). Gemäß § 115b Abs. 2 Satz 1 SGB V sind die Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung derjenigen Operationen und sonstigen stationärer ersetzenden Eingriffen zugelassen, die in dem vom GKV-SV, der KBV und der DKG oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam vereinbarten Katalog enthalten sind. Auch hier stehen Kostengesichtspunkte im Vordergrund: Der Gesetzgeber wollte insbesondere das „Ausweichen“ der Krankenhäuser auf die teure vollstationäre Behandlung vermeiden (BT-Drucksache 12/3608, S. 103). Aktuell sieht der Gesetzgeber „das Potenzial für ambulante Operationen derzeit in Deutschland nur unzureichend ausgeschöpft“ (BT-Drucksache 19/13397, S. 53) und strebt mit dem 2020 in Kraft tretenden MDK-Reformgesetz eine substantielle Erweiterung des AOP-Katalogs auf der Grundlage eines noch einzuholenden Gutachtens an. Die Leistungen der Krankenhäuser werden gemäß § 115b Abs. 2 Satz 4 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Der gesetzliche Auftrag, „einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte“ (§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V) zu vereinbaren, wurde dergestalt umgesetzt, dass die Leistungen der Krankenhäuser mit den Preisen der für den Krankenhausstandort geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden (§ 7 Abs. 1 Satz 1 AOP-Vertrag). Dies schließt es nicht aus, dass Vertragsärztinnen und -ärzte aufgrund einer Budgetierung im Honorarverteilungsmaßstab für dieselbe ambulante Operation eine geringere Vergütung erhalten als Krankenhäuser am selben Standort (BSG v. 29.11.2017, B 6 KA 41/16 R, Rn. 22 ff.). Von der durch § 115b Abs. 4 SGB V eröffneten Möglichkeit, zur Vergütung dieser Leistungen ein gemeinsames Budget zu schaffen, dessen Mittel aus der (morbiditätsbedingten) Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen wäre, wurde bislang noch kein Gebrauch gemacht.

### **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

- 123.** Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wollte der Gesetzgeber „schrittweise einen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich“ schaffen, in dem „Krankenhausärzte sowie niedergelassene [...] Fachärzte unter gleichen Qualifikationsvoraussetzungen und einheitlichen Bedingungen die Versorgung von [...] Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen oder seltenen Erkrankungen sowie [...] auch hochspezialisierte Leistungen erbringen können“ (BT-Drucksache 17/6906, S. 44). Die Vergütung der entsprechenden Leistungen erfolgt gemäß § 116b Abs. 6 S. 1 SGB V unmittelbar durch die Krankenkassen; allerdings können mittlerweile alle Leistungserbringer die KV gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung beauftragen. Für die Vergütung der Leistungen sollen in dreiseitigen Vereinbarungen auf Bundesebene pauschalisierte diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro vereinbart werden. Derartige Vereinbarungen sind gegenwärtig nicht absehbar; solange erfolgt die Vergütung ohne Mengenregulierung mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung auf der Grundlage von GOP, die der Bewertungsausschuss im EBM z.T. eigens für die ASV bestimmt. Die erforderliche *Bereinigung* der MGV darf nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen (§ 116b Abs. 6 Satz 14 SGB V).



### 2.2.7.3. Selektivvertragliche Versorgung und weitere Vergütungsformen

124. Bereits seit Ende der 1990er Jahre versucht der Gesetzgeber, mit neuen Versorgungsformen alternative Versorgungsstrukturen außerhalb der Regelversorgung – und damit typischerweise ohne Beteiligung der KV – zu schaffen, auch dies u.a. im Bestreben, die starre Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu durchbrechen. Als solche (*besondere*) *Versorgungsformen* benennt § 53 Abs. 3 SGB V:
- die *hausarztzentrierte Versorgung* nach § 73b SGB V,
  - die besonderen Versorgungsformen nach § 140a SGB V,
  - die *strukturierten Behandlungsprogramme* nach § 137f SGB V sowie
  - die *Modellvorhaben* nach § 63 SGB V.
125. Diese Versorgungsformen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie selektivvertragliche Optionen darstellen, also i.d.R. einzelne Krankenkassen mit Verbänden einzelner Ärzte bzw. Arztgruppen Verträge über die Versorgung abschließen (s.a. bereits Rz. 25). Sie haben außerdem gemein, dass die Teilnahme sowohl für die Versicherten als auch für die einzelnen Leistungserbringer freiwillig ist und von den für das Kollektivvertragssystem geltenden gesetzlichen Regelungen (in unterschiedlichem Umfang) abgewichen werden darf. Auch die Vergütung der Leistungen – diese erfolgt typischerweise unmittelbar von der Krankenkasse an die Leistungserbringer – unterliegt individuellen Regelungen zwischen den Vertragspartnern, denn auf besondere gesetzliche Vorgaben zur Vergütung hat der Gesetzgeber verzichtet. Den Vertragspartnern stehen daher verschiedene Vergütungsvarianten zur Verfügung, sowohl Einzelleistungsvergütungen, Kopf-, Fall- oder Komplexpauschalen als auch ganz andere Vergütungsansätze können vereinbart werden. Von diesen Möglichkeiten machen die Verträge im Einzelfall durchaus Gebrauch, wie z.B. kontaktunabhängige Pauschalen für jeden eingeschriebenen Versicherten im Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg (vgl. Anlage 12 des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg), dennoch wird häufig – ähnlich der „klassischen“ Vergütung – auf Leistungs- und Gebührenverzeichnisse zurückgegriffen.
126. Mit Ausnahme der strukturierten Behandlungsprogramme sowie der früher auf § 73a SGB V, heute auf § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V beruhenden Strukturverträge muss ferner für alle Selektivverträge gewährleistet sein, dass die Krankenkassen die Leistungen nicht ein zweites Mal – nämlich innerhalb des Kollektivvertragssystems – vergüten. Zu diesem Zweck unterliegt der gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V zu vereinbarende Behandlungsbedarf in einem äußerst komplexen Verfahren einer *Bereinigung*.
127. Neben diesen selektivvertraglichen Möglichkeiten vereinbaren die GVP weitere Vergütungsformen, welche nicht Teil des EBM sind, sondern eigenständige Vereinbarungen darstellen. Zu diesen werden z.T. bereits auf Bundesebene Vorgaben in Anlagen des BMV-Ä vereinbart. Die Onkologie-Vereinbarung nach § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V, welche eine angemessene Vergütung für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung gewährleisten soll, und die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung nach § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit stellen Beispiele hierfür dar. Daneben müssen auch zur Finanzierung weiterer gesetzlicher Aufgaben wie z.B. der Telematikinfrastruktur Vereinbarungen getroffen werden.
128. Ebenso können zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung an der Schnittstelle zur *Bedarfsplanung* vergütungsrechtliche Instrumente zum Einsatz kommen, namentlich die Sicherstellungszuschläge nach § 105 Abs. 1 und 4 SGB V. Zuschüsse für die Ausbildung und die Niederlassung der Vertragsärztinnen und -ärzte aus dem Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V erfolgen auch auf Basis regionaler Vereinbarungen aus Mitteln der *Gesamtvergütung*.

#### 2.2.7.4. Exkurs: Die Vergütung ärztlicher Leistungen im Krankenhaus

- 129.** Im Krankenhaus erbrachte ärztliche Leistungen werden typischerweise nur gemeinsam mit weiteren Leistungen des Krankenhauses, insbesondere Krankenpflege, Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln während des Krankenhausaufenthalts sowie Unterkunft und Verpflegung (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG)<sup>12</sup>, als Fallpauschalen abgerechnet. Aber nicht nur insoweit und hinsichtlich des *dualistischen Finanzierungsregimes* folgt die Vergütung – soweit voll- und *teilstationäre Leistungen* betroffen sind – grundlegend anderen Regeln als im ambulanten Bereich. Nach dem Konzept des Gesetzgebers gibt es allgemeine Krankenhausleistungen und *Wahlleistungen*. Die Entgelte – das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bezeichnet diese noch immer als Pflegesätze – für allgemeine, d.h. für „die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten“ notwendigen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG) werden für alle Patientinnen und Patienten des Krankenhauses einheitlich berechnet – unabhängig von sonstigen Eigenschaften und vom Versicherungsstatus (§ 8 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG). Infolgedessen dürfen – vorbehaltlich der sogleich skizzierten Wahlleistungen – den sog. Selbstzahlerinnen und -zahlern (privat versicherte Patienten, Beihilferechtigte und sonstige Selbstzahler) für allgemeine Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte in Rechnung gestellt werden als gesetzlich krankenversicherten Personen. Die von der zuständigen Landesbehörde zu genehmigenden (§ 14 KHEntgG) Entgelte sind vor diesem Hintergrund für alle Nutzer des Krankenhauses sowie die Kostenträger verbindlich (BVerwG v. 03.08.2000, 3 C 30/99, Rn. 19). Das Vergütungssystem selbst wird vom GKV-SV und dem PKV-Verband gemeinsam (Stimmverhältnis 2:1) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart (§ 17b Abs. 2 Sätze 1 und 6 KHG). Das Pflegesatzrecht ist „staatliches Preisrecht“, so dass der Krankenhausträger gehalten ist, für allgemeine Krankenhausleistungen das nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften zu ermittelnde Entgelt zu fordern, und keine Abweichungen vornehmen darf (BGH v. 28.04.2005, III ZR 351/04, Rn. 31).
- 130.** § 8 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG gibt insoweit nur das wieder, was § 17 Abs. 1 Satz 1 KHG bereits seit dem Inkrafttreten des KHG im Jahr 1972 – und damit auch schon vor Einführung des pauschalierenden Entgeltssystems – bestimmt und sich im Kern bereits in der „Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten“ (Bundesanzeiger Nr. 173 vom 09.09.1954) findet. Nach deren § 2 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 1 Abs. 2 waren die Pflegesätze grundsätzlich einheitlich zu genehmigen oder festzusetzen, sodass sie im Regelfall auch für Selbstzahlerinnen und -zahler ohne sozialversicherungs- oder fürsorgerechtliche Absicherung bzw. ohne gesetzlichen Anspruch auf Heilbehandlung galten (Gehrt/Schöne 1955, S. 33). Begründet wurde dies mit der Befürchtung, höhere Pflegesätze für diese Selbstzahlerinnen und -zahler könnten „die Grundlagen der Beitragskalkulation der privaten Krankenversicherung erschüttern und erhebliche Nachteile für einen Teil der Privatversicherten mit sich bringen“ (Abschnitt II zu § 1 Abs. 2 Nr. 2 des Runderlasses zur Durchführung der Verordnung PR Nr. 7/54). Der KHG-Gesetzgeber selbst hat seine Entscheidung nicht begründet. § 17 Abs. 1 Satz 1 KHG sollte „sicherstellen, dass bei der Pflegesatzbemessung von einheitlichen Grundsätzen ausgegangen wird“ (BT-Drucksache VI/1874, S. 19). Im aktuellen Schrifttum stößt man auf der Suche nach einer Erklärung für die einheitliche Vergütung im stationären Sektor zum einen auf eher allgemein gehaltene Ausführungen zum Charakter der Krankenhausversorgung. So befinde sich der Mensch als Krankenhauspatient in „einer besonderen Abhängigkeitssituation“; als „Universaldienste“ müssten Krankenhausleistungen gegenüber sämtlichen Nutzern zu einheitlichen Konditionen erbracht werden (Dettling/Köbler 2018,

<sup>12</sup> Für psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Leistungen, die in entsprechenden Krankenhäusern oder Fachabteilungen stationär erbracht werden, gilt die Bundespflegesatzverordnung (§ 1 Abs. 1 Satz 1 BpflV); für die hier dargestellten Vergütungsfragen sehen beide Gesetze inhaltsgleiche Regelungen vor, sodass eine jeweilige Bezugnahme auf das KHEntgG an dieser Stelle genügt.

Rn. 18). Zum anderen wird zur Rechtfertigung einheitlicher Vergütungssätze auf die das Krankenhausfinanzierungsrecht prägende, staatliche Investitionskostenförderung abgestellt; die Tatsache, dass im Rahmen der dualen Finanzierung der Krankenhäuser Investitionskosten aus Steuermitteln und damit letztlich von allen Nutzern des Krankenhauses getragen werden, stünde einer Differenzierung zwischen privat und gesetzlich Versicherten entgegen (Wollenschläger 2018b, S. 448).

- 131.** Der Grundsatz der vom Versicherungsstatus unabhängigen, insoweit einheitlichen Vergütung gilt auch für *Wahlleistungen* (§ 17 KHEntgG), die die Patientin bzw. der Patient auf der Grundlage der GOÄ (§ 17 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG) – vorbehaltlich einer späteren Erstattung durch Dritte, wie private Kranken(zusatz)versicherung oder Beihilfeträger – selbst bezahlen muss. Die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen bezieht sich dabei grundsätzlich nicht auf die Art der ärztlichen Leistungen, die das Krankenhaus i.d.R. ohnehin schuldet und der Pauschalvergütung zugrunde liegen, sondern auf die Person der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes (BVerfG v. 19.03.2004, 1 BvR 1319/02, Rn. 20), vor allem wegen dessen besonderer Erfahrung und herausgehobener Kompetenz (BGH v. 10.01.2019, III ZR 325/17, Rn. 30). Die Anwendbarkeit der GOÄ bringt es mit sich, dass bei Wahlleistungen – abweichend vom Fallpauschalenprinzip des KHEntgG im Bereich allgemeiner Krankenhausleistungen – Einzelleistungen vergütet werden. Behandlungsfälle mit wahlärztlichen Leistungen führen für das Krankenhaus immer zu einer höheren Vergütung, obwohl in zahlreichen Fällen die sachliche Leistung des Krankenhauses (z.B. eine bestimmte OP) auch ohne Wahlleistung dieselbe ist. Auch wenn die Wahlleistungsvereinbarung zwischen Patient und Krankenhaus abgeschlossen wird (§ 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG), steht die Vergütung der wahlärztlichen Leistung rechtlich der sie erbringenden Wahlärztin bzw. dem sie erbringenden Wahlarzt zu. Teile dieser Einnahmen muss die Wahlärztin bzw. der Wahlarzt aber an das Krankenhaus abführen (§ 19 Abs. 2 f. KHEntgG). Um eine doppelte Bezahlung von Sach- und Personalkosten, die sowohl in der Fallpauschale enthalten als auch mit den GOÄ-Gebühren abgegolten (§ 4 Abs. 3 GOÄ) sind, zu verhindern (BGH v. 04.11.2010, III ZR 323/09), sind letztere nach § 6a GOÄ – im Regelfall um 25 % – zu mindern.
- 132.** Das beschriebene Vergütungsregime betrifft grundsätzlich nur Krankenhäuser, die mit öffentlichen Geldern gefördert werden. Für nicht oder nur teilweise geförderte Krankenhäuser (Dettling/Köbler 2018, Rn. 95 ff.), die die Entgelte grundsätzlich frei vereinbaren dürfen (BGH v. 21.04.2011, III ZR 114/10, Rn. 5), hat der Gesetzgeber aber ebenfalls Vorgaben aufgestellt: Gemäß § 17 Abs. 5 KHG dürfen diese Häuser von den Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze als vergleichbare (voll) geförderte Krankenhäuser verlangen. Höhere Pflegesätze können nur für Selbstzahlerinnen und -zahler berechnet werden. Wird das Krankenhaus nur deshalb nicht gefördert, weil es keinen Antrag auf Förderung gestellt hat, dürfen auch von den Selbstzahlerinnen und -zahlern keine höheren Pflegesätze gefordert werden (§ 17 Abs. 5 Satz 2 KHG). Entsprechendes gilt, wenn ein nicht gefördertes Krankenhaus mit einem geförderten räumlich und organisatorisch verbunden ist (§ 17 Abs. 1 Satz 5 KHG).

## 2.3. Die Vergütung ambulanter privatärztlicher Leistungen

### 2.3.1. Institutionelles Arrangement

- 133.** Die Rechtsbeziehungen und Handlungsformen im privatärztlichen Vergütungsrecht, wie in Abbildung 7 skizziert, unterscheiden sich grundlegend von denjenigen im GKV-Vergütungsrecht. Dies hat insbesondere zur Folge, dass es im privaten Krankenversicherungsrecht kein eigenständiges Leistungserbringungsrecht (wie in §§ 69 ff. SGB V für die GKV) gibt, und für die Vergütung auch keine kollektiven Aushandlungsregime zwischen den Verbänden der Kostenträger und der Ärzte gesetzlich vorgesehen sind. Eine Ausnahme gilt für die ärztliche Versorgung der im Basis-, Standard- oder Notlagentarif privat Versicherten (s. Rz. 137).
- 134.** Rechtsbeziehungen bestehen – wie bereits geschildert (s. Rz. 21 ff.) – anders als im Bereich der GKV grundsätzlich nur zwischen Patienten und Ärzten sowie zwischen (privat versicherten) Patienten und den Kostenträgern (PKV-Unternehmen sowie Bund und Länder als Träger der Beihilfe). Die wenigen Ausnahmen hiervon betreffen etwa die direkte Abrechnung stationärer Leistungen (Kalis 2017, Rn. 107 ff.; Makoski 2018, S. 209 ff.) oder ein auf Beihilfeberechtigte spezialisiertes regionales PKV-Unternehmen, das ambulante ärztliche Leistungen, die auf der Grundlage eines von ihr mit der KV Hessen geschlossenen Vertrages erbracht werden, unmittelbar mit dieser abrechnet ([www.famk.de](http://www.famk.de)). Dabei lässt das Beihilferecht des Bundes und zahlreicher Länder Verträge mit Leistungserbringern zum Zwecke der Kostenreduzierung ausdrücklich zu (Schmidt 2019, S. 86). Die Möglichkeiten zu u.a. die Vergütung(shöhe) betreffenden Vereinbarungen mit Leistungserbringern werden auch in der PKV diskutiert (Kalis 2009, Rn. 36) und vereinzelt auch wahrgenommen (Merten 2003; Ziegenhagen/Schilling 2000, S. 129). Allerdings ist der Versuch der Bundesregierung, im Jahr 2008 die Gebührenordnung für Zahnärzte für Vergütungsvereinbarungen zwischen PKV-Unternehmen und (Gruppen von) Zahnärzten zu öffnen, am Widerstand dieser Berufsgruppe gescheitert (Wasem 2011, S. 625).
- 135.** Die Höhe der Vergütung beim Vertrag zwischen Patient und Arzt richtet sich für privatärztliche Leistungen nach der GOÄ, die eine Taxe i.S.v. § 630b, § 612 Abs. 2 BGB ist und damit die privatrechtlich vereinbarte Vergütung darstellt (Spickhoff 2018, Rn. 3), wenn keine abweichende Vereinbarung i.S.v. § 2 GOÄ getroffen wird. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Patient und Arzt, ggf. unter Hinzuziehung von Abrechnungsdienstleistern. Getrennt von der Abrechnung zwischen Arzt und Patient ist – wie bereits erwähnt (s. Rz. 22 bzw. 23) – die Erstattung der dem Patienten entstehenden Kosten durch Dritte (Kostenträger).
- 136.** In welchem Umfang ein Unternehmen der PKV seinen Versicherten (Patienten) die entstandenen Kosten für ärztliche Behandlung erstatten muss, hängt vom konkreten Inhalt des (ebenfalls privatrechtlichen) Versicherungsvertrags ab und bestimmt sich nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG, dort §§ 192 ff.), den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), den vom PKV-Verband entwickelten Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK), dem jeweils vereinbarten Tarif sowie den Tarifbedingungen. Die meisten AVB sehen eine Kostenerstattung für ambulante ärztliche Leistungen nur bis zum Höchstsatz der GOÄ vor (Schäfer 2010, S. 1525 ff.). Typische weitere Leistungsbegrenzungen im PKV-Bereich sind der Ausschluss bestimmter Leistungen (z.B. für Kur- und Sanatoriumsbehandlung gemäß § 5 Abs. 1 lit. d MB/KK), Selbstbehalte oder Wartezeiten für erstattungsfähige Leistungen (z.B. acht Monate für Psychotherapie oder Zahnbehandlung gemäß § 3 Abs. 3 MB/KK). Verbreitung gefunden haben auch sog. Hausarzt-Tarife mit eingeschränkter Arztwahl: sie machen die volle Kostenerstattung davon abhängig, dass die Erstbehandlung i.d.R. im Rahmen der hausärztlichen Versorgung erfolgt.

- 137.** Als Gegenleistung zur Kostenerstattung durch das Versicherungsunternehmen wird die bzw. der Versicherte durch den Versicherungsvertrag verpflichtet, an das Versicherungsunternehmen eine Prämie zu zahlen, deren Höhe grundsätzlich u.a. nach dem individuellen Krankheitsrisiko zu kalkulieren ist. Besonderheiten ergeben sich durch die Einführung der die PKV ab 2009 betreffenden allgemeinen Krankenversicherungspflicht. Schon durch den 1992 eingeführten Standardtarif (§ 257 Abs. 2a SGB V in der bis Ende 2008 geltenden Fassung) wurde langjährigen älteren PKV-Versicherten ermöglicht, zu vergünstigten Konditionen eine am Leistungskatalog der GKV orientierte Versorgung in Anspruch zu nehmen. Der Standardtarif wurde – von Bestandsfällen abgesehen – 2009 durch den weitergehenden, von allen PKV-Unternehmen brancheneinheitlich anzubietenden Basistarif (§ 152 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) abgelöst. Weil durch die Versicherungspflicht auch in der PKV ein allgemeiner Schutz gegen das Krankheitsrisiko gewährt werden soll, dürfen die PKV-Unternehmen Anträge auf Aufnahme in den Basistarif im Regelfall nicht ablehnen (§ 152 Abs. 2 VAG) und weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse vorsehen (§ 203 Abs. 1 Satz 2 VVG). Da die PKV-Unternehmen auf (damals erhebliche) Prämienrückstände wegen der allgemeinen Versicherungspflicht nicht mit einer Vertragskündigung reagieren durften, wurde 2013 zusätzlich der Notlagentarif (§ 153 VAG) geschaffen. Er kombiniert eine verminderte Prämie mit einer Beschränkung auf Leistungen, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, bei versicherten Kindern und Jugendlichen zusätzlich auf Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Die Versorgung der PKV-Versicherten im Standard-, Basis- und Notlagentarif haben die KVen und die KBV sicherzustellen (§ 75 Abs. 3a SGB V). Letztere hat hierzu mit dem PKV-Verband eine Vereinbarung nach § 75 Abs. 3b SGB V zur Honorierung ambulanter ärztlicher Leistungen (nur) für im Basistarif Versicherte geschlossen. Diese sieht – trotz ursprünglicher Bestrebungen der PKV, die Vergütung auf Basis des EBM zu regeln – eine Abrechnung nach GOÄ mit einem maximalen Steigerungsfaktor (s. Rz. 158) von 1,2 vor (KBV 2010). 2017 nutzten ca. 50.000 Versicherte den Standardtarif, ca. 31.000 den Basis- und ca. 106.000 den Notlagentarif, insgesamt also etwa 2 % der PKV-Versicherten (PKV-Verband 2018b). Ca. 18 % der im Basistarif Versicherten waren Ende 2018 beihilfeberechtigt (BT-Drucksache 19/14605, S. 3).
- 138.** Leistungen der Beihilfe an Beamte und ihnen gleichgestellte Personen (z.B. Richter) sowie Leistungen der *Heilfürsorge* an Beamte auf körperlich besonders fordernden Dienstposten (Schmidt 2019, S. 84) wie Soldaten und Berufsfeuerwehr-/Polizeivollzugsbeamte beruhen demgegenüber auf Vorschriften des öffentlichen Rechts und sind Teil der auch im Grundgesetz (GG) verankerten, zu den hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums (Art. 33 Abs. 5 GG) zählenden Alimentationspflicht des Dienstherrn gegenüber seinen Beamten. In welchem Umfang im Rahmen der Beihilfe die den Beamtinnen und Beamten durch ärztliche Behandlung entstandenen Kosten erstattet werden, ergibt sich aus speziellen beamtenrechtlichen Vorschriften des Bundes bzw. des jeweiligen Landes. Diese sehen typischerweise eine Erstattung zwischen 50 und 70 % der erstattungsfähigen Kosten für beihilfeberechtigte Erwachsene (die gut 40 % aller PKV-Versicherten ausmachen) und 80 % für beihilfeberechtigte Kinder (die knapp 10 % aller PKV-Versicherten ausmachen), flankiert durch zusätzliche Erhöhungsmöglichkeiten, vor (Schmidt 2019, S. 83). Hinsichtlich der Restkosten müssen Beamtinnen und Beamte seit der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht im Jahr 2009 (§ 193 Abs. 3 VVG) Verträge mit einem PKV-Unternehmen abschließen, die für diesen Zweck als Restkostenversicherung u.a. sog. Beihilfeergänzungstarife anbieten. Alternativ ist es Beamtinnen und Beamten möglich, sich in der GKV freiwillig zu versichern. In diesem Fall müssen sie jedoch den gesamten Beitrag ohne Arbeitgeberzuschuss tragen. Bislang nur in Hamburg, ab 2020 auch in Thüringen, Bremen und Brandenburg – in weiteren Bundesländern wird dies diskutiert –, können (neu ernannte bzw. bereits gesetzlich versicherte) Beamtinnen und Beamte anstelle der Beihilfe auch eine Pauschale in Anspruch nehmen, die grundsätzlich die Hälfte der Beiträge zu einer freiwilligen gesetzlichen oder einer privaten *Krankheitsvollversicherung* umfasst (Schmidt 2019, S. 37, 76, 85).

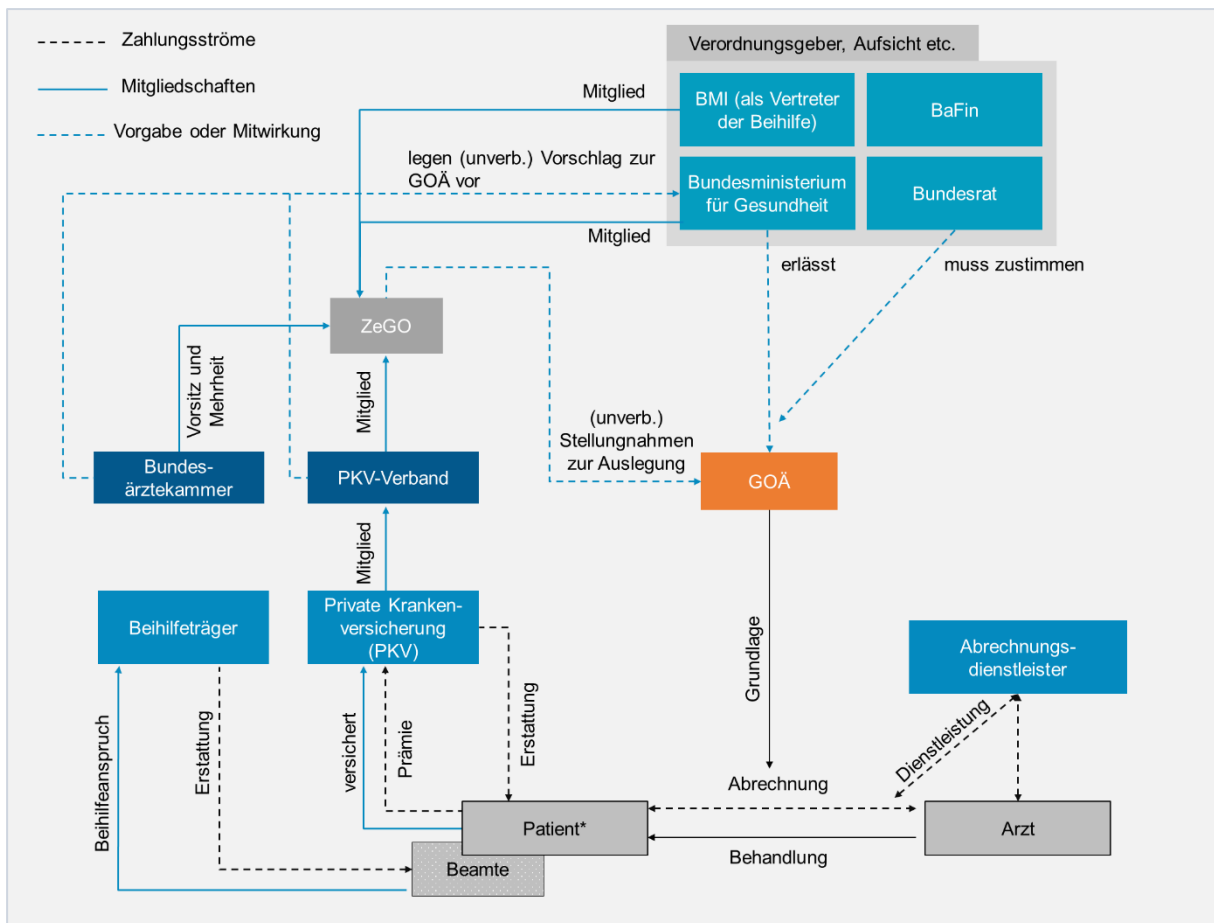


- 139.** Weil zwischen den ärztlichen Leistungserbringern und den PKV-Unternehmen bzw. Beihilfetägern bislang kaum rechtliche Beziehungen bestehen (s. Rz. 134), können letztere i.d.R. nur mittelbar, d.h. über Patientinnen und Patienten, Einfluss auf das ärztliche Leistungs- und Abrechnungsverhalten nehmen, z.B. durch vertragliche Leistungsausschlüsse, Selbstbehalte oder die (nachträgliche) Ablehnung einer konkreten Erstattungsforderung. Gleichwohl bleibt der privat krankenversicherte Patient dem Arzt gegenüber auch dann zur Zahlung verpflichtet, wenn ihm die in Rechnung gestellten Kosten nicht oder nur teilweise vom Kostenträger (PKV-Unternehmen, Beihilfe) erstattet werden, er durch den Arzt pflichtgemäß über dieses Risiko informiert wurde und die Abrechnung auch im Übrigen der GOÄ entspricht.
- 140.** Auch wenn das Vergütungsrecht für Ärztinnen und Ärzte privatrechtlich fundiert ist, wird es öffentlich-rechtlich überlagert durch die GOÄ. Dabei handelt es sich um eine Rechtsverordnung der Bundesregierung. Die notwendige parlamentsgesetzliche Grundlage bildet § 11 Bundesärzterordnung (BÄO), der wie folgt lautet:
- „Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“
- 141.** Die GOÄ dient somit dem Zweck, „einen Ausgleich zwischen den widerstreitenden Interessen von Ärzten und Patienten herbeizuführen, weder ein zu hohes Entgelt entrichten zu müssen noch ein zu geringes Honorar fordern zu dürfen“ (BVerfG v. 12.12.1984, 1 BvR 1249/83, Rn. 40).
- 142.** Anders als in der GKV gibt es daher zwar mit der GOÄ eine echte staatliche Gebührenordnung. § 11 BÄO ist aber die einzige gesetzliche Vorgabe für die Rechtsverordnung, d.h. die parlamentsgesetzliche Vorsteuerung ist, verglichen mit den §§ 87 ff. SGB V, nur rudimentär. Es gibt keinerlei Vorgaben dazu, welche Leistungen besonders förderungswürdig sind. Auch ist nirgends bestimmt, in welchen Abständen bzw. aus welchen Anlässen die GOÄ angepasst werden muss; die GOÄ ist seit 1996 nicht mehr wesentlich verändert worden und enthält in ihrem § 8 Abs. 1 nach wie vor Beträge in Deutscher Mark. Schließlich ist für privatärztliche Leistungen weder eine eigenständige Qualitätssicherung noch eine *Bedarfsplanung* vorgesehen.
- 143.** Folglich unterscheidet sich das Vergütungsrecht für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte namentlich vom Krankenhausvergütungsrecht, wo der PKV-Verband gemeinsam mit dem GKV-SV in die föderal gestuften Vereinbarungsverfahren für allgemeine Krankenhausleistungen einbezogen ist (§§ 9 ff. KHEntgG; s.a. Wollenschläger 2018b, S. 448 sowie näher zum Vergütungssystem für stationäre Leistungen im Krankenhaus s. Rz. 129). Darüber hinaus ist der PKV-Verband schon heute in zahlreichen Bereichen, z.B. bei der Preisbildung im Rahmen der frühen Nutzenbewertung für Arzneimittel (§ 130b Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 4 SGB V), obligatorisch oder fakultativ an Entscheidungsprozessen in der GKV beteiligt (im Einzelnen hierzu Tabelle B 2 im Anhang B).
- 144.** Politisch hat der PKV-Verband in der Vergangenheit immer wieder ein eigenständiges Verhandlungsmandat eingefordert (Pharmazeutische Zeitung 2010). Zudem verhandeln der PKV-Verband und die (privatrechtlich organisierte) Bundesärztekammer (also anders als bei § 75 Abs. 3b SGB V nicht die KBV) seit vielen Jahren über die Reform der GOÄ (Deutsches Ärzteblatt 2018), obwohl § 11 BÄO kein Verhandlungsregime vorsieht, sondern eine staatliche Rechtsverordnung mit Beteiligung des Bundesrates. Die staatlichen Beihilfetäger, die einen nicht unerheblichen Teil der Kosten der privatärztlichen Vergütungen zu tragen haben (s. Rz. 246), sind an diesen Verhandlungen offenbar allenfalls am Rande beteiligt. Es handelt sich mithin um ein informelles Verhandlungsregime der Verbände von Kostenträgern und Ärzten, das zwar keine

rechtlich verbindlichen Vergütungsvereinbarungen hervorbringen darf, aber das neue Vergütungsregime politisch weitgehend präformiert.

145. Die informellen Strukturen finden sich auch im Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen wieder. Der Ausschuss, der 1997 auf Beschluss der Bundesärztekammer (BÄK) gegründet wurde, soll „sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der Amtlichen Gebührenordnung“ (Art. II. Nr. 1 lit. A Verfahrensgrundsätze des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der BÄK) abgeben. Ziel ist, Auseinandersetzungen der an der privatärztlichen Abrechnung Beteiligten zu verhindern. Die Mehrheit der Mitglieder ist von der BÄK entsandt, jedoch sind auch Vertreterinnen und Vertreter des PKV-Verbandes sowie des Bundesministeriums des Innern (als Vertretende der Beihilfe) und des Bundesministeriums für Gesundheit beteiligt. Weitere Institutionen können beratend teilnehmen. Mangels gesetzlicher Ermächtigung kann dieses Gremium keine rechtlich verbindlichen Vereinbarungen treffen. Es gibt lediglich Empfehlungen ab, welche insbesondere für die Abrechnung „analoger“ Leistungen von Bedeutung sind.

Abbildung 7: Institutionelles Arrangement in der privatärztlichen Vergütung



\* Patienten können sowohl PKV-Versicherte als auch GKV-Versicherte (im Rahmen der Kostenerstattung oder bei individuellen Gesundheitsleistungen) sein. BaFin = Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, BMI = Bundesministerium des Innern, ZeGO = Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen.

Quelle: In Anlehnung an Wasem (2018)



### 2.3.2. Rahmenbedingungen

- 146.** Abweichend vom System der GKV gibt es im Rahmen der privatärztlichen Versorgung keine dem G-BA vergleichbare Institution und auch im Übrigen kein generalisiertes, zentralisiertes und formalisiertes Prüfverfahren, in dem über die Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der GOÄ oder der PKV entschieden wird. Stattdessen maßgeblich sind das Kriterium der medizinischen Notwendigkeit, welches sich im ärztlichen Gebührenrecht (§ 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ) ebenso findet wie in der PKV (§ 192 Abs. 1 VVG und § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK; vgl. auch Ertl 2018, S. 324 f., 349 ff.; Hübner 2019, Ziff. 7.1), und die Einhaltung der „Regeln der ärztlichen Kunst“.
- 147.** In der PKV wird die medizinische Notwendigkeit i.S.v. § 192 Abs. 1 VVG, § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK bejaht, wenn „es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen“ bzw. „wenn eine Behandlungsmethode zur Verfügung steht und angewandt worden ist, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken“ (BGH v. 10.07.1996, IV ZR 133/95, Rn. 16). Hierbei sind – anders als in der GKV – nicht allein die Erkenntnisse der *evidenzbasierten Medizin* zugrunde zu legen; auch alternative Medizin oder Außenseitermethoden können Berücksichtigung finden. Gibt es bei „schweren, lebensbedrohenden oder lebenszerstörenden Krankheiten“ keine von der Schulmedizin überwiegend anerkannte oder in der Praxis bewährte Behandlungsmethode, reicht es aus, wenn die Behandlung mit nicht nur ganz geringer Erfolgsaussicht die Erreichung des Behandlungsziels als möglich erscheinen lässt (BGH v. 30.10.2013, IV ZR 307/12, Rn. 17). Damit gelten zumindest bei lebensbedrohlichen Erkrankungen für einen Anspruch des Versicherten/Patienten auf Versorgung mit neuen, noch nicht etablierten Behandlungsmethoden in GKV und PKV im Wesentlichen identische Maßstäbe. Wird allerdings vor Gericht um die medizinische Notwendigkeit der neuen Behandlungsmethode gestritten, muss der privat Versicherte beweisen, dass die Voraussetzungen hierfür vorliegen, während im GKV-Bereich die dafür zuständigen Sozialgerichte von Amts wegen entsprechende Ermittlungen anstellen müssen.
- 148.** Anders als in der GKV (§ 12 Abs. 1 SGB V) ist das Wirtschaftlichkeitsgebot – auch wenn Ärztinnen und Ärzte es „beachten“ müssen – kein eigenständiges, das Leistungs- und Vergütungsrecht steuerndes Rechtsprinzip (Wollenschläger 2018a, S. 388 f.). Gebührenrechtlich dürfen Ärztinnen und Ärzte nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ sogar Leistungen berechnen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen, wenn die Erbringung auf Verlangen des Zahlungspflichtigen (Patienten) geschieht. Dass Ärztinnen und Ärzte aber schon nach dem Behandlungsvertrag „den Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Leistungserbringung zu beachten“ haben, schlägt auf das Gebührenrecht durch (BGH v. 14.01.2010, III ZR 173/09, Rn. 10). Daran knüpfen die insbesondere Laborleistungen betreffenden Änderungen der GOÄ im Jahre 1996 an, durch die Mengen-erweiterungen bei medizinisch-technischen Leistungen entgegengewirkt und damit – entsprechend der vertragsärztlichen Versorgung – Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden sollten (BR-Drucksache 211/94, S. 89).
- 149.** Den Vorschlag einer Expertenkommission, das Wirtschaftlichkeitsgebot auch in der PKV zu verankern, hat der Gesetzgeber bei der Reform des VVG 2007 nicht aufgegriffen, weil eine solche Regelung auch in den AVB vorgenommen werden könne (Kalis 2017, Rn. 83). Versicherungsrechtlich ist im Hinblick auf wirtschaftliche Aspekte das Versicherungsunternehmen nach § 192 Abs. 2 VVG somit lediglich berechtigt, die Erstattung von unverhältnismäßigen Kosten bzw. von Vergütungen abzulehnen, die in einem auffälligen Missverhältnis zur Leistung stehen (BGH v. 12.03.2003, IV ZR 278/01, Rn. 11 ff., 35). Erreicht dieses Missverhältnis die Grenze des Wuchers – diese liegt beim Doppelten des Marktpreises –, sind entsprechende Behandlungen

verträge wegen Sittenwidrigkeit (§ 138 Abs. 2 BGB) nichtig und können daher keine Vergütungsansprüche generieren (Schäfer 2018, Rn. 20). § 192 Abs. 2 VVG wird daher nur unterhalb der Wuchergrenze relevant. Auf der anderen Seite ist dem Rechtsbegriff der „medizinischen Notwendigkeit“ in § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK zwar nicht zu entnehmen, dass das Versicherungsunternehmen den Versicherungsnehmer „auf einen billigeren oder den billigsten Anbieter einer Heilbehandlung verweisen [darf], die er für medizinisch gleichwertig hält“ (BGH v. 29.03.2017, IV ZR 533/15, Rn. 26). Bei schulmedizinisch überwiegend nicht anerkannten Methoden darf das Versicherungsunternehmen aber die Kostenerstattung auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung schulmedizinischer Methoden angefallen wäre (§ 4 Abs. 6 Satz 2 MB/KK).

- 150.** Das Beihilferecht für Beamtinnen und Beamte steht in gewisser Weise zwischen den Systemen der privatärztlichen und der vertragsärztlichen Versorgung. Es begrenzt die Kostenerstattung durch den Dienstherrn zum einen auf Aufwendungen für medizinisch notwendige, d.h. diagnostisch oder therapeutisch Nutzen stiftende Leistungen nach wissenschaftlich anerkannten Methoden. Zum anderen müssen die in Anspruch genommenen Leistungen wirtschaftlich angemessen sein (vgl. § 80 Abs. 2 Nr. 1 Bundesbeamtengesetz, § 6 Abs. 1 Satz 1 Bundesbeihilfeverordnung – BBhV). Dies ist bei der Einhaltung vorhandener Gebührenrahmen wie der GOÄ der Fall (Schmidt 2019, S. 81 f.). Im Gegensatz zum Recht der PKV verweist das Beihilferecht des Bundes und zahlreicher Bundesländer für Leistungsumfang und -beschränkungen in vielfacher Weise auf Regelungen des SGB V.

### 2.3.3. Maßgebliche Charakteristika der GOÄ

- 151.** Formell ist für das Vergütungsrecht allein die Bundesregierung zuständig, welche für Erlass und Änderung der GOÄ die Zustimmung des Bundesrates benötigt. Im Unterschied zum EBM ist die GOÄ somit weder in ein komplexes Gebilde kollektivvertraglicher Vergütungsverhandlungen eingebunden noch Gegenstand weiterer Regelungsebenen wie z.B. einer *Bedarfsplanung* oder einer regionalen Anpassung der Vergütung. Die GOÄ allein ist bundesweit maßgeblich für die Abrechnung privatärztlicher Leistungen, die grundsätzlich von allen approbierten Ärztinnen und Ärzten erbringbar sind.
- 152.** Das der GOÄ als Anlage beigefügte Gebührenverzeichnis ist – wohl auch als Folge des seit 1986 bestehenden Reformstaus in diesem Bereich – weit weniger ausdifferenziert als der EBM: Während etwa in Abschnitt F der GOÄ-Anlage die Fachgebiete „Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie“ zusammengefasst sind, finden sich im EBM für das Quartal I/2019 nicht nur jeweils eigene Abschnitte (unter Ziff. 4, 10 und 13) für jedes dieser Fachgebiete, sondern die GOP der Inneren Medizin sind noch in acht schwerpunktorientierte Unterabschnitte, z.B. für Kardiologie oder Rheumatologie, aufgefächert.
- 153.** Das Gebührenverzeichnis der GOÄ ist im Gegensatz zum EBM auch kein abschließendes Leistungsverzeichnis. Darin nicht enthaltene Leistungen können vielmehr nach § 6 Abs. 2 GOÄ auch als sog. Analogleistungen abgerechnet werden. Diese Offenheit ist notwendig, weil für das privatärztliche anders als für das vertragsärztliche Leistungs- und Vergütungsrecht keine Pflichten zur regelmäßigen Anpassung insbesondere an den medizinischen Fortschritt vorgesehen sind (Miebach 2006, Rn. 2). Abgesehen von der letzten Teilnovellierung der GOÄ im Jahr 1996 entspricht die GOÄ dem medizinisch-technischen Stand der 1980er Jahre. Dies führt einerseits zur Anwendung der Analogziffern (nach Schätzungen des wissenschaftlichen Instituts der PKV etwa 6 % aller Leistungen; WIP 2019a), für deren Auslegung lediglich informelle Strukturen in Form des Zentralen Konsultationsausschusses existieren, und andererseits zu verzerrten Leistungsbewertungen.

154. Das privatärztliche Vergütungsrecht kennt bisher (dazu näher unter Abschnitt 2.3.4) kaum *Leistungspauschalen* oder *-komplexe*, die meisten Leistungen sind als *Einzelleistungen* definiert. Das heißt, zur Abbildung einer Behandlung ist i.d.R. die Abrechnung verschiedener Einzelleistungen vorgesehen. So könnten für die augenärztliche Erstuntersuchung aufgrund von Sehstörungen, für welche im EBM die Grundpauschale (GOP 06211) ggf. mit weiteren (automatisch zugesetzten) Zuschlägen (GOP 06220, 06222, 06225) abgerechnet würde, gemäß GOÄ ungefähr sechs Gebührenordnungsnummern (1, 6, 1201, 1202, 1216, 1241) ausgewählt und abgerechnet werden. Würden alle in der ärztlichen Grundpauschale des EBM enthaltenen Leistungen erbracht, könnten diese nach GOÄ über bis zu 19 unterschiedliche Gebührenordnungsnummern abgerechnet werden (WIG2/Living Business AG 2019, S. 19).
155. Wie der EBM sieht auch die GOÄ Abrechnungsausschlüsse vor, welche die gleichzeitige Abrechnung bestimmter Positionen verbieten oder die Abrechnung auf z.B. nur einmal im Kalenderjahr oder im Behandlungsfall – der in der GOÄ als die Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Monats definiert ist – beschränken.
156. In der GOÄ sind die Leistungen wie im EBM abhängig vom Aufwand mit relativen Punktzahlen bewertet, die mit einem *Punktwert* multipliziert werden (§ 5 Abs. 1 Satz 2 und 3 GOÄ). Im Unterschied zum EBM erfolgt aber keine Anpassung des *Punktwertes* an eine Kostenentwicklung; der *Punktwert* liegt seit 1996 unverändert bei 5,82873 Cent (11,4 Pfennig).

### 2.3.3.1. (Rudimentäre) Qualitätssicherung

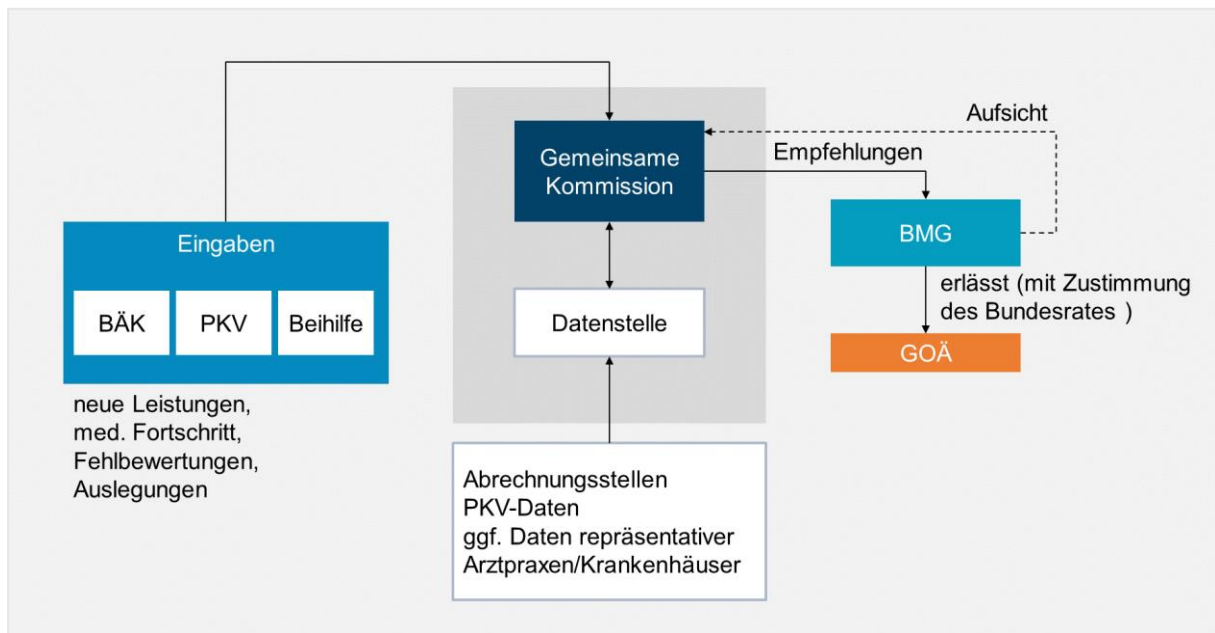
157. Ein fundamentaler Unterschied zwischen der GKV und der privatärztlichen Versorgung (einschließlich der PKV und der Beihilfe) besteht darin, dass letztere nur eine rudimentäre Qualitätssicherung kennt. Neben den berufsrechtlichen Anforderungen an bestimmte Tätigkeiten (z.B. eine Genehmigung nach der Strahlenschutzverordnung für radiologische Tätigkeiten) sehen weder die GOÄ noch das Versicherungs- oder Beihilferecht zusätzliche Genehmigungen für die Erbringung/Abrechnung spezieller ärztlicher Leistungen vor. Während also in der GKV bestimmte Leistungen nur nach vorheriger Erteilung einer allgemeinen Genehmigung durch die KV (s.a. Abschnitt 2.2.4.4) abgerechnet werden dürfen, dürfen dies im privatärztlichen Bereich aller Ärztinnen und Ärzte, deren Fachgebiet sich auf diese Leistungen erstreckt. Dadurch findet im privatärztlichen Bereich z.B. keinerlei Prüfung statt, ob Ärztinnen und Ärzte die erforderlichen Voraussetzungen erfüllen. Auch Qualitätsprüfungen durch entsprechende Kommissionen sind in der privatärztlichen Versorgung nur in geringem Umfang (z.B. durch Ärztekammern im Bereich der Labor- und Transfusionsmedizin) vorgesehen. Das einzige darüber hinaus für eine obligatorische Qualitätssicherung im privatärztlichen Bereich zur Verfügung stehende Instrument ist die berufsrechtlich vorgesehene Fortbildungsverpflichtung. Für Verstöße sind berufsrechtlich nur Disziplinarstrafen, im vertragsärztlichen Bereich (§ 95d SGB V) hingegen Honorarkürzungen und sogar eine Entziehung der Zulassung vorgesehen. Allerdings dürfte – auch wenn die GKV-Regelungen für den privatärztlichen Bereich ohne rechtliche Bedeutung sind – grundsätzlich einiges dafür sprechen, dass alle Ärztinnen und Ärzte, die nicht nur privatärztlich tätig sind, sondern aufgrund ihrer Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung die dort geltenden Qualitätssicherungs-Vorgaben für bestimmte Leistungen erfüllen müssen, den Anforderungen auch bei der privatärztlichen Erbringung dieser Leistungen gerecht werden.

### 2.3.3.2. Steigerungsfaktoren

- 158.** Infolge des seit über zwanzig Jahren unveränderten Punktwertes und ohne Änderungen an den Leistungen selbst wäre grundsätzlich davon auszugehen, dass die Leistungsbewertungen der GOÄ für Ärztinnen und Ärzte zunehmend unattraktiv geworden sind. Maßgebend für die konkrete Höhe der Gebühr ist nach § 5 GOÄ jedoch die Gebührenspanne, die sich gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 GOÄ grundsätzlich nach dem 1,0- bis 3,5-fachen des Gebührensatzes bemisst. In der Regel darf eine Gebühr gemäß § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ nur zwischen dem Einfachen und 2,3-fachen des Gebührensatzes – dem Regelhöchstsatz – bemessen werden; ein Überschreiten des Regelhöchstsatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien (Schwierigkeit, Zeitaufwand, Umstände bei der Ausführung) dies rechtfertigen. Für medizinisch-technische Leistungen und Laboruntersuchungen wurden abweichende Gebührenspannen festgelegt. Der Regelhöchstsatz liegt hier beim 1,8- bzw. beim 1,15-fachen Satz der GOÄ, der Höchstsatz beim 2,5- bzw. 1,3-fachen Satz. Zusätzlich besteht bei den meisten Leistungen die Möglichkeit, auch den Höchstsatz zu überschreiten. Dies ist vor der Behandlung schriftlich zu begründen und in einer Honorarvereinbarung festzuhalten (§ 2 GOÄ).
- 159.** Maßgeblich für die Anwendung der Steigerungsfaktoren sind neben der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand der einzelnen Leistung und den Umständen bei der Ausführung (§ 5 Abs. 2 GOÄ) auch die Tarife der PKV bzw. die Kostenträger der Abrechnung (s.a. Abschnitte 2.1.3 und 2.3.1). Die Leistungserbringer müssen hierfür vor der Behandlung darauf hingewiesen werden, dass nur zu reduzierten Sätzen abgerechnet werden soll. Inwieweit dies zu einer schlechteren Versorgungssituation führt, ist umstritten (BT-Drucksache 17/4592).

### 2.3.4. Die GOÄ-Novellierung

- 160.** Seit vielen Jahren verhandeln der PKV-Verband und die BÄK über die Reform der GOÄ. Bereits im Jahr 2005 galt die GOÄ der Ärzteschaft als „dramatisch veraltet“, als „widersprüchliches, mit strukturellen und inhaltlichen Mängeln behaftetes Vergütungswerk“ (BÄK 2005, S. 33). Daher ging man im Jahr 2007 davon aus, im Jahr 2008 eine neue GOÄ vorzulegen (Hess 2007). Zunächst scheiterten jedoch verschiedene Anläufe, sich auf Eckpunkte mit dem PKV-Verband zu einigen (ÄrzteZeitung 2012). Ende des Jahres 2013 schlossen der PKV-Verband und die BÄK schließlich eine Rahmenvereinbarung (BÄK/PKV-Verband 2013), welche Grundsätze und Vorgaben für die Entwicklung des gemeinsamen Novellierungsvorschlages festlegt.
- 161.** Zunächst sollen die institutionellen Strukturen zu einer Selbstverwaltung weiterentwickelt werden. Eine Gemeinsame Kommission (GeKo) aus vier Vertreterinnen oder Vertretern der BÄK und je zwei Vertreterinnen oder Vertretern des PKV-Verbandes und der Beihilfe, welche mit ihren Strukturen an den Bewertungsausschuss erinnert (s. Abbildung 8), soll kontinuierlich Vorschläge für die Überarbeitung und Pflege der GOÄ erarbeiten. Wie im bestehenden Zentralen Konsultationsausschuss Ärzte sollen keine rechtlich verbindlichen Vereinbarungen hervorgebracht, sondern Empfehlungen an das BMG formuliert werden. Dennoch ist auch eine gesetzliche Legitimation der GeKo durch eine Änderung der BÄO beabsichtigt (BÄK 2017, § 11a), die informellen Strukturen könnten also stärker formalisiert werden. Neben der Aufnahme neuer Leistungen soll die Kommission Fehlbewertungen bestehender Leistungen analysieren und korrigieren – also Veränderungen der Vergütung vorschlagen (BÄK/PKV-Verband 2013).

**Abbildung 8: Geplante Gremienstrukturen gemäß der GOÄ-Novellierung**

Quelle: In Anlehnung an Windhorst (2015)

- 162.** Die neue GOÄ soll weiterhin auf Einzelleistungen basieren, die Definition arzt- oder ablaufbezogener *Leistungskomplexe* aber grundsätzlich ermöglicht werden (vgl. Rz. 355). Die Anzahl der abgebildeten Leistungen in der GOÄ wird sich ungefähr verdoppeln, wovon etwa 25 % auf Zuschläge entfallen, denn besondere Umstände der Leistungserbringung wie methodische oder patientenbedingte Besonderheiten sollen nicht durch Steigerungssätze, sondern durch eine ausdifferenzierte Zuschlagssystematik abgebildet werden. Das System der Steigerungsfaktoren soll daher überarbeitet werden, sodass Einfachsätze der Regelfall in der Abrechnung werden. Nur bei besonderer Schwere sollen Steigerungen möglich sein und regelhafte Steigerungen dementsprechend entfallen; Vorgaben hierzu soll die GeKo ausgestalten und pflegen.
- 163.** Die Förderung bestimmter Leistungen oder Tatbestände ist grundsätzlich beabsichtigt. Sowohl Analogbewertungen als auch wahlärztliche Leistungen sollen Bestandteil der GOÄ bleiben. Zur Förderung der Qualität sollen Qualifikations-, Ausstattungs- und Strukturvoraussetzungen bei der Erbringung hochkomplexer Leistungen und Fälle eingeführt werden. (BÄK/PKV-Verband 2013)
- 164.** Fundament der Bewertung soll erstmals eine umfassende betriebswirtschaftliche Kalkulation der Leistungen werden. Eine Kostenträgerzeitrechnung für ärztliche Leistungen, Personaleinsatz, technische Ausstattung und Gemeinkosten wird zur relativen Bewertung der Leistungen in Punkten genutzt. Da die neue GOÄ auch fakultativ zu erbringende Bestandteile in der Leistungsdefinition zulassen wird, können auch pauschalisierte Durchschnittsbewertungen notwendig sein. Erst auf Basis der betriebswirtschaftlich bestimmten Relationen der Leistungen soll in den Verhandlungen über die endgültige Bewertung gesprochen werden. Vorgesehen ist dabei ein Honorarzuwachs von ungefähr 5,2 bis 6,4 % (BÄK 2018). Inwieweit zukünftige Steigerungen der Honorare abseits von Fehlbewertungen einzelner Leistungen, z.B. über regelhafte Veränderungen des *Punktwertes* für alle Leistungen, Gegenstand der Verhandlungen sind, bleibt unklar.



### 2.3.5. Privatärztliche Abrechnung in der GKV

165. Privatärztliche Leistungen können auch ohne privatrechtlichen Versicherungsvertrag oder Beihilfeberechtigung in Anspruch genommen werden. Dies kann auch GKV-Versicherte betreffen, etwa im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V oder bei der Inanspruchnahme von *individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)*. Bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V erfolgt die Erstattung durch die Krankenkasse maximal bis zur Vergütungshöhe bei Erbringung als Sachleistung. Da der Abgleich der Abrechnung nach GOÄ mit dem Leistungskatalog und den Vergütungsregelungen der GKV mit erheblichen Aufwand verbunden ist (s. Abschnitt 5.5), erfolgt zusätzlich ein Abzug der Verwaltungskosten in Höhe von bis zu 5 % des Erstattungsbetrages. Die Versicherten tragen ein finanzielles Risiko, da die Leistungspflicht der Kassen erst nach Abrechnung geprüft wird; überdies liegt die Erstattungshöhe für die ambulante ärztliche Versorgung – i.d.R. auf Basis des EBM berechnet – zumeist deutlich unterhalb der Vergütung nach GOÄ. Dies in Verbindung mit dem bürokratischen Aufwand (u.a. sind die Versicherten mindestens ein Quartal an ihre Entscheidung gebunden) stellt einen wesentlichen Grund für die Unattraktivität der Kostenerstattung § 13 Abs. 2 SGB V dar. Nach den letzten verfügbaren Zahlen aus dem Jahr 2018 entschieden sich weniger als 0,2 % der gesetzlich Versicherten dafür (BMG 2019c). Die Differenz zwischen GOÄ-Rechnung und GKV-Kostenerstattung kann dabei durch eine private Zusatzversicherung versichert werden.
166. Die gesetzlichen Krankenkassen können ihren Versicherten darüber hinaus Wahltarife anbieten, bei denen eine Kostenerstattung über EBM-Niveau hinaus möglich ist und im Gegenzug zusätzliche Prämienzahlungen durch die Versicherten geleistet werden (§ 53 Abs. 4 SGB V). Das Kostenrisiko für den Versicherten sinkt dementsprechend. Die Tarife wurden bei zuletzt steigender Tendenz im Jahr 2018 von etwa 1,5 Mio. gesetzlich Versicherten genutzt, fast ausschließlich von Versicherten der AOK (BMG 2019b). Inwieweit dies die ambulante ärztliche Versorgung betrifft, geht aus den Zahlen nicht hervor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass vornehmlich andere Bereiche betroffen sind. So wurden Wahltarife nach § 53 Abs. 4 SGB V bislang genutzt, um den Versicherten Kostenerstattung z.B. für Leistungen im Ausland oder für *Wahlleistungen* im Krankenhaus anzubieten. Die Erstattung für die ambulante ärztliche Versorgung orientiert sich dabei weiter am Sachleistungsprinzip. Infolge der jüngsten Rechtsprechung, dass Wahltarife nicht zur Ausdehnung des Leistungskataloges genutzt werden dürfen (BSG v. 30.07.2019, B 1 KR 34/18 R, Rn. 21 ff.), ist jedoch von einem starken Rückgang des Angebotes auszugehen. Allerdings können hierfür weiterhin von der PKV angebotene Zusatzversicherungen durch die gesetzlichen Krankenkassen vermittelt werden (§ 194 Abs. 1a SGB V).

## 2.4. Exkurs: Der Systemwettbewerb

- 167.** In der Diskussion um einen Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV wird i.d.R. argumentiert, dass durch das Nebeneinander eines öffentlichen und eines privatwirtschaftlichen Versicherungssystems ein Systemwettbewerb entstehe, der gesamtgesellschaftlich positive Auswirkungen habe. So würde bereits die Vergleichsmöglichkeit zum jeweils anderen System besondere Anreize für Akteure in beiden Systemen setzen, Verbesserungen anzustreben. Als Beispiel werden dabei oftmals medizinische Innovationen genannt, die in der PKV i.d.R. schneller, häufiger und besser finanziert bzw. vergütet würden als in der GKV. Dies führe nicht nur dazu, dass Innovationen schnell in den Markt kämen, sondern auch dazu, dass sich Akteure in der GKV intensiver mit der Frage auseinandersetzen müssen, ob und welche Innovationen in der GKV ebenfalls finanziert werden sollen. Und auch umgekehrt gebe es in der GKV Instrumente, bspw. zur Qualitätsverbesserung oder Kostendämpfung, die zur Frage führen, ob und in welchem Maße entsprechende Instrumente auch in der PKV eingeführt werden sollen.
- 168.** Zwar ist das Argument, die Erstattung neuer Leistungen durch die PKV veranlasse die GKV, diese in ihren Leistungskatalog aufzunehmen, nur schwer anhand konkreter Beispiele belegbar. So kennt das stark reglementierte Methodenbewertungsverfahren des G-BA den Faktor „Wettbewerbsdruck“ nicht.<sup>13</sup> Wahltarife, Selbstbehalte und Kostenerstattung sind jedoch Beispiele für Elemente aus der PKV, die in die GKV übernommen wurden. Und auch umgekehrt gibt es Beispiele dafür, dass ursprünglich für die GKV entwickelte Instrumente auch auf die PKV übertragen wurden, wie bspw. die DRG-Vergütungssystematik im Krankenhausbereich oder die Regelungen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) bei der Ermittlung des Erstattungspreises von Arzneimittelinnovationen.<sup>14</sup>
- 169.** Ein solches kompetitives Verständnis ist nicht gleichbedeutend mit einem Wettbewerb im ökonomischen Sinne, also dem Wechselspiel zwischen Angebot und Nachfrage in einem Markt. Für einen ökonomischen Wettbewerb mangelt es im dualen Krankenversicherungssystem bereits wesentlich an der Voraussetzung der Marktoffenheit, hier also einer grundsätzlichen Wahlmöglichkeit der Versicherten zwischen den Systemen. Tatsächlich besteht diese nur für den relativ kleinen Kreis der nicht gesetzlich Pflichtversicherten. Und auch die Rückkehrmöglichkeiten von der PKV in die GKV sind beschränkt; eine einmal getroffene Entscheidung für die PKV ist oftmals lebenslang unumkehrbar. Für Beamtinnen und Beamte ist das Beihilferecht i.d.R. passgenau zur PKV ausgestaltet,<sup>15</sup> sodass die Entscheidung für die GKV meist wirtschaftlich unattraktiv ist.
- 170.** Versteht man hingegen Systemwettbewerb so, dass sich aus dem Systemvergleich Weiterentwicklungsanreize innerhalb der jeweiligen Systeme ergeben, so sind hierfür weder gemeinsame Märkte noch gleiche Regeln erforderlich, sondern lediglich eine – zumindest problemspezifische – Vergleichbarkeit. So führen internationale Systemvergleiche (z.B. im Bildungswesen) regelmäßig zu gesellschaftlichen und politischen Diskussionen über Verbesserungspotenziale und schaffen Anreize bei verschiedenen Akteuren zur Veränderung. Es kommt also zu einem Systemwettbewerb, obwohl diesen Systemen i.d.R. keine gemeinsamen Märkte zu Grunde liegen und sie

<sup>13</sup> Dass der G-BA regelmäßig einschlägige Rechtsprechung, Veröffentlichungen des IQWiG und S3-Leitlinien der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften nach dort thematisierten neuen Methoden auswertet, dient vorausschauend dem Ziel, sozialgerichtliche Entscheidungen zu vermeiden, die im Zusammenhang mit Kostenerstattungsansprüchen nach § 13 Abs. 3 Satz 1, 2. Alt. SGB V ein dem G-BA zuzurechnendes Systemversagen feststellen (diese Angaben basieren auf mündlichen Auskünften des G-BA).

<sup>14</sup> Publikationen aus dem PKV-Bereich lässt sich entnehmen, dass zahlreiche weitere aus der GKV bekannte Instrumente auch dort angestrebt werden, z.B. Verträge zwischen Versicherung und Leistungserbringern (der ärztlichen oder Hilfsmittelversorgung), teilweise kombiniert mit Budgets, (sektorenübergreifende) Disease-Management-Programme, evidenzbasierte Medizin oder allgemein Anreize zur sparsamen Mittelverwendung (vgl. Ziegenhagen/Schilling 2000, S. 125 ff.; s.a. Rz. 134).

<sup>15</sup> Zu neuen Modellen in Hamburg, Brandenburg, Bremen und Thüringen s. Rz. 138.



z.T. sehr verschiedenen Regeln unterliegen. Während das Ziel der Kontrahenten im Wettbewerb um betriebswirtschaftliche Ergebnisse meist bspw. die Erhöhung des eigenen Marktanteils, des Gewinns oder des Umsatzes ist, können bei einem vergleichenden (z.B. sportlichen) Wettbewerb andere Motive wie das Streben nach Anerkennung bzw. Akzeptanz im Vordergrund stehen. Beide Formen des Wettbewerbs haben gemein, dass sie nur dann eine positive Wirkung auf das Gemeinwohl entfalten können, wenn die Akteure in der Lage sind, die richtigen Schlüsse aus den bestehenden Unterschieden zu ziehen. Dies setzt eine ausreichende Transparenz über die Unterschiede und deren Ursachen voraus.

171. Die stetig wiederkehrenden Diskussionen um die Vor- und Nachteile von GKV und PKV zeigen, dass es einen solchen vergleichenden Systemwettbewerb zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen in Deutschland gibt. Konkrete Belege für dessen gemeinwohlsteigernde Wirkung sind jedoch schwierig zu erbringen. Hierfür müssten nicht nur die komplexen Effekte der jeweiligen Regelungsregime erfassbar sein, um bei einem Vergleich berücksichtigt werden zu können. Darüber hinaus wären auch die Unterschiede sowohl in der demografischen und sozialen Struktur der Versicherten zu berücksichtigen. Umgekehrt ist die Sorge, dass das Nebeneinander von GKV und PKV negative Wirkungen hat, etwa durch Fehlanreize zur Überversorgung von PKV-Versicherten und Unterversorgung sowie zu lange Wartezeiten für GKV-Versicherte, der Hintergrund vieler gesundheitspolitischer Diskussionen. Auch hier gilt, dass sich konkrete Belege für negative Entwicklungen infolge von Fehlanreizen durch das Nebeneinander der Krankenversicherungssysteme kaum finden lassen (s.a. Abschnitt 6.3.3). Eine sorgfältige Analyse möglicher Anreize kann nur Anhaltspunkte bieten. In jedem Fall aber kann eine Angleichung der Regelungsregime sowie eine gute Transparenz der Unterschiede es erleichtern, positive wie negative Wirkungen des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV besser zu identifizieren.

## 2.5. Exkurs: Sektorenübergreifende Versorgung

### 2.5.1. Ausgangslage

172. Die Weiterentwicklung und Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung ist eine der zentralen Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen. Sektorenübergreifende, integrierte Versorgungsansätze versprechen, den Informationsaustausch sowie die Zusammenarbeit der Leistungserbringer in den verschiedenen Sektoren zu verbessern und so die Qualität der medizinischen Versorgung zu erhöhen und gleichzeitig Kosten zu senken (DGIV 2019, S. 2). Dies betrifft sowohl die ambulante und stationäre Behandlung als auch Prävention, Rehabilitation und Pflege. Die wissenschaftliche Bewertung von Initiativen zur integrierten Versorgung bringt bisher jedoch sehr heterogene Ergebnisse hervor – zu groß ist die Abhängigkeit von der konkreten Implementierung. Das grundsätzliche Potenzial einer integrierten Versorgung bleibt jedoch unbestritten (SVR 2018, Tz. 1310 ff.).
173. Auf Grundlage des Koalitionsvertrags wurde eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet, die bis 2020 „Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf *Bedarfsplanung*, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur“ vorlegen soll (Koalitionsvertrag 19. Legislaturperiode, S. 97). Obgleich der Arbeit dieser Arbeitsgruppe nicht vorgegriffen werden soll, kann die in diesem Bericht gestellte Frage der Schaffung eines modernen Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht vollständig losgelöst von der Frage der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung betrachtet werden. Daher wird – auch wenn es explizit nicht Auftrag der Kommission war, den stationären Sektor in ihre Überlegungen einzubeziehen – die sektorenübergreifende Versorgung im Folgenden kurz thematisiert.
174. Die Sektorengrenzen sind im deutschen Gesundheitswesen nach wie vor relativ starr, obwohl der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten bereits zahlreiche gesetzliche Grundlagen zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung – insbesondere an der ambulanten-stationären Schnittstelle – geschaffen hat (Europäische Kommission 2018, S. 26; SVR 2018, Tz. 571 ff.). Dazu gehören neue Versorgungsformen wie bspw. die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V oder die *besonderen Versorgungsformen* nach § 140a SGB V (s.a. Abschnitt 2.2.7). Der Gesetzgeber hat darüber hinaus Institutionen, welche sektorenübergreifende Versorgungsfragen vorantreiben sollen, wie das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V oder den Innovationsfonds nach § 92a SGB V, sowie weitere Vorgaben, etwa zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (§ 136 Abs. 2 SGB V), gesetzlich verankert. Zwar ist auf diesen Grundlagen eine Vielfalt verschiedener Versorgungsstrukturen entstanden. Deren Bedeutung ist jedoch, gemessen an den Gesamtausgaben der GKV, relativ gering (s.a. Abbildung 12 in Abschnitt 5.3).
175. Die Gründe für den ausbleibenden Erfolg der sektorenübergreifenden Versorgung sind vielfältig. Die sektorale Trennung beginnt bereits bei der getrennten Versorgungs- bzw. Kapazitätsplanung (SVR 2018, Tz. 848 ff.), zeigt sich in unterschiedlichen Rechtsregelungen, z.B. für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (s.a. Rz. 36), und wird durch sektoral getrennte Interessensvertretungen verstärkt. Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringern, unzureichende Möglichkeiten des Datenaustausches, unterschiedliche Systematiken der Leistungsdefinition etc. sind weitere Aspekte, welche zur Aufrechterhaltung der Sektorengrenzen beitragen. Ein Gesamtkonzept, welches die punktuell sektorenübergreifenden Versorgungsformen in einen umfassenden ordnungspolitischen Rahmen einbetten würde, unterbleibt nicht zuletzt wegen der geteilten Zuständigkeiten im föderalen System: Die Krankenhausplanung und -investitionen fallen

in die Kompetenz der Länder, deren Mitwirkung und Zustimmung für entsprechende Neukonzeptionen also erforderlich wären. Mitverantwortlich für die zurückhaltende sektorenübergreifende Entwicklung sind aber auch die unterschiedlichen Vergütungssystematiken der Sektoren. Diese unterscheiden sich in weiten Bereichen nicht nur in der Höhe der jeweiligen Vergütung, sondern auch in ihrem grundsätzlichen Aufbau und den ökonomischen Rahmenbedingungen (z.B. bezogen auf die Investitionskostenfinanzierung und die Art der Kalkulation; s.a. Abschnitte 2.2.5 und 2.2.7.4 sowie SVR 2012, u.a. Tz. 362 ff.) und bedingen damit Anreizstrukturen, die einer Annäherung entgegenwirken. So treffen an der ambulant-stationären Schnittstelle grundsätzlich – neben den zahlreichen Vergütungsregelungen für *besondere Versorgungsformen* (s.a. Abschnitte 2.1.3 und 2.2.7) – mit dem EBM, der GOÄ und dem DRG-System drei verschiedene Vergütungssystematiken aufeinander. Da neue Versorgungsformen wie die ASV i.d.R. nur für gesetzlich Versicherte gelten, kommen die damit einhergehenden separaten Vergütungsregelungen für privat versicherte Personen nicht zur Anwendung. Teilweise ist diese Versichertengruppe überdies wie im Falle des ambulanten Operierens explizit von den hierfür geschaffenen Vergütungsregelungen ausgenommen (§ 1 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG).

176. Wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2018 feststellte, liegt es im Interesse der Versichertengemeinschaft, dass eine Leistung dort erbracht wird, wo sie bei gleicher Qualität am günstigsten ist (SVR 2018, Tz. 859). Dies gilt grundsätzlich ebenso für privat versicherte Patientinnen und Patienten, da ineffiziente Leistungserbringung sich in Ausgabensteigerungen und damit Prämiensteigerungen auswirkt, die insbesondere für ältere Versicherte zu beachtlichen Belastungen führen können. Ehemals rein *stationäre Leistungen* können durch den medizinischen Fortschritt zunehmend im ambulanten Setting durchgeführt werden (s. bereits SVR 2012, Tz. 290 ff.). Dementsprechend werden immer wieder Forderungen nach einem sektorenenabhängigen Vergütungssystem erhoben (Albrecht/Al-Abadi 2018; BLAG 2019; Bock et al. 2017; GMK 2017; SVR 2018, Tz. 859 ff.; Walendzik/Wasem 2019).

### 2.5.2. Wege zu einem funktionsfähigen Wettbewerb um die beste Versorgungsform

177. Als Voraussetzung für mehr sektorenübergreifende Versorgung ist ein funktionsfähiger Qualitäts- und Preiswettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor notwendig, hierfür sind gleiche Rahmenbedingungen zu gewährleisten. Das betrifft zuvorderst die folgenden Bereiche (für weitere Aspekte s. SVR 2018, Tz. 573. ff.):
- Leistungsdefinitionen, welche die Versorgungsrealität sektorenübergreifend transparent abbilden und eine gemeinsame Grundlage für den Wettbewerb bilden,
  - eine Qualitätssicherung, die gemeinsame (Mindest-)Standards an die Leistungserbringung festlegt,
  - eine einheitliche Art der Kodierung und Leistungsdokumentation sowie
  - eine aufwandsorientierte Vergütung auf empirischer Basis, welche finanzielle Anreize zur ambulanten Leistungserbringung setzt, dabei jedoch auch den unterschiedlichen strukturellen Anforderungen z.B. im Hinblick auf Versorgungs- und Vorhaltekosten Rechnung trägt.
178. Da die sektorenübergreifende Versorgung keinen Selbstzweck darstellt, sollte außerdem die gewünschte Struktur der zukünftigen Versorgungslandschaft in einem ordnungspolitischen Konzept erarbeitet werden, um daraus Zielsetzungen für die Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen abzuleiten. Die wechselseitige Ausweitung der Versorgungsaufträge der Krankenhäuser und Vertragsärzte auf den jeweils „anderen Sektor“ – welche sich nicht einseitig auf die rein ambulante Öffnung beschränken sollte, sondern z.B. auch die Förderung von Praxiskliniken (§ 115

Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, § 122 SGB V) in den Blick nehmen könnte – ist ein erster Ansatz, jedoch keine abschließende Lösung für die Überwindung sektoraler Grenzen. Die Notwendigkeit der Weiterentwicklung integrierter gemeinsamer Versorgungsstrukturen bleibt bestehen, denn andernfalls wird keine interdisziplinär, fach- und möglichst sektorenübergreifende Kooperation ermöglicht, sondern lediglich ein „Nebeneinander“ beim Erbringen gleicher Leistungen (DGIV 2019, S. 4 f.).

- 179.** Die bisherige Erfahrung zeigt jedoch, dass weitreichende Ansätze mit vielen Herausforderungen verbunden sind und i.d.R. nur unzusammenhängende Einzelmaßnahmen umgesetzt werden. Der Weg hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung und Vergütung sollte angesichts dieser Gegebenheiten inkrementell mit aufeinander aufbauenden Schritten erfolgen und im Sinne eines lernenden Systems auf der Grundlage von qualitativ hochwertigen Evaluationen regelmäßige Anpassungen und Weiterentwicklungen ermöglichen.
- 180.** Der SVR hat 2018 daher ein Vergütungsmodell für einen begrenzten, hauptsächlich operativen Bereich skizziert (SVR 2018, Tz. 861 ff.), welches als erste Grundlage für ein sektorenübergreifendes System relativ kurzfristig umgesetzt werden könnte. Hierzu soll ein Katalog von Leistungen erarbeitet werden, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können und welche zu einheitlichen Mischpreisen aus ambulanter (EBM) und stationärer Vergütung (DRG) abgerechnet werden würden. In diesen Katalog sollten auch die Erkenntnisse aus dem Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V einfließen. Aufbauend auf diesem Vorgehen könnte ein (im Vergleich zu den schon bestehenden Regelungen in §§ 115b und 116b SGB V) weitergehender Hybridbereich definiert werden, welcher separat geplant und einheitlich vergütet würde und sukzessive die Ausschreibung von begrenzten Versorgungsaufträgen ermöglichen würde (SVR 2018, Tz. 892 ff.).
- 181.** Der Vorschlag des SVR orientiert sich an den sogenannten Hybrid-DRGs. Grundlagen für die Hybrid-DRGs sind die Fallpauschalen im Krankenhaus und der EBM bzw. die Euro-Gebührenordnung für ambulant tätige Vertragsärztinnen und -ärzte. Hieraus wird ein leistungsspezifischer pauschaler Mischpreis für operative Eingriffe kalkuliert, der neben dem eigentlichen Eingriff auch Begleitleistungen wie die Nachsorge inkludiert (Dittrich 2017). Unabhängig davon, ob die definierte operative Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, wird sie einheitlich vergütet. Wie hierbei Anreize zur Fallselektion vermieden bzw. mit Hochrisikofällen umgegangen werden soll, ist offen. Weiterhin ist noch ungeklärt, wie bei Hybrid-DRGs mit den unterschiedlichen Systematiken der Investitionskostenfinanzierung zwischen ambulantem und stationärem Sektor verfahren werden soll. Höhere Vorhaltekosten bei stationären Einrichtungen sollten – sofern die Vorhaltung im Sinne der Sicherstellung der stationären Versorgung gewünscht ist – zusätzlich und separat finanziert werden. Zugleich müssen für einen effizienten Wettbewerb Kosten, die bereits von anderen Kostenträgern übernommen werden, herausgerechnet werden. Ein den Hybrid-DRG grundsätzlich ähnlicher Ansatz findet sich bis heute in § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V, der „diagnosebezogene Gebührenpositionen“ für die ASV vorsieht. Eine entsprechende Vereinbarung ist aktuell jedoch nicht absehbar, sodass weiter auf Basis des EBM und der regionalen Euro-Gebührenordnung abgerechnet wird. Die Ursachen für diese Entwicklung sollten wissenschaftlich evaluiert werden, um für neuere Ansätze gegensteuern zu können.
- 182.** Weitere Ansatzpunkte für sektorenunabhängige Vergütungsformen legen u.a. Albrecht/Al-Abadi 2018 dar. Neben den vorangehend vorgeschlagenen Mischpreisen sowie dem langfristigen Ziel einer eigenständigen Leistungsbewertung auf Basis der tatsächlichen Kosten sehen sie die Festlegung einer Vergütung auf Basis des Tarifgeberprinzips als vergleichsweise einfache, gleichwohl mit starken Auswirkungen verbundene Herangehensweise. Der für eine Leistung jeweils prägende Sektor würde ausschlaggebend für die Höhe der Vergütung sein. Infolge der bisher erheblichen Vergütungsunterschiede für ähnliche Leistungen (Albrecht/Al-Abadi 2018) wären die finanziellen Verschiebungen jedoch enorm. Bei einer Orientierung am stationären Vergütungsniveau entstünden starke Anreize zum Kapazitätsausbau und zur Mengenausweitung. Umgekehrt

würde die Orientierung an den ambulanten Preisen zwar hohe Einsparpotenziale versprechen, jedoch würde sich an den Anreizen zur Bevorzugung der stationären Leistungserbringung durch Krankenhäuser bei Fällen, die potenziell ambulant erbracht werden können, nichts verändern.

- 183.** Als weitergehende integrative Vergütungsformen werden u.a. *Bundled Payments*, also diagnosebezogene Pauschalen für die gesamte Behandlung bestimmter Krankheiten, diskutiert. Diese können sektoral bzw. disziplinär ausgerichtet sein, sodass jeder einzelne beteiligte Leistungserbringer eine vorab festgelegte Pauschale für seinen Anteil an der Behandlung der Erkrankung erhält. Bundled Payments können aber auch – wie z.T. in den Niederlanden praktiziert – als Pauschale für die gesamte Versorgung an sektoren- und disziplinenübergreifende Gruppen von Leistungserbringern ausgezahlt werden, welche diese aufwandsorientiert, nach Anteil am gesamten Behandlungsprozess innerhalb der Gruppe eigenständig verteilen. Derartige Ansätze sind jedoch mit großen Herausforderungen verbunden. Die Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen, dass die Aufgaben bei der Entwicklung solcher Vergütungsmodelle i.d.R. unterschätzt werden. Als Ursachen werden u.a. Informationsasymmetrien zwischen den beteiligten Akteuren, mangelndes Vertrauen zwischen den Leistungsanbietern und Versicherungsunternehmen sowie widersprüchliche finanzielle Anreize genannt (IGES Institut 2019a).
- 184.** In Frankreich wird durch die Arbeitsgruppe „Reform der Vergütung des Gesundheitswesens“ trotz dieser Herausforderungen die schrittweise Einführung von Bundled Payments für die Bereiche vorgesehen, welche eine Behandlung über die Sektorengrenzen hinweg benötigen. Ziel ist die Reduktion unnötig erbrachter Leistungen und vermeidbarer Wiedereinweisungen. Die bisherige Vergütung nach Leistungserbringung bzw. Aufenthalt soll durch ein kombiniertes globales Budget für die ambulante und stationäre Leistungserbringung einer Krankheitsperiode ersetzt werden. Zu- und Abschläge sollen auf Basis von Ergebnisindikatoren und von den Patientinnen und Patienten berichteten Parametern (*Patient Reported Outcome Measures*) wie z.B. der empfundenen Lebensqualität bestimmt werden. Die Einführung dieser neuen Vergütungsform wird zunächst in einem Pilotprojekt für Kolektomien bei Darmkrebs, Hüft- und Knie-TEPs erprobt werden. Ähnliche Vorschläge wurden für die Behandlung chronisch Kranker unterbreitet. Deren Behandlung soll zunächst über leistungserbringerspezifische Pauschalen vergütet werden, langfristig soll jedoch eine gemeinsame Vergütung für alle beteiligten Leistungserbringer erfolgen (Task Force «Réforme du Financement du système de santé» 2019).
- 185.** In den USA bestehen mit den Accountable Care Organizations (ACO) bereits seit einigen Jahren vergleichsweise dynamische populationsbezogene Versorgungsstrukturen. Diese freiwilligen Kooperationen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsdienstleistern sollen eine integrierte und qualitativ hochwertige Versorgung zu geringeren Kosten bieten, wobei ein Teil der Vergütung an Effektivitäts- und Effizienzziele geknüpft ist (Schulte et al. 2017, S. 536). Dabei wird insbesondere das Konzept der „shared savings“ angewendet, welches das Leistungserbringer-Netzwerk an Kosteneinsparungen beteiligt und damit eine möglichst effiziente Versorgung erreichen soll. Grundlage bildet i.d.R. weiterhin die *Einzelleistungsvergütung*, jedoch wird zunehmend auch von monatlichen *Kopfpauschalen* und einer stärkeren Qualitätsorientierung Gebrauch gemacht (IGES Institut 2019a, 2019b).
- 186.** Auch in Deutschland wird bereits seit Jahren intensiv an einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung gearbeitet. Die *besondere Versorgung* nach § 140a SGB V bietet den Vertragspartnern dabei große Freiräume hinsichtlich der Inhalte und der Vergütung. Diese werden jedoch nur vereinzelt auch gezielt genutzt; eine weitergehende Zusammenarbeit wie z.B. in ACO existiert mit wenigen Ausnahmen nicht. Ein Hindernis für die Ausgestaltung innovativer Verträge ist sicherlich der Nachweis der Wirtschaftlichkeit, der spätestens vier Jahre nach Wirksamwerden der Verträge zu erbringen ist (§ 140a Abs. 2 Satz 4 SGB V). Bei einer selektivvertraglichen, wettbewerblichen Vertragsform ist nicht ersichtlich, wofür ein solcher Nachweis notwendig ist. Unabhängig von der Streichung des Wirtschaftlichkeitsnachweises erscheint es geboten, zur



Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen die bestehende Zersplitterung der Aufsichtszuständigkeit zu überwinden. Geeignete neue Vergütungs- und Versorgungsstrukturen sollten in einem wettbewerblichen Umfeld erprobt und wissenschaftlich evaluiert werden, wobei die Patientinnen und Patienten an Einsparungen beteiligt werden sollten, z.B. über Tariffdifferenzierungen.

187. Um auf Basis integrierter Versorgungsverträge einen Qualitäts- und Preiswettbewerb (s. Rz. 177) zu gewährleisten, ist schließlich Transparenz über das Vertrags- und Versorgungsangebot zu schaffen. Diese ist primär für Versicherte herzustellen, welche bisher kaum Möglichkeiten haben, das Versorgungsangebot eines Vertrags zu beurteilen. Aber auch für die Versorgungsforschung (s. Rz. 444 f.) ist es sinnvoll, einen Gesamtüberblick über die bestehenden Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu ermöglichen. Die mit dem geplanten Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz beabsichtigten Transparenzstellen für Selektivverträge könnten für diese Zwecke erweitert werden.
188. Ein intensiv diskutiertes Beispiel für die Notwendigkeit einer besseren sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in Deutschland ist die Notfallversorgung. An dieser sind mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Notfallambulanzen und dem Rettungsdienst gleich drei Sektoren mit jeweils eigenen Vergütungsstrukturen beteiligt. Bereits seit Jahren wird die Notwendigkeit einer Neugestaltung konstatiert, da die Notfallversorgung vielerorts Elemente der Über-, Unter- und Fehlversorgung aufweist, insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung. Der SVR hat daher 2018 ein umfangreiches Konzept zur Neuordnung präsentiert, welches in Teilen in den Reformplänen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Neustrukturierung der Notfallversorgung aufgegriffen wurde (SVR 2018, Tz. 902 ff.).
189. Ein Kernaspekt des Vorschlages sind Integrierte Notfallzentren (INZ), welche den ärztlichen Bereitschaftsdienst und die Krankenhausnotaufnahmen organisatorisch zusammenführen. Eine solche organisatorische Umstrukturierung ist ohne Konzeption einer darauf angepassten Vergütungssystematik schwer denkbar. Daher soll in den INZ unabhängig vom Ort der Leistungserbringung und der Schwere des Behandlungsfalls eine einheitliche Honorierung mittels Fallpauschale gezahlt werden. Angepasst wird diese nur für Patientinnen und Patienten, die zur Beobachtung über Nacht in den INZ verbleiben. Die Finanzierung der vorgehaltenen Strukturen wird über eine gestufte Grundpauschale, deren Höhe sich an der Kapazität und der Ausstattung des jeweiligen INZ orientiert, erfolgen. Ohne gemeinsame Vergütungsstruktur würden die bestehenden finanziellen Anreize die zusammenzuführenden Bereiche weiter trennen und eine effiziente und effektive Zusammenarbeit verhindern. Dies unterstreicht die Bedeutung der Abstimmung von Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, welche auch in der zukünftigen sektorenübergreifenden Ausgestaltung berücksichtigt werden sollte.



## 3. Verfassungs- und unionsrechtliche Rahmenbedingungen

190. Bei der gesetzlichen Umsetzung von Reformvorschlägen sind der verfassungs- und unionsrechtliche Rahmen als höherrangiges Recht zu beachten. Dieser wird im Folgenden skizziert. In verfassungsrechtlicher Hinsicht ist zunächst zu beachten, dass im deutschen Bundesstaat die Gesetzgebungs- und Verwaltungskompetenzen zwischen Bund und Ländern aufgeteilt und damit auf jeder Ebene beschränkt sind. Überdies müssen sich Vergütungsregeln an den nationalen Grundrechten und den europäischen Grundfreiheiten sowie am Sekundärrecht messen lassen.

### 3.1. Verfassungsrechtlicher Rahmen für Vergütungsregelungen

191. Unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten sind für die hiesige Fragestellung die Gesetzgebungskompetenz sowie die mögliche Rechtfertigung von Grundrechtseingriffen von Bedeutung.

#### 3.1.1. Kompetenzfragen

##### 3.1.1.1. Gesetzgebungskompetenz

192. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für alle Fragen der Sozialversicherung – hierzu zählt auch das gesamte Vertragsarztrecht als Teil der gesetzlichen Krankenversicherung (BVerfG v. 17.06.1999, 1 BvR 2507/97, Rn. 21) – ergibt sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz (GG).
193. Im Bereich der privatärztlichen Tätigkeit beruht die Gesetzgebungskompetenz des Bundes demgegenüber auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, soweit es um die „Zulassung zu ärztlichen [...] Heilberufen“ (Approbation) geht. Für den privatrechtlichen Behandlungsvertrag gilt die Gesetzgebungskompetenz des Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG für das bürgerliche Recht, während auf den Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG („Recht der Wirtschaft“) nicht nur § 11 Bundesärzteordnung (BÄO) als Rechtsgrundlage für die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gestützt wird (BVerfG v. 12.12.1984, 1 BvR 1249/83, Rn. 24 ff.), sondern ebenso die Rechtsmaterie der privaten Krankenversicherung („privatrechtliches Versicherungswesen“). Für die Nutzung dieses Kompetenztitels ist der Bund aufgrund des Subsidiaritätsgrundsatzes des Art. 72 Abs. 2 GG nur ermächtigt, „wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht“. Dieses Erfordernis ist für ärztliche Vergütungsregelungen regelmäßig erfüllt (BVerfG v. 18.07.2005, 2 BvF 2/01, S. 90, im Kontext des *Risikostrukturausgleichs*). Dem Landesrecht vorbehalten ist das Recht der Berufsausübung, namentlich das Facharztwesen (BVerfG v. 09.05.1972, 1 BvR 518/62, S. 100).

194. Die Gesetzgebungskompetenz für die beamtenrechtliche Beihilfe, die zur Versorgung der Beamten zu zählen ist, steht demgegenüber für Bundesbeamte dem Bund (Art. 73 Abs. 1 Nr. 8 GG) und für Landesbeamte den Ländern zu (Art. 70 i.V.m. Art. 74 Abs. 1 Nr. 27 GG).

### 3.1.1.2. Verwaltungskompetenz

195. Auch für die Organisation und Ausführung der Gesetze enthält die Verfassung Vorgaben. Die Art. 83 ff. GG regeln, welche Ebene im deutschen Bundesstaat (Bund oder Länder) für den Gesetzesvollzug zuständig ist: Die Regelungen der Art. 83 ff. GG gehen grundsätzlich von der Unterscheidung zwischen Bundes- und Landesverwaltung aus, sehen aber auch [e]in Zusammenwirken von Bund und Ländern bei der Verwaltung“ vor (z.B. Art. 84 f. GG). Demnach sind Mitplanungs-, Mitverwaltungs- und Mitentscheidungsbefugnisse des Bundes im Aufgabenbereich der Länder grundsätzlich ausgeschlossen, wenn das Grundgesetz dem Bund nicht entsprechende Sachkompetenzen übertragen hat (BVerfG v. 20.12.2007, 2 BvR 2433/04, Rn. 153 f.). Eine sog. Mischverwaltung, also „jede Verwaltungstätigkeit [...], bei der die sachlichen Entscheidungen in einem irgendwie gearteten Zusammenwirken von Bundes- und Landesbehörden getroffen werden“ (BVerfG v. 12.01.1983, 2 BvL 23/81, Rn. 123), ist daher grundsätzlich verboten. Allein die Zuordnung zum Begriff der Mischverwaltung hat allerdings noch keine verfassungsrechtlichen Konsequenzen, vielmehr bedarf es der Betrachtung der Kompetenzvorschriften im Einzelnen (BVerfG v. 07.09.2010, 2 BvF 1/09, Rn. 81). Ausnahmen können sich aus dem Grundgesetz selbst ergeben (vgl. Art. 91e GG für das Gebiet der Grundsicherung für Arbeitsuchende).

### 3.1.2. Grundrechte

196. Hinsichtlich Vergütungsvorgaben (und Leistungsbeschränkungen) sind die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) der Ärzte und der Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) und auf Seiten der Patienten bzw. Versicherten das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 GG sowie die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 Abs. 2, Art. 28 Abs. 2 GG relevant (BVerfG v. 06.12.2005, 1 BvR 347/98, S. 49 ff.). Darüber hinaus ist der allgemeine Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) zu wahren, mithin „Gleiches gleich, Ungleiches seiner Eigenart entsprechend verschieden zu behandeln [...] Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung untersagt [...] Ebenso wenig ist er gehalten, Ungleiches unter allen Umständen ungleich zu behandeln“ (BVerfG v. 16.03.2004, 1 BvR 1778/01, Rn. 92). Stets ist im Übrigen eine differenzierte Betrachtung geboten, denn dieselbe gesetzliche Regelung kann z.B. die Berufsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte wahren, aber die Grundrechte der Versicherten aus Art. 2 GG verletzen (so für den generellen Ausschluss der Gesprächspsychotherapie aus dem GKV-Leistungskatalog: BSG v. 28.10.2009, B 6 KA 11/09 R, Rn. 37), bzw. im GKV-Kontext zu rechtfertigen sein, nicht oder jedenfalls anders aber im privatärztlichen Bereich (Altersgrenze für Ärzte oder *Budgetierung* GKV).

#### 3.1.2.1. Die ärztliche Berufsfreiheit

##### Eingriff in den Schutzbereich des Grundrechts

197. Im Zentrum der Diskussion steht das Grundrecht der ärztlichen Leistungserbringer auf freie Berufswahl und -ausübung. Regelungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit betreffen, weil diese keinen eigenständigen Beruf darstellt, nicht die Berufswahl, sondern die Berufsausübung, können jedoch einer Beschränkung der Berufswahlfreiheit gleichkommen (BVerfG v. 31.03.1998, 1 BvR 2167/93, Rn. 28). Das Grundrecht umfasst neben der Therapiefreiheit (BVerfG v. 17.12.2002, 1 BvL

28/95, Rn. 125, 130) auch die Freiheit, das Entgelt für berufliche Leistungen selbst festzusetzen oder mit denen, die an diesen Leistungen interessiert sind, auszuhandeln (BVerfG v. 25.10.2004, 1 BvR 1437/02, Rn. 20). Staatliche Regelungen über ärztliche Leistungen und (Vorgaben für) deren Honorierung, wie die GOÄ bzw. die §§ 85 ff. SGB V, greifen in die Berufsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte ein (BVerfG v. 10.05.1972, 1 BvR 286/65, Rn. 30 ff. zum Honorarverteilungsmaßstab; BVerfG v. 12.12.1984, 1 BvR 1249/83, Rn. 17). Selbst wenn man mit einer Entscheidung des BVerfG zur Rechtsanwaltsvergütung schon einen Grundrechtseingriff verneinen würde (BVerfG v. 13.02.2007, 1 BvR 910/05, Rn. 68 ff.), bliebe zu prüfen, ob – als Ergebnis einer Verhältnismäßigkeitsprüfung (hierzu sogleich) – die Vergütungsregelung einen angemessenen Ausgleich der widerstreitenden Interessen im betroffenen System darstellt (BVerfG v. 13.02.2007, 1 BvR 910/05, Rn. 84 ff.). Soweit dies im Rahmen einer wettbewerblich strukturierten Ordnung erfolgt, wird diese Freiheit aber begrenzt durch „das Recht der Nachfrager, zu entscheiden, ob sie zu diesen Bedingungen Leistungen abnehmen“; der Schutzbereich des Grundrechts umfasst keinen Anspruch auf beruflichen Erfolg (BVerfG v. 13.02.2007, 1 BvR 910/05, Rn. 78).

### Rechtfertigung des Grundrechtseingriffs

- 198.** In die Berufsfreiheit eingreifende Gesetze müssen ihrerseits verfassungsmäßig sein, insbesondere den Gesetzesvorbehalt wahren und verhältnismäßig sein. Eingriffe in die Berufsfreiheit gestattet Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG – dies gilt einheitlich für Berufswahl und -ausübung (BVerfG v. 26.09.2016, 1 BvR 1326/15, Rn. 22) – nur „durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes“, wobei zumindest für den Bereich der Berufswahl alle wesentlichen Entscheidungen dem parlamentarischen Gesetzgeber selbst vorbehalten sind (BVerfG v. 23.08.2010, 1 BvR 1141/10, Rn. 7). Sie müssen auch den Anforderungen des Demokratie- und Rechtsstaatsprinzips an die Delegation von Normsetzung entsprechen (BVerfG v. 15.08.2018, 1 BvR 1780/17, Rn. 20). Dem Verfassungsgrundsatz der Verhältnismäßigkeit (Übermaßverbot) ist genügt, wenn eine gesetzliche Regelung ein legitimes Ziel verfolgt sowie zu dessen Erreichung geeignet, erforderlich und angemessen (verhältnismäßig im engeren Sinne) ist (BVerfG v. 10.04.2000, 1 BvR 422/00, Rn. 22).
- 199.** Generell – somit auch im Rahmen der Berufsfreiheit – steigen mit der Intensität des Eingriffs die Anforderungen an die Rechtfertigung einer Grundrechtsbeschränkung (BVerfG v. 26.09.2016, 1 BvR 1326/15, Rn. 27). Berufsausübungsregeln können schon mit vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls legitimiert werden (BVerfG v. 10.06.2009, 1 BvR 706/08, Rn. 165), wohingegen in die Berufswahl nur „zur Abwehr schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut“ eingegriffen werden darf (BVerfG v. 07.03.2017, 1 BvR 1314/12, Rn. 132 ff.). Als solches hat das BVerfG in der Vergangenheit auf dem Feld der Gesundheitspolitik u.a.
- den Schutz von Gesundheit und Leben der Bevölkerung (BVerfG v. 08.06.2010, 1 BvR 2011/07, Rn. 95 ff.),
  - die Leistungsfähigkeit und finanzielle Stabilität der GKV (BVerfG v. 27.04.2001, 1 BvR 1282/99, Rn. 9) oder
  - den sozialen Aspekt der Kostenbelastung im Gesundheitswesen (BVerfG v. 20.08.2013, 1 BvR 2402/12, Rn. 25)

angesehen.

Als die Beschränkung der Berufsausübung rechtfertigenden Gemeinwohlbelang hat es z.B. anerkannt:

- den Verbraucherschutz (BVerfG v. 29.06.2016, 1 BvR 1015/15, Rn. 65),
- das Ziel, sozialen oder wirtschaftlichen Ungleichgewichten entgegenzuwirken (BVerfG v. 23.10.2013, 1 BvR 1842/11, Rn. 68),

- einen ausreichenden und bezahlbaren Krankenversicherungsschutz (BVerfG v. 10.06.2009, 1 BvR 706/08, Rn. 172),
  - eine ausreichende (z.B. wohnortnahe), zweckmäßige, wirtschaftliche und qualitätsgesicherte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten (BVerfG v. 15.08.2018, 1 BvR 1780/17, Rn. 23) und
  - die Transparenz privatärztlicher Liquidationen (BVerfG v. 19.04.1991, 1 BvR 1301/89, Rn. 3).
- 200.** Die Eignung ist zu bejahen, wenn mit der gesetzlichen Regelung „der erstrebte Erfolg gefördert werden kann, ... also die Möglichkeit der Zweckerreichung besteht“ (BVerfG v. 18.07.2019, 1 BvL 1/18, 1 BvL 4/18, 1 BvR 1595/18, Rn. 61). Erforderlich im o.g. Sinn ist eine das Grundrecht beschränkende gesetzliche Regelung, „wenn [k]ein sachlich gleichwertiges, zweifelsfrei gleich wirksames, die Grundrechte weniger beeinträchtigendes Mittel zur Verfügung steht, um den mit dem Gesetz verfolgten Zweck zu erreichen (BVerfG v. 18.07.2019, 1 BvL 1/18, Rn. 66). Als angemessen im o.g. Sinne ist die Regelung zu qualifizieren, wenn sie bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs einerseits und dem Gewicht und der Dringlichkeit der ihn rechtfertigenden Gründe andererseits insgesamt die Grenze der Zumutbarkeit wahrt; die Maßnahme darf also die Betroffenen nicht übermäßig belasten (BVerfG v. 08.06.2010, 1 BvR 2011/07, Rn. 120 ff.). Bei der Angemessenheitsprüfung sind auch Belange des Vertrauensschutzes zu berücksichtigen, mithin bei Vergütungsänderungen ob und inwieweit die Ärztinnen und Ärzte auf den Fortbestand von Abrechnungsmöglichkeiten vertrauen durften. Die Untergrenze bilden unangemessen niedrige Einkünfte, auf deren Grundlage eine wirtschaftliche Existenz generell nicht möglich ist (BVerfG v. 25.10.2004, 1 BvR 1437/02, Rn. 19); aber auch oberhalb dieses Mindestniveaus kann die Angemessenheit fehlen. Hierbei ist nicht die Interessenlage des Einzelnen maßgebend, vielmehr sind im Rahmen einer generalisierenden Betrachtungsweise alle von der Regelung Betroffenen in den Blick zu nehmen (BVerfG v. 13.02.2007, 1 BvR 910/05, Rn. 85), sodass eine im Einzelfall mögliche Existenzgefährdung oder sogar -vernichtung nicht zur Unzumutbarkeit einer gesetzlichen Maßnahme führt (BVerfG v. 20.08.2013, 1 BvR 2402/12, Rn. 28).
- 201.** Bei alledem gilt es zu berücksichtigen, dass dem Gesetzgeber bei der Prüfung der Verhältnismäßigkeit – je nach Eingriffsintensität – ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungs- und Prognosespielraum zusteht, was die Eignung und Erforderlichkeit der gesetzlichen Maßnahme anbelangt (BVerfG v. 09.03.1994, 2 BvL 43/92, Rn. 122).

### 3.1.2.2. Besonderheiten in der vertragsärztlichen Versorgung

- 202.** Die Besonderheiten des *vertragsärztlichen* Versorgungssystems (s. Rz. 33 ff.) hat das BVerfG – von wenigen, hier irrelevanten Regelungen abgesehen – durchweg gebilligt. Auf der formellen, insbesondere organisatorischen Ebene sind nach Auffassung des Gerichts Bedenken an einer ausreichenden demokratischen Legitimation der Partner des BMV-Ä nicht ersichtlich (BVerfG v. 15.08.2018, 1 BvR 1780/17, Rn. 21); bezüglich des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat es noch keine abschließende verfassungsrechtliche Bewertung vorgenommen (BVerfG v. 10.11.2015, 1 BvR 2056/12, Rn. 19 ff.). Im Übrigen unterliegen alle untergesetzlichen Normgeber denselben verfassungsrechtlichen Bindungen: der Bewertungsausschuss bei Beschlüssen zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (BVerfG v. 22.10.2004, 1 BvR 528/04, Rn. 16, 22), die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei der Ausgestaltung der Honorarverteilungsregelungen sowie im Zusammenhang mit ihren Beobachtungs- und Reaktionspflichten, insbesondere im Hinblick auf das aus Art. 12 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 GG abgeleitete Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit (BVerfG v. 30.03.2001, 1 BvR 1491/99, Rn. 3). Für die materielle Ebene wurde betont, dass Leistungserbringer, die innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung von den Vorteilen des öffentlich-rechtlichen Systems des Vertragsarztrechts profitieren, im Interesse der Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit dieses Systems unter Umständen auch Einschränkungen hinnehmen müssen, die ihnen das Berufsrecht als solches nicht abverlangt (BVerfG v. 16.07.2004, 1 BvR 1127/01, Rn. 28).
- 203.** Im Einzelnen hat das BVerfG für das vertragsärztliche Vergütungssystem etwa die Gliederung in haus- und fachärztliche Versorgungsbereiche (BVerfG v. 17.06.1999, 1 BvR 2507/97, Rn. 20 ff.) oder die Kürzung der von Vertragsärztinnen und -ärzten angeforderten Leistungen auf der Grundlage eines verfassungskonformen Honorarverteilungsmaßstabs (BVerfG v. 10.05.1972, 1 BvR 286/65, Rn. 29 ff.) verfassungsrechtlich für unbedenklich gehalten. Auch Einschränkungen hinsichtlich der Abrechenbarkeit bestimmter arztgruppenfremder Leistungen zu Lasten der GKV hat es akzeptiert (BVerfG v. 16.07.2004, 1 BvR 1127/01, Rn. 21), allerdings bezogen auf den privatärztlichen Bereich eine nicht zu engherzige Auslegung des Verbots fachgebietsfremder ärztlicher Tätigkeit angemahnt (BVerfG v. 01.02.2011, 1 BvR 2383/10, Rn. 21).
- 204.** Das BSG hat in wenigen Fällen Vergütungsregelungen als verfassungswidrig beanstandet. Dabei ging es aber meist nicht um die absolute Vergütungshöhe, sondern um die gleichheitsrechtliche Frage, ob die unterschiedliche Behandlung bestimmter *Arztgruppen* gerechtfertigt war, z.B. die ungleiche Vergütung von Notfallbehandlungen im organisierten Notfalldienst einerseits und Krankenhäusern andererseits (BSG v. 06.09.2006, B 6 KA 31/05 R, Rn. 14 ff.) oder einen auf bestimmte Leistungen bezogenen Vergütungsausschluss für orthopädische, nicht aber internistische Rheumatologen (BSG v. 20.01.1999, B 6 KA 9/98 R, Rn. 14 ff.). Darüber hinaus hat es in Einzelfällen die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern als Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit angesehen (BSG v. 25.08.1999, B 6 KA 14/98 R, Rn. 30 ff.) oder die Eignung einer Mindestpatientenzahl als Voraussetzung einer Abrechnungsgenehmigung verneint, weil ein wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen Qualität und Leistungsmenge nach wissenschaftlichen Maßstäben nicht belegt sei (BSG v. 29.11.2017, B 6 KA 32/16 R, Rn. 47 ff.).

## 3.2. Unionsrechtlicher Rahmen für Vergütungsregelungen

### 3.2.1. Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit

- 205.** Die selbstständige ambulante ärztliche Tätigkeit, mithin die Erbringung medizinischer Dienstleistungen, wird nach dem Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) durch zwei Grundfreiheiten, die Niederlassungs- (Art. 49 AEUV) respektive<sup>16</sup> die Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 f. AEUV), geschützt. Als passive Dienstleistungsfreiheit ebenfalls erfasst ist die Inanspruchnahme derartiger Leistungen durch Patientinnen und Patienten (EuGH v. 31.01.1984, 286/82 und 26/83, Rn. 16). Unerheblich ist, ob die Vergütung direkt durch die Patienten erfolgt oder durch die Krankenversicherung im Rahmen des Sachleistungsprinzips (EuGH v. 12.07.2011, C-157/99, Rn. 56 ff.).

#### 3.2.1.1. Beeinträchtigung

- 206.** Die Grundfreiheiten finden nur auf grenzüberschreitende Sachverhalte Anwendung (EuGH v. 06.10.2015, C-298/14, Rn. 26 ff.). Dennoch ist der Gesetzgeber richtig beraten, eine Neuregelung daran auszurichten, dass sie nicht zu divergierenden Lösungen bei innerstaatlichen und grenzüberschreitenden Sachverhalten führt. Die Grundfreiheiten erfassen sowohl Diskriminierungen, mithin die Schlechterstellung von EU-ausländischen Ärzten bzw. Patienten gegenüber inländischen, als auch Beschränkungen, mithin nationale Maßnahmen, die geeignet sind, die Erbringung medizinischer Dienstleistungen „zu behindern oder weniger attraktiv zu machen“ (EuGH v. 10.03.2009, C-169/07, Rn. 33).
- 207.** Bereits mehrfach hat der Gerichtshof Mindestvergütungsregelungen für Freiberufler als tatbestandlich von den o.g. Grundfreiheiten erfasst qualifiziert und dabei auch auf eine (mittelbar) diskriminierende Wirkung abgestellt: Solche Mindestvergütungsregelungen erschweren durch die Ausschaltung des Preiswettbewerbs EU-Ausländern den Marktzugang im Vergleich zu etablierten inländischen Anbietern (EuGH v. 05.12.2006, C-94/04 und C-202/04, Rn. 58 f.). Höchstpreise sind hingegen kein Marktzugangshindernis, soweit sie hinreichende Flexibilität – wie durch Steigerungssätze oder die Möglichkeit von Individualvereinbarungen – gewährleisten (EuGH v. 29.03.2011, C-565/08, Rn. 53; v. 12.09.2013, C-475/11, Rn. 49). Fixe Vergütungsvorgaben stellen hingegen ein Marktzugangshindernis dar, da sie zugleich einen Mindestpreis und einen fixen Höchstpreis statuieren. Darüber hinaus ist umstritten, ob Vergütungsvorgaben generell als Marktzugangshindernis zu qualifizieren sind.

---

<sup>16</sup> Die Abgrenzung erfolgt danach, ob die Betätigung im EU-Ausland in „stabiler und kontinuierlicher Weise“ (dann Niederlassungsfreiheit) oder lediglich vorübergehend (vgl. Art. 57 Abs. 3 AEUV, dann Dienstleistungsfreiheit) erfolgt (EuGH v. 30.11.1995, C-55/94, Rn. 25 f.).



### 3.2.1.2. Rechtfertigung

- 208.** Soweit es sich bei Vergütungsregelungen um Marktzugangshindernisse und damit Beeinträchtigungen handelt, sind sie nur gerechtfertigt, wenn sie in nichtdiskriminierender Weise angewandt werden und aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses erfolgen, wenn sie geeignet sind, die Verwirklichung des mit ihnen verfolgten Zieles zu gewährleisten, und wenn sie nicht über das hinausgehen, was zur Erreichung dieses Zieles erforderlich ist (EuGH v. 05.12.2006, C-94/04 und C-202/04, Rn. 61). Überdies muss wegen des Kohärenzgebots (= Vermeidung widersprüchlichen Verhaltens, Art. 7 AEUV) gewährleistet sein, dass die nationale Regelung die Ziele nicht in inkohärenter, sondern in systematischer Weise verfolgt (EuGH v. 15.10.2015, C-168/14, Rn. 76).

#### **Mitgliedstaatliches Vorrecht für die Ausgestaltung des nationalen Gesundheitssystems (Art. 168 Abs. 7 AEUV) und ihre Grenzen**

- 209.** Bei der Ausgestaltung des nationalen Gesundheitssystems kommt den Mitgliedstaaten ein Vorrecht zu (Art. 168 Abs. 7 S. 1 und 2 AEUV): „Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel.“ Die marktfreiheitlichen Vorgaben müssen dennoch eingehalten werden, auch wenn sie auf der Rechtfertigungsebene einen Spielraum der Mitgliedstaaten hinsichtlich des Versorgungsniveaus und dessen Erreichung begründen (EuGH v. 19.10.2016, C-148/15, Rn. 30).

#### **Legitime Gemeinwohlbelange**

- 210.** Es ist anerkannt, dass zahlreiche Ziele von Vergütungsregelungen im Prinzip rechtfertigungstauglich sind, so allgemein
- der Verbraucherschutz nach Art. 12 und Art. 169 Abs. 1 AEUV (EuGH v. 04.07.2019, C-377/17, Rn. 70; v. 12.09.2013, C-475/11, Rn. 51) und
  - der Gesundheitsschutz nach Art. 9, Art. 51 Abs. 1 - ggf. i.V.m. Art. 62 - sowie Art. 168 Abs. 1 AEUV (EuGH v. 28.04.1998, C-158/96, Rn. 45; v. 12.09.2013, C-475/11, Rn. 51)

und als Unter Aspekte

- die Herstellung von Transparenz (EuGH v. 04.07.2019, C-377/17, Rn. 94),
- der Schutz vor überhöhten Honorarforderungen (EuGH v. 04.07.2019, C-377/17, Rn. 94),
- die Qualitätssicherung (EuGH v. 12.12.2013, C-327/12, Rn. 61 ff.),
- Sicherheitsaspekte (EuGH v. 19.10.2016, C-148/15, Rn. 74),
- die Aufrechterhaltung einer ausgewogenen, allen zugänglichen ärztlichen und klinischen Versorgung (EuGH v. 27.01.2011, C-490/09, Rn. 43),
- die Sicherstellung einer flächendeckenden sicheren und qualitativ hochwertigen Versorgung (EuGH v. 19.10.2016, C-148/15, Rn. 34) und
- die Verhinderung einer erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit (EuGH v. 27.01.2011, C-490/09, Rn. 43).

### Verhältnismäßigkeit

211. In jedem Einzelfall ist darzutun, dass die nationale Vergütungsregelung zur Erreichung eines dieser Ziele geeignet, erforderlich und angemessen ist sowie in kohärenter Weise verfolgt wird.

Die Verhältnismäßigkeit ist zu verneinen, wenn der Mitgliedstaat nicht hinreichend plausibel darlegt, dass die Vergütungsregelung zur Erreichung der Gemeinwohlziele beiträgt. Für den einheitlichen Apothekenabgabepreis erachtete der EuGH es für nicht erwiesen, dass dieser zur Gewährleistung einer flächendeckenden, sicheren und qualitativ hochwertigen Versorgung geeignet ist (EuGH v. 19.10.2016, C-148/15, Rn. 37 f.).

212. Die Eignung von Mindestpreisen zur Sicherung eines hohen Qualitätsniveaus hat der EuGH für Planungsleistungen von Architekten und Ingenieuren nach deutschem Recht zwar bejaht; letztlich ist die Regelung allerdings an ihrer Inkohärenz gescheitert, da auch Anbieter ohne einschlägige Berufsqualifikation entsprechende Leistungen erbringen können (EuGH v. 04.07.2019, C-377/17, Rn. 75 ff., 89 ff.). Höchstpreise können laut EuGH (v. 04.07.2019, C-377/17, Rn. 94) „zum Verbraucherschutz beitragen, indem die Transparenz der von den Dienstleistungserbringern angebotenen Preise erhöht wird und diese daran gehindert werden, überhöhte Honorare zu fordern“. Hinsichtlich der Erforderlichkeit von Höchstpreisen für Planungsleistungen von Architekten und Ingenieuren habe – so der EuGH weiter – die Bundesrepublik Deutschland indes „nicht begründet, weshalb die [...] als weniger einschneidend vorgeschlagene Maßnahme, Kunden Preisorientierungen für die verschiedenen [...] Kategorien von Leistungen zur Verfügung zu stellen, nicht ausreichen würde, um dieses Ziel in angemessener Weise zu erreichen“ (EuGH v. 04.07.2019, C-377/17, Rn. 95). Diese Entscheidung betraf zwar die nach ihrem Art. 2 Abs. 2 lit. f auf Gesundheitsleistungen nicht anwendbare Dienstleistungs-Richtlinie 2006/123/EG. Das dort formulierte Anliegen des EuGH, dass Vergütungsregelungen kohärent begründet und weniger eingreifende Alternativen geprüft werden müssen, gilt aber auch für die Grundfreiheiten.

### 3.2.2. Verhältnismäßigkeits-Richtlinie 2018/958/EU

213. Ergänzend sei auf die bis zum 30.07.2020 in nationales Recht umzusetzende RL 2018/958/EU über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen verwiesen. Nach ihr unterliegen Mindest- und/oder Höchstpreisanforderungen unabhängig von einer Flexibilisierung einer Verhältnismäßigkeitsprüfung, indes nur, wenn sie mit zugangsrelevanten Beschränkungen kombiniert werden (Art. 7 Abs. 2 UAbs. 1 lit. f und Abs. 3 Halbsatz 1 RL 2018/958/EU). Unter welchen Voraussetzungen dies der Fall ist, ist noch ungeklärt. Überdies ist nach der Rechtsprechung des EuGH zur Dienstleistungs-Richtlinie (EuGH v. 30.01.2018, C-360/15, Rn. 98 ff.) eine Anwendbarkeit der Verhältnismäßigkeits-Richtlinie 2018/958/EU auch auf Inlandssachverhalte nicht auszuschließen. Allerdings ist diese Rechtsprechung umstritten, weil Dienst- und Niederlassungsfreiheit selbst unstreitig einen grenzüberschreitenden Sachverhalt voraussetzen. Materiell gelten keine anderen Rechtfertigungsanforderungen als nach den Grundfreiheiten, wobei bei der Reglementierung von Gesundheitsberufen das Ziel, ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen, zu berücksichtigen ist (Art. 7 Abs. 5 RL 2018/958/EU).

### 3.3. Fazit

214. Verfassungs- und Unionsrecht zeigen auf, welche Interessen besonderen rechtlichen Schutz genießen, welche Legitimationsanforderungen erfüllt werden müssen und in welchem organisatorischen Rahmen die regulatorische Umsetzung erfolgen muss. Letzteren determinieren die Kompetenzverteilung im deutschen Bundesstaat und die Anforderungen des Demokratie- und Rechtsstaatsprinzips an die Delegation von Normsetzung. Im Übrigen stellen Vergütungsvorgaben – ebenso wie Leistungsbeschränkungen – Eingriffe in die Berufsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte (Art. 12 Abs. 1 GG) und die Grundrechte der Patientinnen und Patienten (Art. 2 Abs. 1 und 2 Satz 1 GG) dar, die einer Rechtfertigung bedürfen; ebenso müssen sich Beschränkungen der Versicherbarkeit von Leistungen an der Berufsfreiheit der Versicherer (Art. 12 Abs. 1 GG) messen lassen. Rechtfertigungsanforderungen folgen auch aus dem Unionsrecht. Mit Blick auf konkrete Reformvorschläge ist zu prüfen, ob eine Rechtfertigung nach den hier aufgezeigten Standards möglich ist; entsprechende Überlegungen fließen in die Ausführungen zu den Reformoptionen eines modernen Vergütungssystems ein.

## 4. Internationaler Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung

### 4.1. Ausgangslage

- 215.** Vorschläge für ein modernes Vergütungssystem in Deutschland sollten nach Möglichkeit auf die Erfahrungen aus der Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung in anderen vergleichbaren Ländern zurückgreifen. Da die juristische und die gesundheitsökonomische Analyse stark differieren können, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Unterstützung der Arbeit der Kommission zwei Gutachten beauftragt, die den internationalen Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung zum Gegenstand haben. Diese haben die – unterschiedlichen Modellen folgenden – Gesundheitssysteme von vier Staaten (Frankreich, Schweiz, Niederlande, Italien) vertieft analysiert. Unter gesundheitsökonomischen Aspekten wurden ferner die USA und das Vereinigte Königreich näher und weitere 13, insbesondere europäische Länder überblicksartig betrachtet. Die Ergebnisse der beiden Gutachten Becker (2019) und IGES Institut (2019a) werden im Folgenden kurz zusammengefasst und an einigen Stellen durch weitere Erkenntnisse ergänzt.
- 216.** Die Gesundheitsversorgung einer alternden Bevölkerung mit zunehmender Prävalenz chronischer Krankheiten und steigende Ausgaben stellen nicht nur das Gesundheitssystem in Deutschland, sondern die Gesundheitssysteme in fast allen betrachteten Ländern vor Herausforderungen. Ein Blick ins Ausland unterstreicht, dass es nicht das eine Vergütungssystem als Lösung gibt. Stattdessen unterliegt die Vergütung ärztlicher Leistungen angesichts der dynamischen Entwicklung von Bedarf und Angebot ärztlicher Versorgung einem permanenten Anpassungs- und Reformdruck mit dem Ziel, auf Basis der typischen Anreize der verschiedenen Vergütungsformen eine möglichst optimale Kombination zu finden (s. Kap. 6). Vor diesem Hintergrund sind in vielen Ländern in den letzten Jahren Initiativen entstanden, um die Patientenversorgung stärker zu koordinieren und eine hohe Qualität bei stabilen oder sinkenden Ausgaben zu gewährleisten.
- 217.** Die Erfahrungen mit den Reformen sind gleichwohl nicht immer übertragbar, zu unterschiedlich können die Strukturen in den Ländern sein. Die meisten Gesundheitssysteme lassen sich entweder als öffentliche Gesundheitsdienste oder als (Sozial-)Versicherungssysteme qualifizieren. Sie sind bei näherem Hinsehen allerdings wesentlich komplexer, auch mit Blick auf einen parallel bestehenden Privatmarkt. Bei den typischerweise der gesamten Bevölkerung offen stehenden, steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitsdiensten liegt die Verantwortung beim Zentralstaat (z.B. England, Irland, Portugal), der regionalen Ebene (z.B. Italien, Spanien, Kanada) oder bei den Kommunen (z.B. Dänemark, Schweden, Norwegen). In Sozialversicherungssystemen erfolgt die Leistungserbringung durch unabhängige kommunale, freigemeinnützige oder privatwirtschaftliche Anbieter. Diese Systeme finanzieren sich – im Wesentlichen – entweder über einkommensbezogene Beiträge (z.B. Frankreich, Belgien, Österreich, Japan) oder über Kopfpauschalen (Schweiz, Mischform in den Niederlanden: Kopfpauschale für Versicherte, einkommensabhängige

Beiträge für Arbeitgeber), die bei finanzieller Hilfebedürftigkeit durch staatliche Unterstützung flankiert werden (Schölkopf/Pressel 2017, S. 3 f.).

218. Infolge der sehr unterschiedlichen Strukturierung der Gesundheitssysteme ist auch die dem Privatmarkt bzw. der privaten Krankenversicherung (PKV) zukommende Rolle sehr verschieden. Im Allgemeinen werden dabei vier Arten unterschieden, wobei sich i.d.R. Kombinationen finden (OECD 2019). Zunächst kann die private Versicherung die ausschließliche Art der Krankenversicherung darstellen; entweder als einzige Möglichkeit in Abwesenheit eines öffentlichen Gesundheits- bzw. Versicherungssystems (wie z.B. für die meisten Einwohnerinnen und Einwohner unter 65 Jahren in den USA) oder substitutiv als Ersatz für diese (insofern eine internationale Besonderheit: Deutschland). Eine weitere Möglichkeit stellt die duplikative Versicherung dar (z.B. Vereinigtes Königreich, Irland, Spanien, Norwegen, Israel). In dieser Variante umfasst die PKV Leistungen, welche bereits durch das öffentliche Gesundheits- bzw. Versicherungssystem abgedeckt sind. Der Mehrwert der privaten Versicherung besteht in diesem Fall z.B. im Zugang zu Leistungserbringern außerhalb dieses Systems oder in einem schnelleren Zugang zur Versorgung. Bei einer komplementären Rolle der PKV (z.B. Frankreich, Dänemark, Finnland, Irland) übernimmt diese Kostenbeteiligungen, welche das öffentliche Gesundheits- bzw. Versicherungssystem für die Versicherten vorsieht. Als Zusatzversicherung kann die PKV außerdem Leistungen übernehmen, welche durch den Leistungskatalog des öffentlichen Gesundheits- bzw. Versicherungssystems nicht abgedeckt sind (z.B. Schweiz, Niederlande, Österreich, Israel).

#### 4.2. Ergebnisse des internationalen Vergleiches

219. Die voran dargestellte unterschiedliche Strukturierung der Gesundheitssysteme ist für die Einordnung der folgenden pointierten Ergebnisse des internationalen Vergleiches zu berücksichtigen:
- Der unmittelbare staatliche Einfluss durch die Ministerialverwaltung auf den allgemeinen Leistungskatalog ist in allen näher betrachteten europäischen Ländern intensiver als in Deutschland. In Frankreich geht dies soweit, dass der Minister Behandlungen oder Dienstleistungen aus Gründen der öffentlichen Gesundheit durch eine Verordnung nach Stellungnahme einer unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtung aufnehmen oder streichen kann.
  - Die in Deutschland weiterhin vorherrschende selbstständige Tätigkeitsform ist im internationalen Vergleich vor allem unter den Hausärztinnen und Hausärzten dominierend. Fachärztinnen und Fachärzte sind hingegen in der Mehrheit der betrachteten Länder überwiegend als Angestellte beschäftigt. Der Trend, dass insgesamt ein zunehmender Anteil von Ärztinnen und Ärzten als Angestellte in größeren (Gruppen-)Praxen oder ambulanten Versorgungseinrichtungen tätig sind, ist auch international zu beobachten.
  - Deutschland stellt im Bereich des Zugangs zur ambulanten Versorgung ebenfalls eine Ausnahme dar. Fast alle Länder versuchen durch *Gatekeeping*-Modelle oder Zuzahlungen/Selbstbehalte Anreize zur Patientensteuerung zu setzen. Die freie Arztwahl ist für sich genommen auch Bestandteil anderer Gesundheitssysteme; die Kombination mit der in Deutschland bestehenden Zuzahlungsfreiheit für die ambulante ärztliche Versorgung ist hingegen weitestgehend einzigartig.
  - Dies geht einher mit einer weitreichenden Mengensteuerung der ärztlichen Leistungen. Diese beginnt indirekt bei der *Bedarfsplanung* und setzt sich fort bei den Regelungen zur

morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und den daraus resultierenden mengenbegrenzenden Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes (s. Abschnitt 2.2.2.2). Diese stellen in Deutschland i.d.R. konkrete Vorgaben mit direkter Auswirkung auf die ärztliche Vergütung dar, während in anderen Ländern *Budgetierungsmaßnahmen* zumeist als mehr oder weniger verbindliche Orientierungsgrößen wirken, die vornehmlich indirekt z.B. bei Verhandlungen der Preisniveaus einfließen. Eine Mengensteuerung auf Ebene der einzelnen Ärztinnen oder Ärzte wird in anderen Ländern i.d.R. in Form von versichertenbezogenen *Kopfpauschalen* umgesetzt.

- In Deutschland kommt außerdem eine Vielzahl unterschiedlicher Vergütungsformen mit *pauschalen* Bestandteilen, *Leistungskomplexen* und *Einzelleistungen* parallel zum Einsatz. Diese Vielfalt zeigt sich bisher in kaum einem anderen der Vergleichsländer bzw. den dort betrachteten Vergütungssystemen; das generelle Nebeneinander von Einzelleistungsvergütung und Pauschalen lässt sich allerdings in den meisten der näher untersuchten Gesundheitssysteme beobachten.
- Die Preiskalkulation ist infolge der z.T. nicht bzw. kaum veröffentlichten Details und der oft unterschiedlichen Grundsystematik (Einzelleistung, Pauschalen, separate Ansätze für „kliniknahe“ ambulante Leistungen etc.) in Deutschland wie auch international für Außenstehende nur schwer nachvollziehbar. Eine transparente Darlegung der Kalkulationen findet i.d.R. nicht statt. Grundsätzlich findet jedoch in verschiedenen Ländern eine dem deutschen System ähnliche separate Bestimmung der Bewertungsrelationen einerseits und des Preisniveaus andererseits statt. Im Fall von Einzelleistungen wird die Vergütungshöhe häufig nach Parametern des Aufwands, der Geräteintensität sowie teilweise auch anhand der fachlichen Komplexität des Behandlungsfalls differenziert. Kopfpauschalen werden i.d.R. nach Merkmalen der Patientenpopulation risikoadjustiert. Regionale Abweichungen werden ebenfalls genutzt.

Aus der Zusammenschau der vertiefenden Länderanalysen ergeben sich folgende weitere Erkenntnisse:

- 220.** Der *Einzelleistungsvergütung* wird in der ambulanten ärztlichen Versorgung nach wie vor ein hoher Stellenwert eingeräumt. In der Schweiz basiert die Vergütung in alternativen Versicherungsverträgen nach ersten Versuchen mit *Kopfpauschalen* – aufgrund der Schwierigkeiten bei der Berechnung und Risikoadjustierung der Pauschalen – aktuell wieder stärker auf Einzelleistungen in Verbindung mit *qualitätsorientierten Vergütungsformen*. Auch die Überarbeitung des EBM-Vorbildes TARMED hält an Einzelleistungen fest; zur Eindämmung der Mengenentwicklung sollen jedoch zugleich Pauschalen gefördert werden. In den USA werden langfristig *populationsbasierte Vergütungen* angestrebt, die jedoch im Hintergrund in ihrer Berechnung auf den bisherigen Einzelleistungsvergütungen und darauf aufbauenden Maßstäben aufsetzen. In Frankreich fordert eine „Task Force“ zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems zwar eine stärkere Diversifizierung der Vergütung, d.h. die Einzelleistungsvergütung soll weiterentwickelt und um andere Systemelemente ergänzt werden. Man hält aber im Grundsatz an ihr fest, weil man ihre positiven Aspekte – Reagibilität, Transparenz und Stärkung des Arztkontaktes – schätzt. Qualitäts- bzw. ergebnisorientierte Vergütungsbestandteile, patientenbezogene Pauschalen für die langfristige qualitätsorientierte Betreuung chronisch Kranker, Zahlungen zur Verbesserung von (regionalen) Strukturen und die gebündelte sektorenübergreifende Vergütung für bestimmte Versorgungs-episoden (z.B. Nachsorge, Rehabilitation) werden u.a. als Ergänzung der Einzelleistungen angeführt. Für die Weiterentwicklung befürwortet die „Task Force“ eine freiwillige, experimentelle Erprobung komplexer Vergütungsformen und eine schrittweise Umsetzung.
- 221.** In den Niederlanden setzt man dagegen bei der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen auf Pauschalierung. Die Vergütung der Hausärztinnen und -ärzte, die sehr weitreichend die Aufgabe



der Patientensteuerung übernehmen, erfolgt zu ca. 75 % durch eine Kombination aus *Kopfpauschale* und *Einzelleistungsvergütung* (insbesondere für Grundleistungen). Ca. 15 % der Vergütung wird über *diagnosebezogene Pauschalen* (bzw. *Bundled Payments*) für die integrierte multidisziplinäre Versorgung geleistet und ca. 10 % im Rahmen qualitätsbezogener Selektivverträge. Sowohl die Kopfpauschalen als auch die Einzelleistungen werden im Vergleich zu anderen Ländern stärker nach Patientenmerkmalen differenziert. Vergleichsweise innovativ sind die diagnosebezogenen Pauschalen für chronisch Kranke mit häufigen Krankheitsbildern. Sie setzen voraus, dass sich Hausärztinnen und -ärzte mit anderen Leistungserbringern zusammenschließen. Diese integrativen und multidisziplinären Anbieterstrukturen sollen eine koordinierte, schnittstellenfreie Versorgung gewährleisten. Den Erfolgen in Form verringerter Krankenhauseinweisungen steht ein erhöhter Koordinationsaufwand gegenüber, so dass die Fokussierung dieser Vergütungsform auf häufige chronische Krankheiten sinnvoll erscheint. Das Beispiel Niederlande zeigt somit, dass explizit für Subgruppen konzipierte Vergütungsmodelle ggf. zielgerichteter umgesetzt werden können als Vergütungsmodelle, die auf die Gesamtheit der Versicherten abzielen.

- 222.** Die qualitäts-/ergebnisorientierten Vergütungsformen gehen mit einem erhöhten Messaufwand und großem Abstimmungsbedarf einher und sind in ihren Anreizwirkungen immer wieder zu prüfen, wie die Erfahrungen in den USA, dem Vereinigten Königreich und Frankreich zeigen. In vielen Ländern sind die Qualitätsindikatoren sehr kleinteilig mit der Gefahr, den Leistungskatalog aus anderer Perspektive zu duplizieren oder Anforderungen zu stellen, welche Teile der Ärzteschaft, wie z.B. kleine Arztpraxen, überfordern können. Effizienzgewinne als *P4P*-Zielgröße sind i.d.R. schwierig zu definieren, zu messen und zuzuschreiben. Viele *P4P*-Programme beschränken sich daher darauf, das Erreichen bestimmter Qualitätsanforderungen zusätzlich zu belohnen, es findet keine echte Risikoteilung statt. Die Reformkommission in Frankreich hat sich dem Gedanken folgend dafür ausgesprochen, möglichst einfache Indikatoren für *P4P*-Vergütungen zu verwenden. Hierzu zählen vor allem Zielgrößen aus dem Bereich der Krankheitsprävention sowie von den Patientinnen und Patienten berichtete Indikatoren (*Patient Reported Outcome/Experience Measures*) wie z.B. die empfundene Lebensqualität oder die Patientenzufriedenheit. Ebenso wie in Italien werden für das Erreichen bestimmter Qualitätsziele monatliche Pauschalbeträge gezahlt.
- 223.** In etlichen Ländern enthält das Privatrecht, soweit es die Gesundheitsversorgung betrifft, Elemente, die dem deutschen Recht bislang eher fremd sind. So kann in den Niederlanden die Höhe der Kostenerstattung begrenzt sein, wenn nicht nur in der haus-, sondern auch in der fachärztlichen Versorgung freie Arztwahl bestehen soll. Für bestimmte Leistungen ist es niederländischen Versicherungsunternehmen durch diese Festlegung der Erstattungshöhe möglich, eigene Preislisten zu erstellen und praktisch durchzusetzen. Auch in anderen Vergleichsländern darf der Verzicht auf die freie Arztwahl mit Prämien-/Beitragsermäßigungen verknüpft werden. Teilweise existieren für die Preise, die Ärztinnen und Ärzte von Selbstzahlern verlangen können, unterschiedliche Regelungen. In den Niederlanden bspw. ist die ärztliche Vergütung geringer, wenn eine private Zusatzversicherung besteht.
- 224.** Wenn bestimmte Teile des Versorgungsbedarfs nicht bzw. nicht präferenzgerecht im öffentlichen Gesundheitssystem abgedeckt werden, können neue Vergütungssegmente und -märkte außerhalb entstehen. Das Beispiel von Italien zeigt, wie relativ lange Wartezeiten und hohe Zuzahlungen zum Entstehen von Alternativangeboten führen können. Im dortigen Gesundheitssystem – einem weitgehend steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitsdienst mit Gatekeeper-Funktion der Hausärztinnen und -ärzte – betragen die Terminwartezeiten durchschnittlich 38 Tage, im privaten Bereich dagegen nur 5 bis 6 Tage. In Selbstzahler-Zentren werden ambulante Haus- und Facharztleistungen, insbesondere diagnostische Leistungen, vergleichsweise günstig, jedoch nur privat finanzierbar angeboten. Das Geschäftsmodell basiert auf Skaleneffekten, die durch einen hohen Grad an Standardisierung und Spezialisierung entstehen. Im Übrigen dienen privatrechtlich

erbrachte Leistungen zumeist dazu, Patienten und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, für nicht im öffentlichen System erbrachte Leistungen, wie Mehrleistungen (auch im qualitativen Sinne) oder außerhalb des Systems erbrachte Standardleistungen (etwa vor dem Hintergrund langer Wartezeiten im öffentlichen System), höhere Honorare zu vereinbaren. Eine explizite Regulierung durch Gebührenordnungen findet i.d.R. nicht statt, es gilt die Vertragsfreiheit.

- 225.** Eine in vielen Ländern bestehende Herausforderung in der zukünftigen Entwicklung von ambulanten Vergütungssystemen ist die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten. Die Anreize des Vergütungssystems wirken damit auf eine wachsende Gruppe von Ärztinnen und Ärzten nicht mehr unmittelbar, denn die Aufteilung der Vergütung zwischen dem Primäradressat (dem Empfänger der Vergütung) und den Angestellten bildet eine zusätzliche Ebene der Anreizwirkungen.
- 226.** Großes Konfliktpotenzial zeigte sich in der jüngeren Vergangenheit bei Budget-Reduktionen, bei der Kürzung von Preisen und bei der Umverteilung vorhandener Mittel infolge von Bewertungsänderungen, z.B. bei technischen Leistungen. Dieses inhärente Konfliktrisiko führt dazu, dass zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit zumeist auf Anreize zur Steuerung des Verhaltens von Ärzten und Patienten zurückgegriffen wird und keine direkten monetären Einschnitte erfolgen. So wirken z.B. *Managed Care*- oder *Gatekeeping*-Modelle zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen bzw. der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen nur mittelbar auf Vergütungen und Budgets. Praxisbezogene Mengenbegrenzungen als Mittel der unmittelbaren Ausgaben-dämpfung finden in den meisten betrachteten Ländern hingegen deutlich seltener Anwendung als in Deutschland. Stattdessen werden häufig Zuzahlungen, Wahltarife und Selbstbehalte auf Patientenseite eingesetzt, um die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und die daraus entstehenden Ausgaben einzugrenzen.

Wie das Beispiel der Schweiz zeigt, sind auch unter Geltung des Kostenerstattungsprinzips – bei dem nicht das Versicherungsunternehmen, sondern die Versicherten die ärztliche Rechnung begleichen – zum einen Preisregelungen zwischen Ärzten und Versicherungsunternehmen, zum anderen Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage von Durchschnittswerten möglich.

## 5. Empirischer Überblick zur ambulanten Vergütung in Deutschland

227. Im Folgenden wird ein Überblick zur ambulanten Vergütung und Versorgung in Deutschland gegeben. Weitere empirische sowie theoretische Erkenntnisse zu den grundlegenden Vergütungsanreizen schließen sich in Kapitel 6 an.

### 5.1. Allgemeine Kennzahlen der PKV und GKV

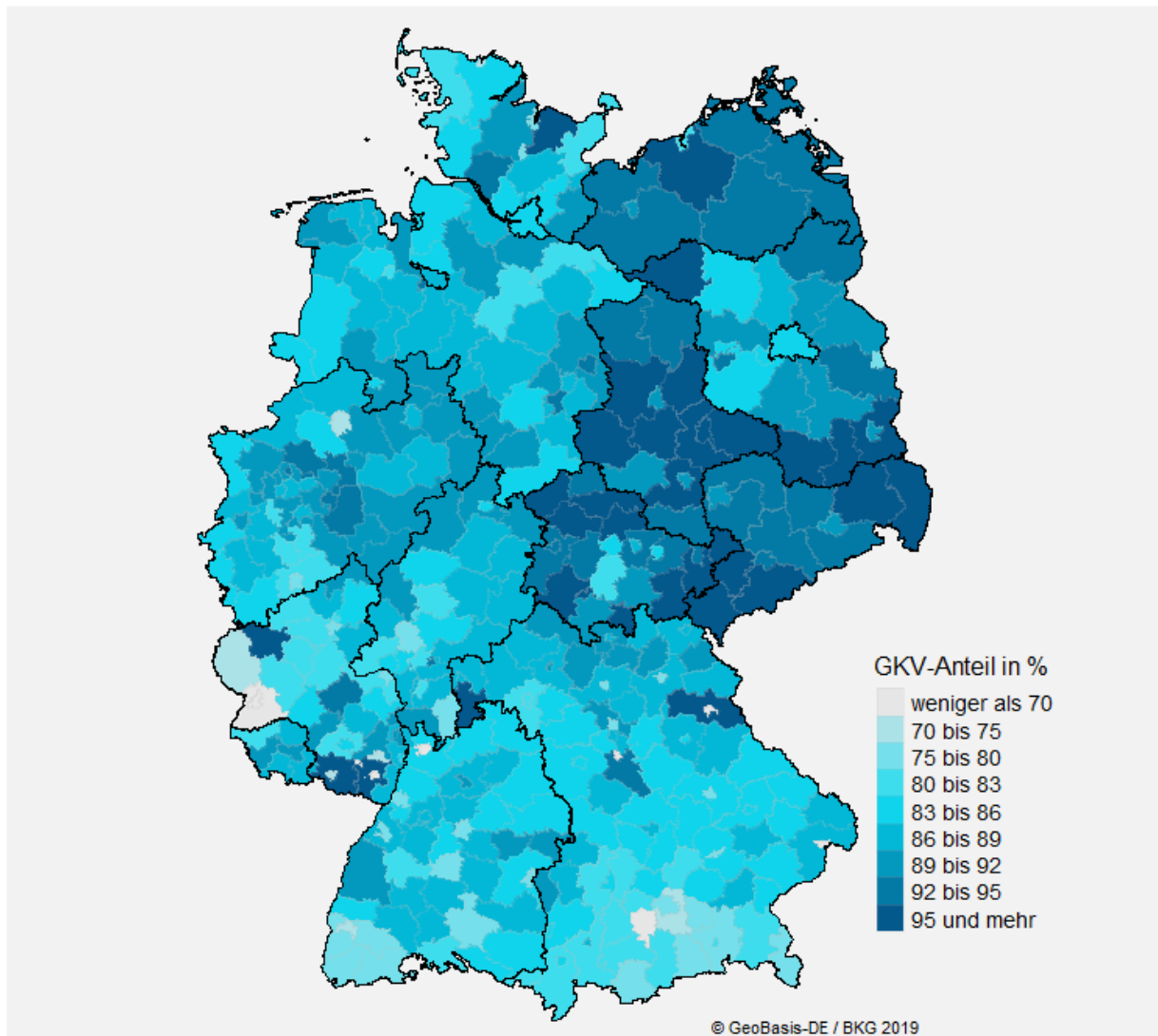
228. Für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung wurden in Deutschland 2017 gemäß der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes insgesamt 376 Mrd. € ausgegeben (Destatis 2019b). 57 % davon hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) getragen, an zweiter Stelle folgen die Ausgaben privater Haushalte/Organisationen mit ca. 14 %. Die private Krankenversicherung (PKV) trug 8 % der Ausgaben, die Beihilfe weitere 4 % (s. Abbildung C 4 in Anhang C).
229. Die Versichertenzahlen in der GKV steigen seit 2011 relativ stark, im Jahr 2017 sind mit 72,3 Mio. Personen etwa 87 % der deutschen Bevölkerung in der GKV versichert (BMG 2019c). Die PKV hat bei 8,7 Mio. Vollversicherten einen Anteil von 11 % (s.a. Abbildung C 1 im Anhang C); darüber hinaus verfügen etwa 25,5 Mio. Personen über eine private Zusatzversicherung (PKV-Verband 2018b). Etwa 2 % der Bevölkerung haben einen sonstigen Anspruch auf Krankenversorgung und sind weder der PKV noch der GKV zugeordnet, z.B. im Rahmen *der freien Heilfürsorge* oder durch eine Absicherung durch die Postbeamtenkrankenkasse bzw. die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamtinnen und -beamten. Letztere versichern zusammen etwa 700.000 Personen (KVB 2018, S. 1; PBeaKK 2018, S. 24). Die sogenannten Sozialtarife der PKV – der Basis-, Standard- und Notlagentarif (s.a. Rz. 137) – spielen bei zusammen etwa 190.000 Versicherten bzw. 2 % des Versichertenbestandes der PKV nur eine untergeordnete Rolle. Bedeutsam sind hingegen die Versicherten mit Beihilfeberechtigung, also aktive Beamte und Versorgungsempfänger sowie deren Angehörige, welche mit 4,3 Mio. Versicherten ungefähr die Hälfte des PKV-Bestandes ausmachen (PKV-Verband 2018b). Schätzungen, wie viele Beamtinnen und Beamte freiwillig in der GKV versichert sind, reichen bundesweit von etwa 8 % als Annahme der Bundesregierung (BT-Drucksache 18/2218, S. 2) bis zu 15 % auf Basis von Daten des sozioökonomischen Panels (Bertelsmann Stiftung 2017, S. 26).<sup>17</sup> Für einzelne Bundesländer liegen Angaben von unter 5 % in Thüringen und Baden-Württemberg bis hin zu 15 bzw. 20 % in Berlin und Bremen vor (vgl. Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 18/16679, S. 2; für Thüringen

<sup>17</sup> Die große Spannweite der Schätzungen ist der Unsicherheit der zugrunde liegenden Daten geschuldet. So liegen der Hochrechnung auf Basis des sozioökonomischen Panels weniger als 300 im Panel identifizierte Beihilfeberechtigte und Angehörige zugrunde, die in der GKV versichert sind. Zur Annahme der Bundesregierung sind keine weiteren Hintergründe bekannt, es wird lediglich auf die Herkunft dieser Schätzung (BT-Drucksache 15/3444, S. 4 aus dem Jahr 2004) verwiesen.

ÄrzteZeitung 2019; Bremische Bürgerschaft, Drucksache 19/1697, S. 2; Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 16/4763, S. 3). Das in Hamburg angebotene Modell einer pauschalen Beihilfe (s. Rz. 138) wird je nach Besoldungsgruppe unterschiedlich stark wahrgenommen. Im allgemeinen Verwaltungsdienst entscheiden sich bis zu 50 % der dazu berechtigten Beamtinnen und Beamten für das Angebot, in höheren Besoldungsgruppen deutlich weniger (BGV Hamburg 2019).

- 230.** Die „Marktanteile“ der PKV und GKV sind regional unterschiedlich verteilt. Abbildung 9 veranschaulicht, dass in städtischen Regionen sowie im Süden Deutschlands der Anteil der GKV-Versicherten mit z.T. unter 70 % vergleichsweise gering ist, dementsprechend ist von höheren PKV-Anteilen auszugehen. Hingegen zeigen sich im Osten Deutschlands GKV-Versichertenanteile von zumeist deutlich über 90 %. In den Grenzregionen, insbesondere an den Grenzen zur Schweiz und zu Luxemburg, ist offenbar eine relativ hohe Anzahl von Personen nach europäischem Koordinierungsrecht in den Nachbarländern abgesichert. Versichertenzahlen der PKV liegen der Kommission auf Kreisebene nur für Bayern und Hessen vor. Diese sind in Abbildung C 2 in Anhang C dargestellt und verdeutlichen ebenfalls die Unterschiede zwischen städtischen Zentren und eher ländlichen Regionen.

**Abbildung 9: Geschätzter Anteil der GKV-Versicherten an allen Einwohnerinnen und Einwohnern nach Kreisen im Jahr 2016**



Dargestellt ist der geschätzte Anteil der GKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung. Die Zuordnung erfolgt nach PLZ und kann bei kreisübergreifenden PLZ zu Ungenauigkeiten führen. Der nicht in der GKV versicherte Anteil entfällt auf die PKV sowie auf sonstige Ansprüche auf Krankenversorgung wie z.B. die *freie Heilfürsorge* oder die Absicherung im Ausland.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2019a); DIMDI (2019)

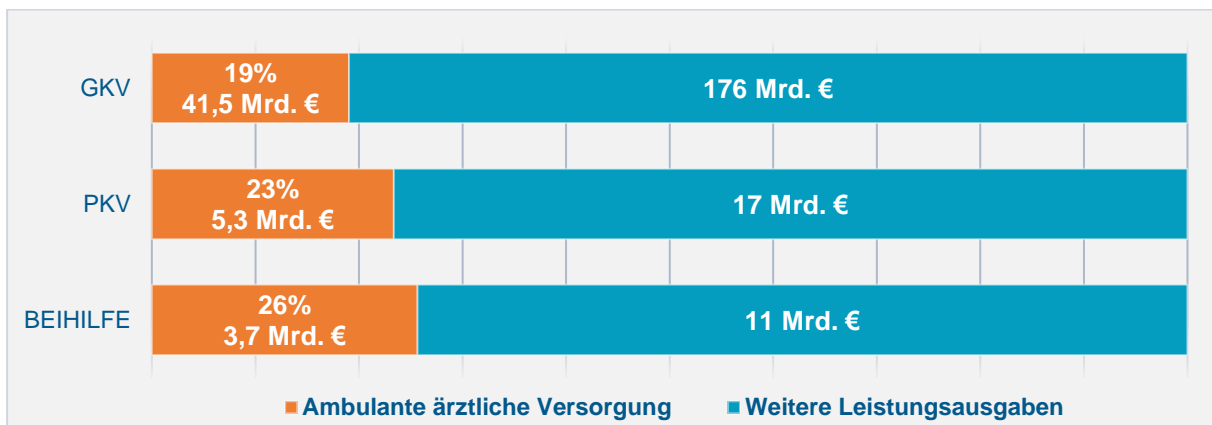
- 231.** Das Altersprofil der Versicherten unterscheidet sich ebenfalls zwischen PKV und GKV. Während die Verhältnisse in der GKV ungefähr der Alterspyramide der deutschen Bevölkerung (SVR 2018, Abbildung 2-1) entsprechen, sind in der PKV männliche Versicherte, insbesondere in der Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen, überrepräsentiert (s. Abbildung C 3 in Anhang C). Für PKV-Versicherte ist grundsätzlich eine niedrigere Leistungsanspruchnahme zu erwarten, da Studien mehrheitlich eine unterdurchschnittliche Morbidität von Privatversicherten im Vergleich zu nach Alter und Geschlecht vergleichbaren GKV-Versicherten fanden (vgl. z.B. Hajek et al. 2018; Huber/Mielck 2010). Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass i.d.R. gesündere Versicherte mit höherem sozioökonomischem Status in die PKV wechseln (Bünnings/Tauchmann 2015). Anhand der Daten zu den Ausgaben und dem Versichertenbestand ist aber ersichtlich, dass für PKV-Versicherte je Kopf höhere Ausgaben als in der GKV zu verzeichnen sind.

**232.** Diese Ausgabenunterschiede in der ambulanten ärztlichen Versorgung basieren im Wesentlichen auf einer unterschiedlichen monetären Bewertung der ärztlichen Leistungen (s. Rz. 249), auf abweichenden Regelungen der Mengengrenzungen sowie auf einem zwischen PKV und GKV unterschiedlichen Umgang mit neuen Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten (WIP 2018, S. 7), aber auch auf einer unterschiedlichen Inanspruchnahmestruktur (s. Rz. 349). Das wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) berechnet für das Jahr 2016 einen Mehrumsatz durch Privatversicherte – also deren Mehrausgaben inkl. anteiliger Selbstbehalte und Ausgaben der Beihilfe im Vergleich zu nach Alter und Geschlecht ähnlichen GKV-Versicherten – in Höhe von fast 13 Mrd. €, etwa 40 % der gesamten Ausgaben für PKV-Versicherte (WIP 2018, S. 21). Der Großteil dieser Summe resultiert mit fast 50 % aus der ambulanten ärztlichen Versorgung, weitere 25 % sind auf die zahnmedizinische Versorgung zurückzuführen. Letztere nimmt infolge hoher Zuzahlungen durch GKV-Versicherte eine Sonderrolle ein, ist jedoch nicht Teil des Gutachtauftrags. Im stationären Bereich sowie bei Arzneimitteln – den mit der ambulanten ärztlichen Versorgung ausgabenträchtigsten Bereichen der GKV – bestehen nur geringe Ausgabenunterschiede, wobei bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen nicht unerhebliche Vergütungsunterschiede zwischen der Standardabrechnung (nur DRG-Pauschale) und Wahlleistungspatienten (DRG-Pauschale zzgl. Einzelvergütung aller Wahlleistungen) bestehen; zu den Preisen vgl. Abschnitt 2.2.7.4.

## 5.2. Die ambulante ärztliche Versorgung im Vergleich

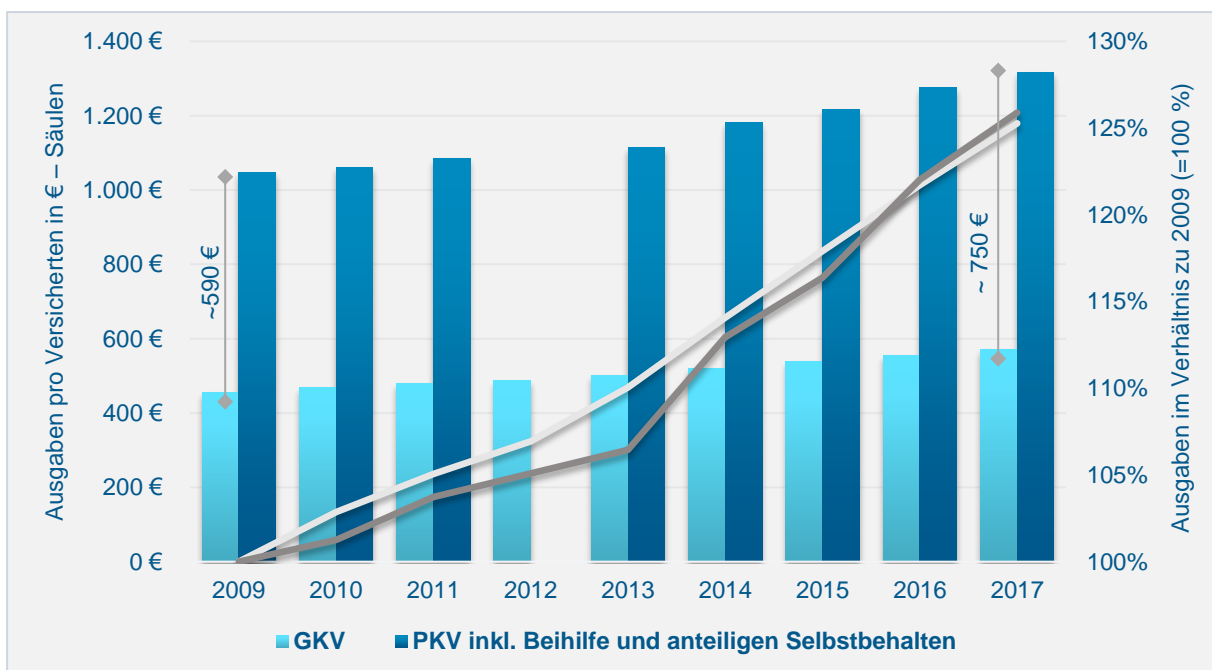
**233.** Die relative Bedeutung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist bei der privaten Krankenversicherung mit 23 % der Gesamtausgaben etwas größer als in der gesetzlichen Krankenversicherung mit 19 % (s. Abbildung 10). Insgesamt gab die GKV im Jahr 2017 ca. 41,5 Mrd. €, die PKV ca. 5,3 Mrd. € für die ambulante ärztliche Versorgung aus – ohne ambulante Krankenhausleistungen und ohne Zusatzversicherungen. Die Gesamtausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung der PKV-(Voll-)Versicherten betragen jedoch über 11,5 Mrd. € (WIP 2019b, S. 7). Ein bedeutender Teil der höheren Ausgaben für PKV-Versicherte wird dementsprechend nicht über die PKV, sondern über die Beihilfe sowie die Selbstbeteiligungen/-behalte der Versicherten finanziert (s.a. Abschnitt 5.4). Betrachtet man die Ausgaben je Kopf für die ambulante ärztliche Versorgung (s. Abbildung 11), so ergibt sich im Jahr 2017 für PKV-Versicherte (inkl. Beihilfe und anteilige Selbstbehalte) ein ungefähres Ausgabenvolumen von 1.320 € pro Jahr, mehr als das Doppelte der GKV-Ausgaben in Höhe von 570 € je Versicherten. Die Zahlen dienen lediglich als Orientierung, da eine einheitliche Abgrenzung der ambulanten ärztlichen Versorgung fehlt. Außerdem sind sowohl für die GKV als auch die PKV Ausgaben, welche die Versicherten komplett selbst leisten (z.B. individuelle Gesundheitsleistungen (*IGeL*) und nicht eingereichte Rechnungen), nicht enthalten. Die Ausgaben je Versicherten stiegen für PKV-Versicherte seit 2009 prozentual ähnlich (ca. 3 % jährlich, inkl. Beihilfe und anteilige Selbstbehalte) wie für GKV-Versicherte (ebenfalls ca. 3 % jährlich). Der absolute Unterschied in den jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben erhöhte sich währenddessen um etwa 160 €, was auf die deutlich höhere Ausgangsbasis für PKV-Versicherte zurückzuführen ist.



**Abbildung 10: Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung in der GKV, PKV und Beihilfe 2017**

Dargestellt wird die ambulante Versorgung (ohne die ambulante Behandlung im Krankenhaus) und deren Anteil an den gesamten Leistungsausgaben. In der PKV wird nur die *Krankheitsvollversicherung* berücksichtigt, Ausgaben für Zusatzversicherungen sind nicht enthalten. Leistungsausgaben und Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamtinnen und -beamten sind nicht miterfasst. Die Ausgaben der Beihilfe werden nicht zentral erfasst und wurden auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes geschätzt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2019a); Destatis (2019b); PKV-Verband (2018a); WIP (2019a)

**Abbildung 11: Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung je Versicherten von 2009 bis 2017 und deren relative Entwicklung**

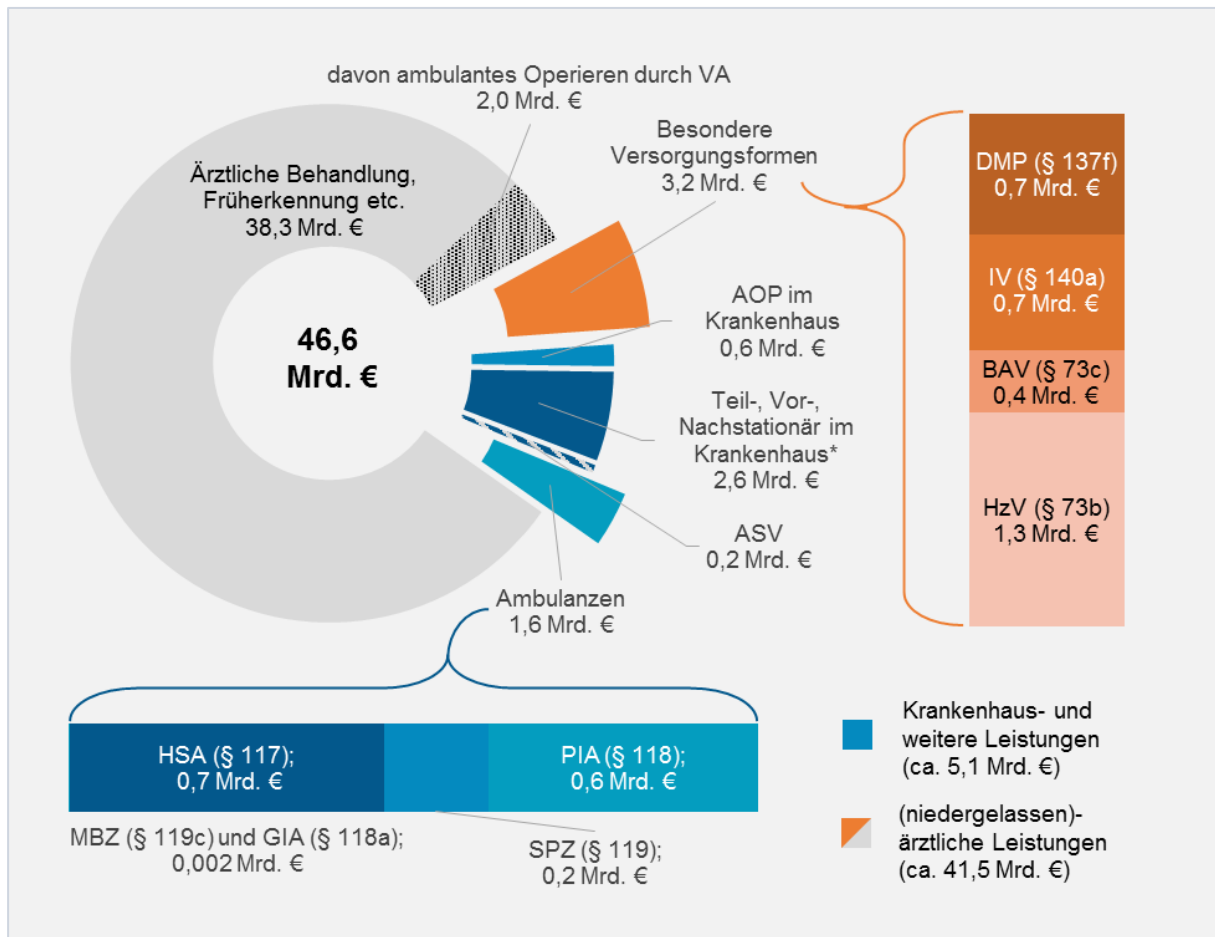
Die Grafik stellt die Entwicklung der Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung (ohne die ambulante Behandlung im Krankenhaus) je Versicherten dar. In der PKV wird nur die *Krankheitsvollversicherung* berücksichtigt, Ausgaben für Zusatzversicherungen sind nicht enthalten. Für das Jahr 2012 liegen für die PKV keine Daten vor. Bei der GKV wurde die Praxisgebühr (bis 2012) eingerechnet. Leistungsausgaben und Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamtinnen und -beamten sind nicht miterfasst. Die Zahlen dienen lediglich als Orientierung, da eine einheitliche Abgrenzung der ambulanten ärztlichen Versorgung fehlt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2019a, 2019b), PKV-Verband (2018b), WIP (2013, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019b)

### 5.3. Vergütung in der GKV

234. In der gesetzlichen Krankenversicherung sieht der Gesetzgeber uneinheitliche Vergütungsregelungen für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen vor (s. Abschnitt 2.2.7). Dementsprechend verteilen sich die Ausgaben für die ambulante ärztliche Vergütung, wie Abbildung 12 zeigt, auf verschiedene Bereiche.

Abbildung 12: Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung in der GKV im Jahr 2017



\* Die Varianten der teilstationären, der vor- und nachstationären Versorgung weisen deutliche Parallelen zur ambulanten Versorgung auf. Sie alle stellen nach der Konzeption des Gesetzgebers aber eine Form der Krankenhausbehandlung dar.

AOP = ambulantes Operieren, ASV = ambulante spezialfachärztliche Versorgung, BAV = besondere ambulante Versorgung, DMP = Disease Management Programme, GIA = geriatriische Institutsambulanzen, HSA = Hochschulambulanzen, H<sub>z</sub>V = Hausarztzentrierte Versorgung, IV = integrierte Versorgung, MBZ = medizinische Behandlungszentren, PIA = psychiatrische Institutsambulanzen, SPZ = sozialpädiatrische Zentren, VA = Vertragsärztinnen und -ärzte

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2019a); GKV-SV (2019b); InBA (2019)

235. Die für den Auftrag der Kommission maßgebliche *vertragsärztliche Versorgung* wird größtenteils über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) im Rahmen der *Gesamtvergütung* vergütet. Die Gesamtvergütung bezeichnet in diesem Kapitel die Summe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Leistungen, die außerhalb dieser morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(extrabudgetär) vergütet werden. Sie beträgt im Jahr 2017 insgesamt 38,2 Mrd. €. <sup>18</sup> Von der Gesamtvergütung entfallen 25,3 Mrd. € auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und 12,9 Mrd. € auf Leistungen außerhalb der MGV (extrabudgetär – EGV). Wie in unter Rz. 113 dargestellt, werden neu eingeführte Leistungen i.d.R. außerhalb der MGV vergütet, um deren Erbringung zu fördern. Etwa 1,6 % der Gesamtvergütung bzw. 600 Mio. € wurden zuletzt für die seit 2011 eingeführten Leistungen ausgegeben; ungefähr die Hälfte geht auf neue psychotherapeutische Versorgungsangebote wie z.B. die psychotherapeutische Sprechstunde zurück, welche aufgrund entsprechender Vorgaben im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) ab 2017 geschaffen wurden. Die MGV wird aufgrund von Selektivverträgen bereinigt; im Jahr 2017 um 0,9 Mrd. € (InBA 2019). Die *Bereinigung* erfolgt größtenteils aufgrund von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV). Selektivverträge erschweren dabei die Beurteilung von möglichen Versorgungs- und Vergütungsunterschieden, da diese ggf. auch auf unterschiedliche Umfänge der kollektivvertraglichen Versorgung zurückzuführen sein könnten.

- 236.** Die (unbereinigte) Gesamtvergütung je Versicherten unterscheidet sich im Jahr 2017 bei einem bundesweiten Durchschnitt von 542 € deutlich zwischen den KVen. In Mecklenburg-Vorpommern wurde mit 630 € je Versicherten am meisten für die vertragsärztliche Versorgung ausgegeben, in Westfalen-Lippe mit 516 € – nur etwa 80 % davon – am wenigsten (s. Abbildung C 5 in Anhang C). Allgemein verzeichnen die Stadtstaaten und die östlichen KVen eher überdurchschnittliche Vergütungen pro Kopf, während in den west- und süddeutschen Flächenländern die Gesamtvergütung je Versicherten eher unterdurchschnittlich ausfallen. Eine detaillierte Klärung dieser Differenzen lässt sich hier nicht durchführen. Alter und Morbidität sind maßgebliche Determinanten, aber auch weitere Gründe, sowohl angebots- als auch nachfrageseitig, können für eine regional unterschiedliche Inanspruchnahme ursächlich sein (s.a. Drösler et al. 2018).
- 237.** Ein auffälliger Zusammenhang zwischen der Menge der Leistungen außerhalb der Mengensteuerung und der absoluten Höhe der Vergütung je Versicherten besteht nicht – Mecklenburg-Vorpommern mit der insgesamt höchsten Vergütung je Versicherten hat mit 70 % auch den höchsten MGV-Anteil. Die im GKV-VSG angelegte Möglichkeit der einmaligen Erhöhung der MGV im Jahr 2017 (§ 87a Abs. 4a SGB V) hat offenbar eher moderate Auswirkungen gehabt. Die Spanne in den Vergütungen je Versicherten hat sich im Zeitverlauf zu 2017 kaum verändert (s.a. Abbildung C 9 in Anhang C); verspätete Honorarabschlüsse könnten dies jedoch beeinflussen.
- 238.** Die Weiterentwicklung der MGV erfolgt hauptsächlich durch drei Faktoren: die Berücksichtigung geänderter Versichertenzahlen, die Anpassung des regionalen *Punktwertes* nach § 87a Abs. 2 SGB V sowie die Vereinbarung zu den Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V (s. Rz. 47). Zusätzlich führen weitere Vereinbarungen sowohl auf Bundes- (wie z.B. die Einführung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung) als auch auf Landesebene i.d.R. zu einer Erhöhung der Vergütung. Die vereinbarte Veränderung des Orientierungswertes betrug seit 2013 – in den Jahren 2011 und 2012 wurde die Veränderung der Vergütung gesetzlich festgelegt (§ 87d SGB V i.d.F. GKV-FinG) – im Durchschnitt etwa 1,3 % jährlich (BA 2014d, 2016c, 2019b; eBA 2012, 2013, 2015, 2017, 2018). Als diagnosebezogene und demografische Veränderungsrate (welche gewichtet, nicht addiert werden) wurde in diesem Zeitraum ein Wert von durchschnittlich 0,9 % bzw. 0,2 % beschlossen (mit den Versichertenzahlen gewichtete regionale Raten; BA 2012a, 2013, 2014b, 2014c, 2015, 2016a, 2017, 2018b, 2019a). Die Gesamtvergütung je Versicherten wuchs im Vergleich um etwa 2,9 % jährlich (nur bis einschließlich 2018, s. Abbildung C 6 in Anhang C). Während die Veränderung des Orientierungswertes relativ stabil ist, zeigt sich bei der Morbiditätsstruktur eine stärkere Fluktuation und zuletzt

<sup>18</sup> Die Gesamtvergütung ist nicht deckungsgleich mit der in Abbildung 4 genannten „ärztlichen Behandlung, Früherkennung etc.“ sondern kann – je nach regionaler Vereinbarung – unterschiedliche Vergütungsbereiche umfassen. Eine Auflösung der einzelnen Bereiche ist anhand der vorliegenden Daten nicht möglich.

eine rückläufige Tendenz. Für das Jahr 2020 wurde in 11 von 17 KVen eine negative diagnosebezogene Veränderungsrate und sogar in 15 von 17 KVen eine negative demografische Veränderungsrate festgestellt (BA 2019a). Die durchschnittliche Morbidität verringert sich nach diesen Berechnungen und führt dementsprechend zu einer geringer werdenden MGV je Versicherten. Eine Entwicklung die zum großen Anteil auf die „Verjüngung der GKV“ durch Zuwanderung zurückzuführen sein dürfte (GKV-SV 2018, S. 35).

- 239.** Wie in Kapitel 2 dargestellt, übersteigen die ärztlicherseits erbrachten Leistungen und die dafür angeforderten Honorare im Regelfall die von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung. Als Kenngröße hierfür wird zumeist die sogenannte Auszahlungs- oder Abstaffelungsquote herangezogen. Diese besagt, wie viel von den angeforderten Honoraren an die Ärztinnen und Ärzte ausgezahlt wurde. Als grober Indikator zeigt sie die Diskrepanz zwischen Leistungsbedarf – der Menge der angeforderten Leistungen – und Honorierung (vgl. Tabelle 1). Allerdings ist hierbei zu beachten, dass ein Wert von z.B. 90 % nicht bedeutet, dass 10 % der Leistungen nicht vergütet werden, sondern bei Überschreiten einer definierten Leistungsmenge nicht mehr der volle Preis für die Leistung vergütet wird.
- 240.** Außerdem befinden sich im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) verschiedene Gebührenordnungspositionen (GOP), welche die begrenzte Erbringung oder z.T. die Nicht-Erbringung bestimmter Leistungen honorieren. Hierzu zählen z.B. der Laborbonus (GOP 32001) oder die Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung (PFG – Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung). PFG sind i.d.R. nur abrechenbar, wenn in einem Behandlungsfall ausschließlich konservativ behandelt wird und keine spezialisierten Leistungen erbracht werden. Hier steigt der Indikator für die Leistungsmenge also dadurch, dass bestimmte Leistungen unterbleiben. Wird nun mehr von dieser „Leistung“ abgerechnet, als zur Förderung zwischen den Vertragspartnern als zusätzliche Vergütung im Rahmen der MGV vereinbart wurde, sinkt die Auszahlungsquote. Allein durch die Einführung der PFG sank die Auszahlungsquote rechnerisch um 1 % (nach GKV-SV 2019c).
- 241.** Des Weiteren kann die Förderung bestimmter Leistungen über eine Erhöhung der Bewertung in Punkten – also rein relativ im Verhältnis zu den anderen Leistungen – erfolgen, ohne dass sich die zugrunde liegende Leistung selbst verändert. Folgt eine solche Anreizsetzung ohne Erhöhung der MGV, weil z.B. die so genannte „sprechende Medizin“ nur relativ gegenüber den technischen Leistungen aufgewertet werden soll, so sinkt ceteris paribus insgesamt die Auszahlungsquote. Beide Effekte führen also zu Verzerrungen, sodass die Quoten mit Vorsicht betrachtet werden müssen.
- 242.** Im bundesweiten Schnitt ergibt sich eine Auszahlungsquote von etwa 91 % für Leistungen innerhalb der MGV. Das angeforderte Honorar beträgt damit etwa 2,5 Mrd. € mehr als die MGV. Ein Zusammenhang, dass eine geringere MGV je Versicherten im Schnitt auch niedrigere Auszahlungsquoten aufgrund der ggf. unzureichenden Mittel nach sich zieht, lässt sich aus den verfügbaren Daten nicht ableiten. Nimmt man für die Gesamtbetrachtung die Leistungen außerhalb der MGV hinzu, erhält man eine bundesweite Auszahlungsquote von etwa 94 %. Die Spanne reicht von 89 % in Hamburg und Sachsen bis zu 97 % in Baden-Württemberg. Diese durchschnittlichen Auszahlungsquoten lassen keinen hervorgehobenen Einfluss der Honorarverteilungsmaßstäbe vermuten. Bei der Betrachtung einzelner *Arztgruppen*<sup>19</sup> zeigt sich jedoch deren Bedeutung, da hier die Quotierung z.T. erheblich sein kann (s. Abschnitt 5.7.3).

<sup>19</sup> Der Begriff *Arztgruppe* bezieht sich im Rahmen dieses Abschnittes i.d.R. auf die *Abrechnungsgruppen*. D.h. der Einteilung liegt nicht die fachärztliche Weiterbildung zugrunde sondern das tatsächlich Abrechnungsverhalten des einzelnen Arztes und der einzelnen Ärztin.

Tabelle 1: Auszahlungsquoten für das Jahr 2017 nach KVen

KV	MGV			außerhalb der MGV			Gesamtquote
	Leistungsbedarf (Mio. €)	(rechnerisches) Honorar (Mio. €)	Quote	Leistungsbedarf (Mio. €)	(rechnerisches) Honorar (Mio. €)	Quote	
Baden-Württemberg	3.075	2.896	94 %	1.521	1.519	100 %	97 %
Bayerns	4.149	3.777	91 %	1.976	1.973	100 %	96 %
Berlin	1.391	1.209	87 %	652	651	100 %	91 %
Brandenburg	780	733	94 %	324	323	100 %	96 %
Bremen	285	269	94 %	181	181	100 %	96 %
Hamburg	803	674	84 %	414	412	100 %	89 %
Hessen	1.871	1.720	92 %	985	982	100 %	95 %
Mecklenburg-Vorpommern	633	596	94 %	263	262	100 %	96 %
Niedersachsen	2.817	2.522	90 %	1.272	1.268	100 %	93 %
Nordrhein	3.203	2.865	89 %	1.513	1.518	100 %	93 %
Rheinland-Pfalz	1.310	1.238	95 %	530	527	99 %	96 %
Saarland	361	325	90 %	150	150	100 %	93 %
Sachsen	1.533	1.303	85 %	649	648	100 %	89 %
Sachsen-Anhalt	796	724	91 %	370	369	100 %	94 %
Schleswig-Holstein	906	853	94 %	384	384	100 %	96 %
Thüringen	814	729	90 %	341	341	100 %	93 %
Westfalen-Lippe	2.715	2.445	90 %	1.240	1.242	100 %	93 %
<b>Gesamt</b>	<b>27.442</b>	<b>24.879</b>	<b>91 %</b>	<b>12.766</b>	<b>12.751</b>	<b>100 %</b>	<b>94 %</b>

Auszahlungsquoten ungleich 100 % können sich durch z.B. zeitliche Abgrenzungseffekte auch bei Leistungen außerhalb der MGV ergeben.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von InBA (2019)

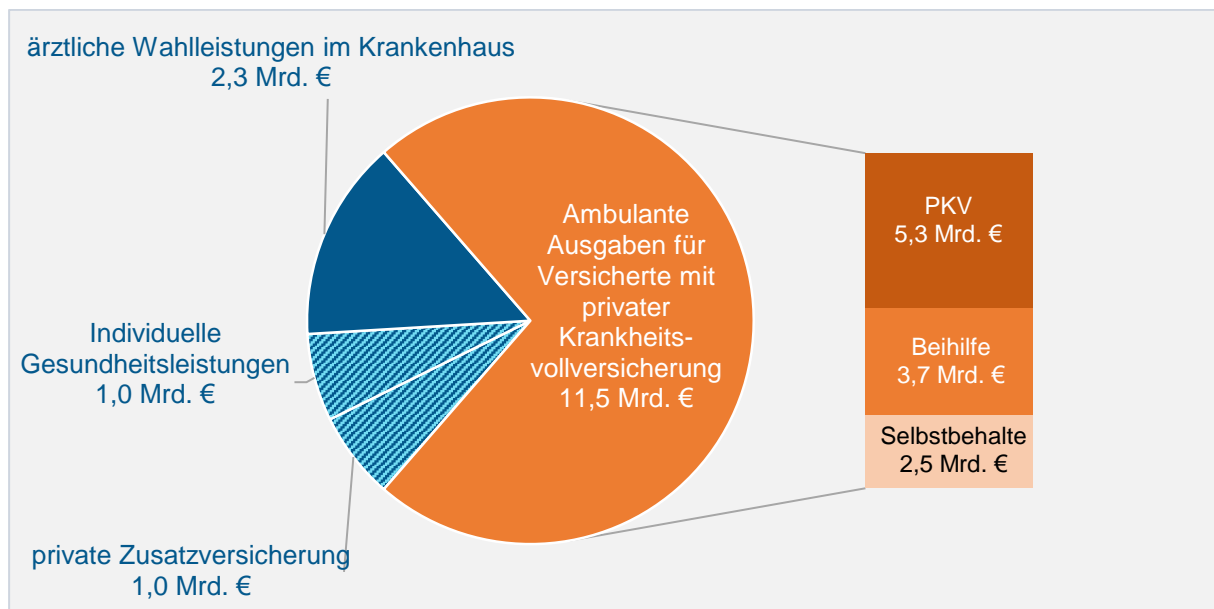
- 243.** Neben der begrenzten MGV ist die starke Orientierung des EBM an der Pauschalierung eines der Kernmerkmale des Vergütungssystems in der vertragsärztlichen Versorgung (s. Abschnitt 2.2.4.1). Im Jahr 2017 entfallen 43 % des abgerechneten Volumens auf *pauschalisierte* GOP, zusätzliche 7 % auf *Leistungskomplexe*. Aber auch *Einzelleistungen* machen mit 32 % einen bedeutenden Anteil aus. Weitere 12 % der abgerechneten Leistungen entstammen den EBM-Kapiteln 32 und 40, sind also in Euro bewertete Laborleistungen und Kostenpauschalen z.B. für die Dialyse. Ungefähr 7 % – über 2,5 Mrd. € – der abgerechneten Leistungen entfallen auf GOP, die nicht im EBM aufgeführt sind. Dies betrifft regional vereinbarte Ziffern (z.T. sind dies auch Zuschläge zu EBM-GOP, s. Rz. 245), aber auch bundesweite Ziffern, welche nicht im EBM, sondern z.B. als eigene Anlage des Bundesmantelvertrages vereinbart werden (u.a. Impfungen, Onkologie-Vereinbarung).
- 244.** Eine regionale Darstellung des Pauschalisierungsgrades findet sich in Abbildung C 8 in Anhang C. Während in Brandenburg 49 % der Abrechnung auf Pauschalen entfällt, sind es in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen nur 37 bzw. 36 %. Dementsprechend schwankt der Anteil der Einzelleistungen von 25 % in Brandenburg bis 34 % in Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg. Eine Besonderheit hinsichtlich des Anteils von GOP außerhalb des EBM stellt Bremen dar, dort werden fast 13 % der Leistungen über Ziffern außerhalb des EBM abgerechnet. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass die Notfallversorgung in Bremen über regional vereinbarte GOP vergütet wird.
- 245.** Unter die Hoheit der regionalen *Gesamtvertragspartner* fällt auch die Vereinbarung von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 SGB V, welcher einerseits einen allgemeinen Zuschlag auf den Orientierungswert vorsieht (§ 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V) und andererseits Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer ermöglicht (§ 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V). Entsprechende Vereinbarungen – hauptsächlich nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V – wurden in 15 der 17 KVen getroffen. Ein allgemeiner Zuschlag auf den Orientierungswert nach § 87a Abs. 2 Satz 2 wurde hingegen nur in Hamburg vereinbart. Das Fördervolumen für die Zuschläge beträgt insgesamt mehr als 180 Mio. € jährlich. Umfang und Schwerpunkt der geförderten Leistungen können regional sehr verschieden sein. In einigen KV-Bezirken werden nur für einige wenige Leistungen wie z.B. das ambulante Operieren oder die rheumatologische Versorgung Zuschläge vereinbart. In anderen KV-Bezirken wird ein relativ breites Leitungsspektrum gefördert. Weitere Schwerpunkte sind u.a. Hausbesuche und die Augenheilkunde. Der Anteil der geförderten Leistungserbringer schwankt ebenfalls regional. Da die Förderung i.d.R. jedoch auf Basis der erbrachten Leistungen und nicht spezifisch für einzelne Leistungserbringer erfolgt, erhalten zumeist fast alle Ärztinnen und Ärzte einer Arztgruppe mindestens einen der Zuschläge. Anders stellt sich die Situation bei den Sicherstellungszuschlägen nach § 105 Abs. 1 und 4 SGB V dar. Auf dieser Basis fließen etwa 13 Mio. € jährlich an etwa 2.500 Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen bzw. in Regionen mit zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf. Die Höhe der Einzelzahlungen reicht von 1.500 € bis hin zu 100.000 €, im Durchschnitt ergeben sich ca. 5.000 € je geförderter Ärztin bzw. geförderter Arzt. Die Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V verfügten 2018 über mehr als 70 Mio. €. U.a. aus diesen Mitteln werden vielfältige weitere Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung finanziert, die von der finanziellen und nicht-finanziellen Unterstützung von Studierenden über die Förderung der ambulanten Weiterbildung bis hin zur Niederlassungsberatung oder zu diversen finanziellen Anreizen für Vertragsärztinnen und -ärzte reichen (KBV 2019b).



#### 5.4. Vergütung gemäß GOÄ

246. Gemäß Berechnungen des wissenschaftlichen Institutes der PKV betragen die Gesamtausgaben im Jahr 2017 für die ambulante ärztliche Behandlung der privat Versicherten mit *Krankheitsvollversicherung* 11,5 Mrd. €. Rechnungen, die ein PKV-Versicherter nicht eingereicht und vollständig selbst getragen hat, sind nicht enthalten (WIP 2019b, S. 7). Von den Gesamtausgaben trug die PKV mit 5,3 Mrd. € etwas unter der Hälfte, die Beihilfe nach den vorliegenden Schätzungen ca. ein Drittel bzw. 3,7 Mrd. € (vgl. Abbildung 10). Etwa 2,5 Mrd. € bzw. über ein Fünftel werden dementsprechend durch anteilige Selbstbehalte der Versicherten getragen, sowohl im Rahmen der privaten Versicherungsverträge als auch der Beihilfe.
247. Die privatärztliche Versorgung umfasst neben der Krankheitsvollversicherung auch private Zusatzversicherungen sowie *individuelle Gesundheitsleistungen*. Erstere umfassen für den ambulant-ärztlichen Bereich etwa eine Mrd. € (WIP 2019a), letztere ebenfalls ca. eine Mrd. € (Zok 2019), wobei gewisse Überschneidungen – also über die PKV versicherte individuelle Gesundheitsleistungen – möglich sind. Außerdem erfolgt auch die Abrechnung anderer Kostenträger z.T. über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ – s.a. Abschnitt 2.1.3), genauere Daten liegen dazu jedoch nicht vor. Grundsätzlich wird auch die Behandlung von Versicherten mit Kostenerstattung in der GKV (s.a. Abschnitt 2.3.5) im ambulanten Bereich über die GOÄ abgerechnet. Die Ausgaben sind mit 30 Mio. € jedoch vernachlässigbar (BMG 2019a). Insgesamt ergibt sich somit ein über die GOÄ abgerechnetes ambulantes Honorarvolumen von ca. 13 Mrd. €. Die Vergütung von ärztlichen *Wahlleistungen* im Krankenhaus, welche gemäß der GOÄ erfolgt, aber nicht der ambulanten Versorgung zuzurechnen ist, betrug im Jahr 2017 weitere 2,3 Mrd. € (PKV-Verband 2018a, s.a. Abbildung 13).

**Abbildung 13: Geschätztes Ausgabenvolumen nach der GOÄ abgerechneter Leistungen im Jahr 2017**



Die private Zusatzversicherung sowie das Volumen für ärztliche Wahlleistungen im Krankenhaus beinhalten nur die über die PKV erstatteten Leistungen. Zu darüber hinausgehenden privaten Ausgaben liegen keine Daten vor. Die Ausgaben für *individuelle Gesundheitsleistungen* und die Ausgaben für private Zusatzversicherungen können sich z.T. auf identische Leistungen beziehen, die genaue Höhe ist daher unbekannt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2019a); Destatis (2019b); PKV-Verband (2018a), WIP (2019a, 2019b), Zok (2019)

**248.** Im Unterschied zur Abrechnung nach EBM bzw. den regionalen Gebührenordnungen erfolgt die Abrechnung nach GOÄ auf Einzelleistungsbasis. Das Abrechnungsvolumen verteilt sich dementsprechend auf eine Vielzahl verschiedener Ziffern. Die 25 am häufigsten abgerechneten Ziffern der GOÄ standen 2005 mengenmäßig dennoch für fast die Hälfte aller Leistungen, wertmäßig für fast zwei Fünftel. Neuere Zahlen sind nicht verfügbar. Da die GOÄ jedoch seitdem nicht verändert wurde, lassen sich die Erkenntnisse vermutlich gut übertragen. Unter die wichtigsten Ziffern fielen vor allem Beratungsleistungen (z.B. Ziffern 1, 5) und (Eingangs-) Untersuchungen, z.B. bestimmter Organsysteme (Ziffer 7), aber auch Sonografien (Ziffern 410 und 420) oder EKG (Ziffer 651; WIP 2008, S. 9 f.). Die Ziffern 1 (Beratung) und 7 (Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems) stehen für etwa 10 % der privatärztlichen Honorare (Klakow-Franck et al. 2019). Analogleistungen, also Leistungen welche nicht in der GOÄ enthalten sind, sondern nach § 6 Abs. 2 GOÄ entsprechend ähnlicher Leistungen abgerechnet werden, machten im Jahr 2014 ca. 6 % aller Abrechnungen aus (WIP 2019a). Die GOÄ sieht eine differenzierte Abrechnung von Leistungen auf Basis der Schwierigkeit, des Zeitaufwands und der Umstände bei der Ausführung vor. Hierzu werden die so genannten Steigerungsfaktoren verwendet (§ 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ, s.a. Abschnitt 2.3.3.2). In der Praxis wird jedoch beim Großteil der Abrechnungen – etwa 80 % – der ohne weitere Begründung anwendbare Regelhöchstsatz (auch Schwellenwert, zumeist der 2,3-fache Satz) angesetzt. Nur in ca. 5 % der Abrechnungen wird ein niedrigerer Gebührensatz verwendet. In knapp über 10 % der Fälle wird hingegen eine Überschreitung des Regelhöchstsatzes begründet und bis zum Höchstsatz (zumeist der 3,5-fache Satz) abgerechnet. Der in der GOÄ festgelegte Höchstsatz wird in etwa 4 % der Fälle durch eine abweichende Vereinbarung (§ 2 GOÄ) übertroffen (PKV-Verband 2018c, S. 87). Dass sich das ärztliche Liquidationsverhalten an der oberen Grenze der Gebührenspanne orientiert, stellte die Bundesregierung bereits 1985 fest (BR-Drucksache 625/85, S. 17 f.). Schon damals erfolgten über 80 % der Abrechnungen genau zum Schwellenwert – ein Umstand, der sich im Zeitverlauf als sehr stabil erwies (vgl. z.B. PKV-Verband 1998, S. 69). Die verschiedenen Steigerungsfaktoren wurden und werden also nur bedingt zur Differenzierung des Leistungsgeschehens genutzt.

### 5.5. Vergleich der Vergütungshöhe nach EBM und GOÄ

- 249.** Wie unter Rz. 231 bereits dargelegt, sind die Ausgaben für Privatversicherte im Vergleich zu nach Alter und Geschlecht ähnlichen GKV-Versicherten i.d.R. deutlich höher. Dies ist auch auf die Vergütungsunterschiede zwischen dem EBM und der GOÄ zurückzuführen. Um diese Differenz konkret zu ermitteln, bedarf es jedoch einigen Aufwands; eine einfache Gegenüberstellung der Leistungen und ihren Bewertungen ist nicht möglich. So stehen den grundsätzlich pauschalierend zusammengefassten Leistungen im EBM detaillierte Einzelleistungen in der GOÄ gegenüber. Darüber hinaus entspricht die GOÄ weitestgehend dem medizinisch-technischen Stand der 1980er Jahre, was im Abrechnungsprozess zur Nutzung von Analogziffern führt (s. Rz. 153). Die Nutzung von Steigerungssätzen in der GOÄ, die *Budgetierung* in der GKV sowie divergierende Rahmenbedingungen wie z.B. unterschiedliche zeitliche Abgrenzungen des Behandlungsfalls erschweren zusätzlich den Vergleich der Vergütungshöhe.
- 250.** Dennoch sind einzelne Studien zu Bewertungsdifferenzen verfügbar. Drei unterschiedliche Ansätze wurden dabei verfolgt (vgl. Tabelle 2). Ein übergreifender systematischer Vergleich von EBM und GOÄ – die anderen Ansätze betrachten entweder nur Teilbereiche oder lediglich die Gesamtausgaben – wurde dabei vor über 10 Jahren erstellt und ergab einen Unterschied in den Vergütungshöhen um den Faktor 2,3. Seitdem wurde jedoch der EBM stark überarbeitet, insbesondere nahm die Nutzung pauschalierter Leistungsbestandteile deutlich zu. Zudem stieg die

vertragsärztliche Vergütung z.T. erheblich während die der GOÄ unverändert blieb. Eine Übertragung der damaligen Ergebnisse auf die heutige Situation ist daher nur eingeschränkt möglich. Analysen des WIP zu den Mehrausgaben der PKV-Versicherten (s.a. Rz. 231) legen aber nahe, dass das Verhältnis – einschließlich eines unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhaltens der PKV-Versicherten – weiterhin etwa das 2,3-fache beträgt.

**Tabelle 2: Übersicht über die Ergebnisse verschiedener Studien zu Vergütungsunterschieden zwischen privat- und vertragsärztlicher Versorgung**

Studie und Bezugsjahr	Methode	Ermittelter Vergütungsunterschied (Faktor)
<b>Walendzik et al. (2008) für das Jahr 2006</b>	Algorithmische Ermittlung der Vergütungsunterschiede auf Basis von Kostenerstattungsdaten einer gesetzlichen Krankenkasse	2,3
<b>Neubauer/Minartz (2013) für das Jahr 2011/2012</b>	Vergleich der Bewertung ausgewählter GOP der Radiologie nach GOÄ und EBM	2,2 bis 4,7
<b>WIP (2019b) für das Jahr 2017</b>	Vergleich der ambulanten Gesamtausgaben für nach Alter und Geschlecht identische Versicherte	2,3

Quelle: Eigene Darstellung

251. Vor diesem Hintergrund wurde für eine Auswahl von zehn *Arztgruppen* der Vergleich der Vergütungshöhen nach EBM und GOÄ beauftragt (WIG2/Living Business AG 2019). Zur Komplexitätsreduktion erfolgte dies für jeweils fünf GOP des EBM, wobei als Auswahlkriterium insbesondere deren finanzielle Bedeutung im Sinne des Umsatzanteils der Leistungserbringer herangezogen wurde. Folgende weitere Festlegungen wurden dabei zur Vereinfachung getroffen:
- In die Betrachtung wurden zunächst ausschließlich die obligaten Leistungsbestandteile des EBM einbezogen. Es wurde also die Annahme getroffen, dass fakultative Bestandteile, welche durch pauschalierte Vergütungen im EBM abgegolten werden, bei der Abrechnung nach GOÄ nicht erbracht würden. Die potenzielle Vergütung gemäß der GOÄ wird damit unterschätzt.
  - Auf der Seite des EBM werden die Grundpauschalen i.d.R. durch Zusatzpauschalen oder Zuschläge ergänzt. Dies erhöht die potenzielle Vergütung nach EBM, wurde im Rahmen der Studie jedoch nicht berücksichtigt.
  - Als Steigerungsfaktor in der GOÄ wurde grundsätzlich der Schwellenwert (i.d.R. der 2,3-fache Faktor) angesetzt.
  - Weitere Aspekte wie die mengenbegrenzenden Regelungen der MGV und die unterschiedlichen Definitionen von Behandlungs- oder Krankheitsfall, welche eine unterschiedliche Art der Behandlung anreizen können, wurden nicht berücksichtigt, indem als Grundlage ein Versorgungszeitraum von drei Monaten gewählt wurde.
252. Diese Annahmen können in beide Richtungen zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen. Unter Berücksichtigung dieser Limitationen zeigt sich, dass für die betrachteten Arztgruppen und GOP das Verhältnis der Bewertungen von GOÄ zu EBM im Durchschnitt weiterhin etwa 2,3 beträgt. Grundsätzlich entspräche der Einzelsatz der GOÄ damit weiterhin – wie zur Einführung der GOÄ beabsichtigt (BR-Drucksache 625/85, S. 7 f.) – in etwa der durchschnittlichen Gebührenhöhe des

EBM. Die Bewertungsunterschiede differieren auf Ebene der einzelnen Leistungen jedoch teilweise erheblich, sodass keine allgemein gültige Aussage zu den Vergütungsunterschieden getroffen werden kann. Dies führt auch zwischen den Fachdisziplinen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. So werden psychotherapeutische Leistungen i.d.R. nach GOÄ kaum besser vergütet, unter Berücksichtigung der verschiedenen strukturellen Zuschläge in der GKV, kann die Vergütung für PKV-Versicherte hier sogar geringer ausfallen als für GKV-Versicherte. Im Gegensatz dazu liegt die Bewertung radiologischer Leistungen in der GOÄ im Mittel beim 3,4-fachen der EBM-Bewertung.

- 253.** In einem zweiten Schritt wurden auch die fakultativen Leistungsbestandteile in den Vergleich mit einbezogen. Werden diese berücksichtigt, ergibt sich eine durchschnittliche 4,7-fach höhere Vergütung in der GOÄ, da in dieser die fakultativen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden können. Die zunehmende Pauschalierung des EBM hat also eine enorme Wirkung auf die Höhe der Vergütung (s.a. Abschnitt 6.3.1.1). Sie gleicht damit auf der Ebene des Bewertungsvergleichs einzelner Leistungen die allgemeinen Honorarsteigerungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu gewissen Teilen aus. So beträgt z.B. das Verhältnis von GOÄ zu EBM für die Leistungen der Grundpauschale der Augenheilkunde bei ausschließlicher Betrachtung der obligaten Bestandteile des EBM 1,4. Bezieht man die fakultativen Bestandteile ein, steigt das Verhältnis auf über das 13-fache.
- 254.** Um diese theoretische Betrachtung der Vergütungsdifferenzen anhand ausgewählter praxisorientierter Beispiele zu veranschaulichen, wurden verschiedene Musterpatientinnen bzw. -patienten mit beispielhaften Krankheitskomplexen definiert und Behandlungspfade zugewiesen. Z.B. wurde die Behandlung eines 70-jährigen Patienten mit Katarakt (grauem Star) ohne weitere Erkrankungen, aber auch die eines 75-jährigen multimorbiden Patienten modelliert. Anhand dieser definierten Patientinnen bzw. Patienten erfolgte eine Überprüfung der Vergütungsunterschiede. Die Relation der Vergütung nach GOÄ und EBM bewegte sich in der oben skizzierten Größenordnung. Je nach Konstellation war die Abrechnung nach GOÄ zwischen dem 1,4- und 3,3-fachen besser vergütet (s. Musterpatienten in Anhang D).

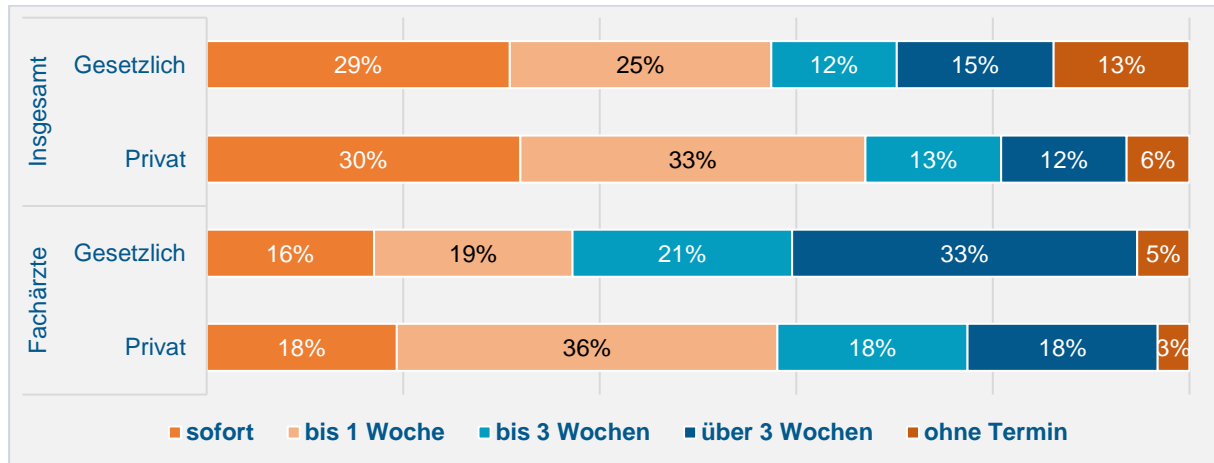
Zusammenfassend betrachtet ist die Abrechnung nach GOÄ i.d.R. weiterhin deutlich attraktiver als die nach EBM, insbesondere wenn eine Leistung im EBM stark pauschaliert ist.

## 5.6. Empirische Daten zu Wartezeiten für Termine

- 255.** Wartezeiten für Termine bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind immer wieder Gegenstand politischer Diskussionen. In den Koalitionsverträgen der letzten beiden Legislaturperioden war der Zugang zur Versorgung für gesetzlich Versicherte Themenfeld (Koalitionsvertrag 18. Legislaturperiode, S. 75; Koalitionsvertrag 19. Legislaturperiode, S. 97). Wartezeiten müssen dabei per se nicht nachteilig für die gesundheitliche Versorgung sein und sind grundsätzlich bei beschränkten Ressourcen nicht vermeidbar. Erst wenn sie zu ausbleibender oder nicht zeitgerechter Versorgung führen oder nicht durch die Dringlichkeit des medizinischen Problems beeinflusst werden, besteht die Gefahr einer nicht *bedarfsgerechten* Versorgung (s. Rz. 357, 358).
- 256.** Wartezeiten werden in Deutschland im Unterschied zu vielen anderen Staaten nicht gesetzlich erfasst (Viberg et al. 2013, S. 55), sodass hauptsächlich Versichertenbefragungen zur empirischen Einschätzung der Situation herangezogen werden können. Nach Angaben der Versichertenbefragung 2019 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erhalten Privatversicherte – bei insgesamt geringen Unterschieden – tendenziell schneller einen Termin als GKV-Versicherte. 54 % der GKV-Versicherten und 63 % der PKV-Versicherten gaben an, ihren letzten Arzttermin innerhalb

einer Woche erhalten zu haben<sup>20</sup>. 15 % der GKV-Versicherten und 12 % der PKV-Versicherten warteten über drei Wochen auf einen Termin (KBV 2019d, S. 137 ff.). Etwas anders stellt sich die Situation in der fachärztlichen Versorgung dar, wie Abbildung 14 zeigt (s.a. Roll et al. 2012), wobei Diskrepanzen in den Wartezeiten eher in städtischen als in ländlichen Regionen vorkommen (Sundmacher/Kopetsch 2013, S. 6).

**Abbildung 14: Wartezeiten auf einen Arzttermin in 2019**



Angaben in Prozent der Befragten. Die Frage lautete: „Wie lange hat es gedauert, bis Sie für Ihren letzten Praxisbesuch einen Termin bekommen haben?“. Ausgewählt wurden alle Befragten, welche in den letzten 12 Monaten beim Arzt waren. Differenzen zu 100 % ergeben sich durch die Antworten „gibt keine Termine“, „Termin nicht notwendig“ und „weiß nicht mehr“.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2019d)

- 257.** Aus Sicht der Patientinnen und Patienten besteht zumindest ein gewisser Handlungsbedarf: In der Befragung der KBV bewerten 11 % die Wartezeiten als zu lange, immerhin 16 % sehen dies so bei Facharztterminen.<sup>21</sup> Vor allem Terminvergaben über einer Woche sorgen bei 31 % der Wartenden für Unmut. Bei Terminen über drei Wochen befinden sogar 43 % der Betroffenen die Wartezeit als zu lang. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch auch, dass 89 % der Befragten mit der Terminvergabe grundsätzlich zufrieden sind oder ohne Termin in der Praxis behandelt werden. (KBV 2019d, S. 163). Trotz der insgesamt relativ guten Situation kann es jedoch regional und bei einzelnen Facharztgruppen zu für die Versicherten relevanten Wartezeitproblemen kommen (Sundmacher et al. 2018, Kapitel 3) und insbesondere kann zum Ende des Quartals die Wartezeit für GKV-Versicherte als zu lang empfunden werden (s. Rz. 323 ff.).
- 258.** Gleichwohl sich die politische Diskussion um Wartezeiten auf den Systemunterschied GKV/PKV konzentriert, haben weitere Faktoren Einfluss auf die Länge der Wartezeiten. So beeinflusst der medizinische Anlass eines Arztbesuches bzw. dessen Dringlichkeit wesentlich die Terminvergabe (Roll et al. 2012, S. 625; Tille et al. 2017, S. 61). Darüber hinaus hat der sozioökonomische Status – unabhängig vom Versichertenstatus – Einfluss auf Terminwartezeiten (Sundmacher et al. 2018, S. 75 ff.).

<sup>20</sup> Die Frage lautet: „Wie lange hat es gedauert, bis Sie für Ihren letzten Praxisbesuch einen Termin bekommen haben?“. Ausgewählt wurden alle Befragten, welche in den letzten 12 Monaten beim Arzt waren.

<sup>21</sup> Die Frage lautet: „Und hat es Ihnen zu lange gedauert, bis Sie einen Termin bekommen haben?“ Als Antwort wurde „Ja“ und „Nein“ angeboten. Für Patientinnen und Patienten, die ohne Termin behandelt wurden, entfiel die Frage.



- 259.** Internationale Vergleiche der Wartezeiten, für deren Interpretation stets die Unterschiede in den Systemen zu berücksichtigen sind, zeigen uneinheitliche Ergebnisse (s.a. Abschnitt 6.3.3.1). Zwar legt eine Umfrage des Commonwealth Fund unter älteren (privat und gesetzlich versicherten) Patientinnen und Patienten nahe, dass diese in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern längere Wartezeiten auf einen Arzttermin in Kauf nehmen müssen (Osborn et al. 2017).<sup>22</sup> Allerdings wird in derselben Befragung auch eine überdurchschnittlich schnelle Unterstützung durch Hausarztpraxen konstatiert, i.d.R. noch am selben Tag (IQTIG 2019). So finden andere Befragungen – inkl. denen des Commonwealth Fund – zumeist auch nur geringe Werte für sehr lange Wartezeiten<sup>23</sup> in Deutschland (Osborn et al. 2016). Daten von Eurostat legen ferner nahe, dass in Deutschland fast nie auf ärztliche Behandlung aus Gründen der Wartezeit verzichtet werden muss (Eurostat 2019).<sup>24</sup> Befragungen im Rahmen des „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ bestätigen dies auch für ältere (PKV- und GKV-)Versicherte: Nur etwa 2 % der befragten über-50-Jährigen in Deutschland gaben an, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten einen Arzttermin aufgrund langer Wartezeiten vermieden haben. Im Durchschnitt der untersuchten europäischen Länder bejahten dies hingegen 7 %, in Italien sogar 15 % (Börsch-Supan et al. 2013; Börsch-Supan 2019; vgl. auch SVR 2018, Tz. 534 ff. für die vorherige Befragungswelle).

## 5.7. Vergütung aus Sicht der Leistungserbringer

### 5.7.1. Übersicht zu den an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten

- 260.** Von 2010 bis 2018 stieg die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte inkl. der Psychotherapeutinnen und -therapeuten um über 10 % auf 175.000 (KBV 2019a). Die verfügbare Arbeitszeit – gemessen an den Gewichten der *Bedarfsplanung* – stieg seit 2010 hingegen um lediglich 3 %. Versorgungskapazitäten in spezialisierten Bereichen wie der Neurologie und in vielen Schwerpunkten der Inneren Medizin wuchsen auch unter Berücksichtigung der zunehmenden Teilzeittätigkeit im zweistelligen Prozentbereich. Bei grundversorgenden Facharztgruppen wie der Gynäkologie, der Dermatologie oder der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ist hingegen kaum noch reales Wachstum zu beobachten, bei Hausärztinnen und -ärzten geht die Kapazität bereits zurück (KBV 2019e). Für die Zukunft ist daher von rückläufigen Kapazitäten auszugehen. Die KBV geht in einer Prognose für das Jahr 2030 unter Berücksichtigung angebots- und nachfrageseitiger Faktoren von 10.000 fehlenden Hausärztinnen bzw. -ärzten und ebenfalls deutlichen Lücken bei den grundversorgenden Facharztgruppen aus (KBV 2016).
- 261.** In den letzten Jahren ist insgesamt ein steigender Trend hin zu größeren Versorgungseinheiten zu beobachten. Im Jahr 2017 waren rund 44 % aller Ärzte und Psychotherapeuten in kooperativen Praxisstrukturen, also in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), tätig. Insbesondere die Beschäftigung in MVZ wuchs stark, sodass dort mittlerweile 11 % aller an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden beschäftigt sind. In absoluten Zahlen wuchs auch die Beschäftigung in Einzelpraxen und BAG (KBV 2019a). Insbesondere für die Einzelpraxen war dieser Anstieg jedoch fast ausschließlich auf die

<sup>22</sup> Anteil der Befragten (über-65-Jährigen), die sechs oder mehr Tage auf einen Termin warten mussten. Patientinnen und Patienten ohne Termin wurden nicht berücksichtigt.

<sup>23</sup> Anteil der Befragten, welche beim letzten Facharztbesuch länger als zwei Monate auf einen Termin warten mussten.

<sup>24</sup> Nach eigenen Angaben nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung mit Angabe des Grundes „Warteliste“.



zunehmende Zahl der psychotherapeutisch Tätigen zurückzuführen. Tabelle 3 stellt daher die Entwicklung nach Praxisarten ohne die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten dar. Es wird deutlich, dass die durchschnittliche Arbeitsgröße in MVZ zuletzt sowohl bzgl. der Köpfe als auch hinsichtlich des Versorgungsumfangs (gemessen an den Arztstunden) zurückging, während BAG in den letzten Jahren zunehmend größer wurden. Die MVZ verzeichnen dabei trotz der geringen Arbeitsstunden je Ärztin bzw. Arzt (im Schnitt etwa 70 % einer Vollzeitstelle) seit 2010 insgesamt eine Verdopplung des angebotenen Versorgungsauftrages. Bei Einzelpraxen ist dieser hingegen seit Jahren rückläufig, bei BAG noch konstant.

262. Diese Entwicklung ist auf die zunehmende Zahl Angestellter und die vermehrte Arbeit in Teilzeit zurückzuführen. Der Anteil Angestellter (nach Köpfen) betrug im Jahr 2018 insgesamt 20 %. Vor allem in spezialisierten Bereichen wie der Radiologie (43 %) ist deren Bedeutung groß. In Teilzeit (höchstens halber Versorgungsauftrag oder Anstellung bis 30 Stunden pro Woche) arbeiten insgesamt 25 %, wobei insbesondere der Bereich der Psychotherapie mit fast 50 % hervorsticht. Zudem ist auch bei Vollzeitarbeitenden ein leichter Rückgang der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit zu beobachten (Zi 2019b).

**Tabelle 3: Zahl der Ärztinnen und Ärzte nach Praxisart und Teilnahmeumfang 2010 bis 2018**

Jahr	Einzelpraxen			BAG			MVZ		
	Ärzte	Ärzte je Praxis	Köpfe	Ärzte	Ärzte je Praxis	Köpfe	Ärzte	Ärzte je Praxis	Köpfe
	Gewichtet mit Teilnahmeumfang		Köpfe	Gewichtet mit Teilnahmeumfang		Köpfe	Gewichtet mit Teilnahmeumfang		Köpfe
2010	68.019	1,0	1,1	45.755	2,3	2,5	6.570	4,0	5,1
2011	67.050	1,0	1,1	46.005	2,3	2,5	7.495	4,1	5,5
2012	66.541	1,0	1,1	46.349	2,3	2,5	8.313	4,3	5,7
2013	66.187	1,0	1,1	46.408	2,4	2,6	8.922	4,4	6,0
2014	65.645	1,0	1,1	46.274	2,4	2,7	9.430	4,5	6,2
2015	65.003	1,0	1,1	46.285	2,4	2,7	9.930	4,6	6,4
2016	64.226	1,0	1,1	46.226	2,5	2,8	10.869	4,4	6,2
2017	63.152	1,0	1,1	46.144	2,5	2,8	11.977	4,2	6,0
2018	62.299	1,1	1,2	45.946	2,5	2,8	13.081	4,1	5,9

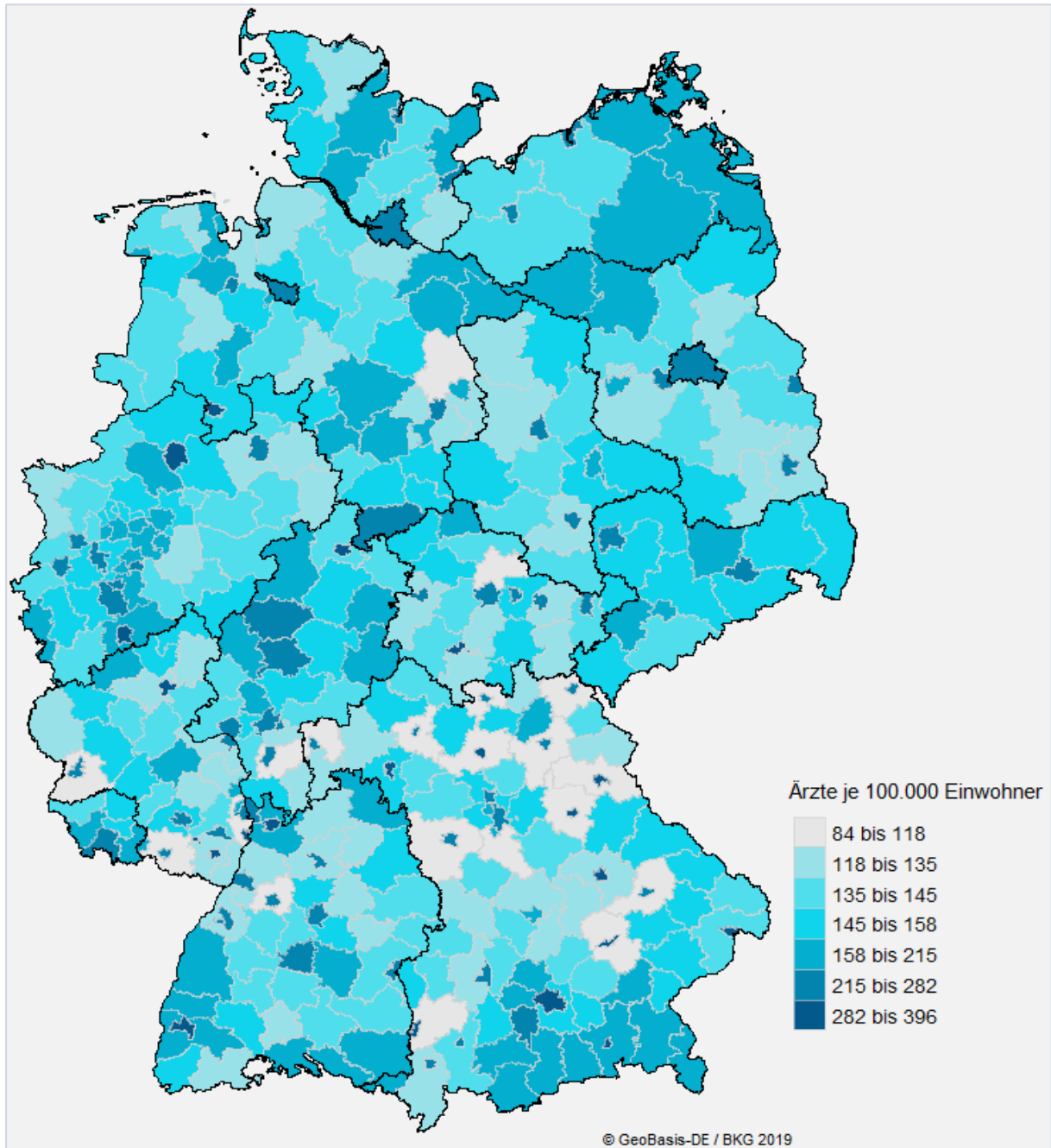
BAG = Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ = Medizinische Versorgungszentren  
 Ohne *Ermächtigte*. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind nicht einbezogen. Diese arbeiten mit leicht abnehmender Tendenz zu 90 % in Einzelpraxen. Ärzte in Einzelpraxen können ihren Arbeitsumfang reduzieren und für den verbleibenden Leistungsumfang einen Arzt anstellen („Jobsharing in Anstellung“). Daher arbeitet im Durchschnitt mehr als eine Ärztin bzw. ein Arzt in Einzelpraxen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2019e)

263. Die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden sind regional z.T. sehr unterschiedlich verteilt, wie Abbildung 14 zeigt. Je nach Landkreis (bzw. kreisfreier Stadt) beträgt die ambulante Ärztedichte, also die Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner, zwischen 84 und 396. Dabei fällt auf, dass in städtischen Zentren viele Ärztinnen bzw. Ärzte je Einwohner zu verzeichnen sind, während im ländlichen Raum verhältnismäßig wenige Ärztinnen und Ärzte arbeiten. Dies beschränkt sich nicht auf ein Ost-West-Gefälle, viele der Landkreise mit niedriger Ärztedichte liegen bspw. in Bayern und Rheinland-Pfalz. Für die *allgemeine fachärztliche Versorgung* wird

angenommen, dass städtische Zentren umliegende Regionen stark mitversorgen. Diese Mitversorgungsbeziehungen werden in die Bedarfsplanung einbezogen. Dennoch sind im Osten Deutschlands größere Cluster von Kreisregionen mit niedriger Ärztedichte zu finden, bei einer gleichzeitig älteren Bevölkerung.

**Abbildung 15: Regionale Verteilung der Ärzte 2018 nach Landkreisen und kreisfreien Städten**



Summe über alle Ärzte und Psychotherapeuten. Die Gruppeneinteilung erfolgte in 5 Quintile, das oberste und unterste Quintil wurden zusätzlich hälftig unterteilt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2019a)

- 264.** Rein privatärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte sind in Abbildung 15 nicht erfasst. Genaue Zahlen zu den Privatärztinnen und -ärzten sind nicht bekannt, zuletzt meldete die Bundesärztekammer (BÄK) 2011 eine Zahl von 2.400 (BÄK 2012, S. 1). Eine steigende Differenz (ca. 1/3 Anstieg seit 2011) zwischen der Anzahl ambulant tätiger Ärzte gemäß der Bundesärztekammer (BÄK 2019) und der von der KBV gemeldeten Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (KBV 2019a) legt nahe, dass die Zahl der Privatärzte seitdem zugenommen hat.<sup>25</sup> Dennoch beschränkt sich die rein privatärztliche Tätigkeit vermutlich auf einige wenige Regionen mit hohem PKV-Anteil und spielt für die Betrachtung der ambulanten Versorgung als Ganzes nur eine untergeordnete Rolle.
- 265.** Die Zahl der mittels *Ermächtigung* an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte liegt mit zuletzt leicht abnehmender Tendenz bei etwa 10.000. Die Ermächtigten werden in der Bedarfsplanung gemäß ihres tatsächlichen Tätigkeitsumfangs gemessen an der Fallzahl berücksichtigt (§ 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 2019). Zum Umfang ambulanter *honorarärztlicher Tätigkeit*, welche keiner einheitlichen Definition unterliegt, liegen keine Informationen vor. Im stationären Bereich und insbesondere in der Notfallversorgung hat in den letzten Jahren die Bedeutung von Honorarärztinnen bzw. -ärzten zugenommen (BT-Drucksache 18/11142), durch die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die zukünftige Entwicklung jedoch unklar (BSG v. 04.06.2019, B 12 R 11/18 R). Die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung basiert auf Angaben für die Gesamtbevölkerung und berücksichtigt nicht nur GKV-Versicherte.

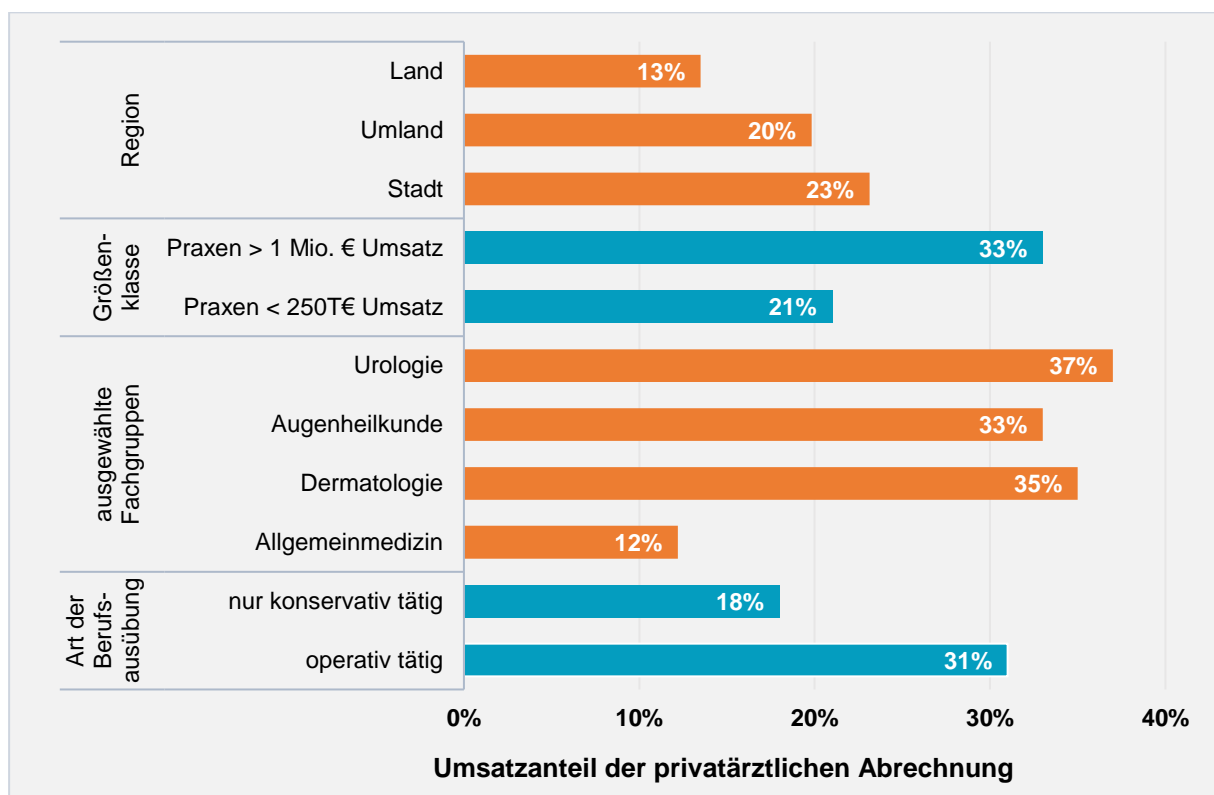
### 5.7.2. Allgemeine wirtschaftliche Situation

- 266.** Die unterschiedliche Entwicklung der *Arztgruppen* kann nicht zuletzt auch der finanziell unterschiedlichen Situation geschuldet sein. Differenzen in der Ertragssituation der Ärztinnen und Ärzte können – neben vielen individuellen Aspekten – sowohl Folge von Vergütungsunterschieden innerhalb der Systematiken der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung sein als auch durch sonstige strukturelle Unterschiede zwischen beiden Systemen verursacht werden. Im Bundesschnitt entfallen nach Daten des Zi-Praxispanels im Jahr 2016 etwa 20 % der Einnahmen für die ambulante ärztliche Behandlung auf die Privatabrechnung (inkl. Beihilfe, Selbstzahlern und IGeL), weitere 5 % auf die Unfallversicherung und sonstige Tätigkeiten (z.B. aus honorarärztlicher Tätigkeit; Zi 2019c). Gemäß Daten des Statistischen Bundesamtes entfallen im Bundesschnitt sogar 26 % auf die private Abrechnung, 3,5 % auf sonstige Tätigkeiten (Destatis 2018). Psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen werden dort jedoch separat geführt (Anteil aus privater Abrechnung dort etwa 12 %).
- 267.** Wie bereits Abbildung 9 vermuten lässt, ist die Bedeutung der privaten Abrechnung gemäß der GOÄ regional sehr verschieden. So macht in Hamburg nach Daten des Zi-Praxispanels die private Abrechnung mit 27 % über ein Viertel der Einnahmen ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte aus. Über dem Durchschnitt liegen neben Hamburg insbesondere Hessen und Baden-Württemberg mit 24 und 25 %. Deutlich geringer ist hingegen die Bedeutung der privaten Abrechnung in den ostdeutschen Bundesländern mit Einnahmeanteilen von 8 bis 11 % (vgl. Abbildung C 10 in Anhang C). Allgemein zeigt sich ein starkes Stadt-Land-Gefälle. Während in städtischen Regionen die private Abrechnung im Schnitt 23 % der Einnahmen ausmacht, sinkt die Bedeutung im Umland auf 20 % und macht in ländlichen Regionen nur noch 13 % der Einnahmen aus (Zi 2019b).

<sup>25</sup> Gleichwohl die Differenz aufgrund unterschiedlicher Abgrenzungs- und Zählweisen nicht die Zahl der Privatärzte widerspiegelt.

- 268.** Der PKV-Verband führt am Beispiel Bayerns an, dass die Mehrumsätze in ländlichen Regionen in realen Werten, also unter Berücksichtigung ortsabhängiger Kostenstrukturen, betrachtet werden müssen. Unter diese Prämisse lägen die Mehrumsätze je Ärztin bzw. Arzt in ländlichen Regionen mit 65.000 € real um etwa 20 % höher als in Ballungsgebieten (PKV-Verband 2019, S. 47). Ungeachtet der konkreten Berechnungen sind für die Bemessung der Bedeutung der PKV-Einnahmen die GKV-Einnahmen jedoch ebenfalls als reale Werte anzusetzen. Das Verhältnis der Einnahmequellen und damit die regionale Bedeutung der GOÄ bleibt bei dieser Betrachtung dementsprechend unverändert.
- 269.** Zwischen den Arztgruppen und auch je nach Ausrichtung innerhalb einzelner Arztgruppen schwankt die Bedeutung der privaten Abrechnung stark, wie Abbildung 16 zeigt.

**Abbildung 16: Anteil der privatärztlichen Einnahmen an allen Praxiseinnahmen nach ausgewählten Abgrenzungen**



Daten aus dem Jahr 2016 bzw. 2015 (Größenklasse, von Destatis).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018), Zi (2019c, 2019b)

- 270.** Zusammenfassend betrachtet ist die GOÄ insbesondere für spezialisierte Ärztinnen und Ärzte mit hohem technischem Leistungsanteil, bevorzugt in städtischen Regionen und in größeren Praxen, von Bedeutung. In ländlichen Regionen und in der hausärztlichen Versorgung spielt die Abrechnung nach GOÄ eine geringere Rolle. Der Anteil der Leistungen, der nach GOÄ abgerechnet wird, steht dabei – zumindest im Allgemeinen – nicht stellvertretend für die Profitabilität einer Praxis. So ist der Jahresüberschuss der Praxen, also die Einnahmen abzüglich aller praxisbezogenen Aufwendungen vor Steuern, in den ostdeutschen Bundesländern höher als im Bundesdurchschnitt; in den Stadtstaaten mit zumeist hohen privaten Anteilen sind die Jahresüberschüsse hingegen i.d.R. unterdurchschnittlich. Praxen in ländlichen Regionen erwirtschaften im Schnitt einen 20 % höheren Überschuss als in Städten (Zi 2019b), der jedoch mit

einer tendenziell leicht höheren Wochenarbeitszeit sowie höheren Patientenzahlen einhergeht (Leibner et al. 2018, S. 26 ff.).

271. Tabelle 4 fasst die wirtschaftliche Situation verschiedener Arztgruppen (ohne Berücksichtigung von MVZ) auf Basis des Zi-Praxispanels zusammen. Im Durchschnitt erwirtschafteten die Arztpraxen im Jahr 2016 einen Jahresüberschuss von etwa 210.000 €. Um die zunehmende Organisation in größeren Versorgungseinheiten zu berücksichtigen, ist die Betrachtung je Praxisinhaber aufschlussreicher; hier liegt der durchschnittliche Jahresüberschuss bei 170.000 €. Rechnet man die Psychotherapie heraus, ergeben sich etwa 190.000 €. Das statistische Bundesamt nennt für 2015 einen durchschnittlichen Überschuss bzw. Reinertrag von 192.000 € je Praxisinhaber (177.000 € für 2015 gemäß Zi), es berücksichtigt jedoch auch reine Privatpraxen in seiner Erhebung.
272. Tabelle 4 veranschaulicht weiterhin die finanziell sehr unterschiedliche Bedeutung der privaten Abrechnung für die Fachgruppen. Die Betrachtung umfasst näherungsweise „Fallwerte“ für den privatärztlichen (inkl. IGeL) und den vertragsärztlichen Bereich – welche sich als Verhältnis der jeweiligen Einkommens- und Patientenanteile ergeben –, und ermöglicht Einblicke über die reinen Anteile hinaus. Während in der Allgemeinmedizin oder der Psychotherapie der Quotient von privat- zu vertragsärztlicher Abrechnung etwa 1,4 bzw. 1,2 beträgt, die Privatabrechnung also nur mit vergleichsweise geringen Mehrumsätzen einhergeht, sind die Unterschiede in anderen Fachgruppen ausgeprägter. In der Kardiologie oder Orthopädie beträgt der Quotient bis zu 4,5.
273. Welche Auswirkungen diese unterschiedliche Vergütungssituation hat, ist umstritten. Einzelne Analysen legen nahe, dass Praxen mit höherem Anteil an privater Abrechnung mehr investieren (Ehrhardt 2018, S. 198). Letztlich fehlt jedoch eine Datengrundlage, welche insbesondere auch Daten aus der privatärztlichen Versorgung umfasst, um die zugrundeliegenden komplexen Anreize (s.a. Kap. 6) auch in ihren praktischen Auswirkungen bewerten zu können. Analysen der Versorgungssituation beschränken sich daher i.d.R. auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

**Tabelle 4: Durchschnittliche Praxisinhabereinnahmen ausgewählter Arztgruppen mit Privat- und GKV-Anteilen im Jahr 2016**

Fachgebiet	Einnahmen in T€	Überschuss* in T€	Anteil GKV (Patienten/Einnahmen)	Anteil privat (Patienten/Einnahmen)	Privat zu GKV**
<b>Gesamt</b>	326,5	170,4	87 % / 76 %	11 % / 19 %	2,1
Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)	323,9	174,4	90 % / 84 %	9 % / 12 %	1,4
Anästhesiologie	336,3	173,0	80 % / 60 %	14 % / 24 %	2,4
Augenheilkunde	527,9	274,5	83 % / 62 %	15 % / 33 %	2,9
Chirurgie	428,4	187,4	80 % / 68 %	8 % / 17 %	2,5
Dermatologie	448,6	220,9	81 % / 59 %	17 % / 35 %	2,8
Gynäkologie	333,8	173,9	87 % / 71 %	12 % / 26 %	2,6
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	366,7	187,6	88 % / 69 %	10 % / 25 %	3,3
Innere Medizin - Gastroenterologie	572,8	259,8	88 % / 71 %	11 % / 26 %	2,9
Innere Medizin - Kardiologie	508,5	254,6	92 % / 70 %	8 % / 27 %	4,5
Innere Medizin - Pneumologie	652,1	279,7	89 % / 74 %	8 % / 21 %	3,1
Innere Medizin - ohne bzw. mit mehreren Schwerpunkten	484,9	221,5	88 % / 77 %	12 % / 21 %	2,0
Innere Medizin - sonstige Fachgebiete	716,5	299,6	90 % / 79 %	9 % / 15 %	1,9
Kinder- und Jugendmedizin	352,0	179,5	87 % / 81 %	10 % / 16 %	1,7
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	380,9	165,2	90 % / 89 %	10 % / 9 %	0,9
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	322,6	194,4	92 % / 81 %	6 % / 11 %	2,0
Neurologie	325,4	185,5	89 % / 76 %	6 % / 15 %	2,8
Orthopädie	447,6	206,4	87 % / 64 %	11 % / 29 %	3,6
Physikalische und rehabilitative Medizin	237,6	130,3	86 % / 67 %	14 % / 28 %	2,6
Psychiatrie	201,6	129,7	93 % / 82 %	6 % / 12 %	2,3
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	115,7	86,2	87 % / 76 %	12 % / 16 %	1,5
Psychotherapie	108,4	79,9	90 % / 84 %	9 % / 10 %	1,2
Urologie	403,3	211,3	84 % / 60 %	15 % / 37 %	3,4

\* Ergibt sich aus dem ärztlichen Honorar abzüglich der Kosten.

\*\* Bezeichnet das Verhältnis der Einnahmen je Patientin bzw. Patient der privaten Abrechnung gegenüber der GKV

Verbleibende Vergütungs- und Patientenanteile entfallen auf die Behandlung zu Lasten von Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherung sowie auf sonstige Einnahmen z.B. aus *honorarärztlicher* oder Gutachterstätigkeit. Der Anteil privater Einnahmen und Patienten enthält auch die *individuellen Gesundheitsleistungen* bei GKV-Patienten.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2019c)



### 5.7.3. Vergütungssituation in der GKV

- 274.** Im Bereich der GKV entfällt etwa 45 % der Vergütung innerhalb der MGV auf den hausärztlichen und 55 % auf den fachärztlichen Versorgungsbereich (inkl. Psychotherapie). Leistungen außerhalb der MGV werden hingegen zu 80 % durch Fachärztinnen und -ärzte erbracht, sodass der Anteil des hausärztlichen Versorgungsbereichs an der gesamten Vergütung etwa 36 % beträgt. Dies entspricht ungefähr der Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (InBA 2019).
- 275.** Das durchschnittliche GKV-Honorar je Ärztin bzw. Arzt reicht von 80.000 € in der Psychotherapie bis hin zu 1,3 Mio. € in der Laboratoriumsmedizin (InBA 2019), was aufgrund unterschiedlicher Kostenstrukturen z.T. unmittelbar nachvollziehbar ist. Im regionalen, arztgruppenübergreifenden Vergleich ist ein leichter Zusammenhang zwischen den Honoraren je Arzt und der *Gesamtvergütung* (in dem in Rz. 235 genannten Sinn) je Versicherten ersichtlich (s. Abbildung C 7 in Anhang C). Im Vergleich der Arztgruppen und der KVen ergeben sich jedoch große Unterschiede: In der Augenheilkunde wurde im Jahr 2017 in Westfalen-Lippe ein durchschnittliches Honorar je Ärztin bzw. Arzt von 430.000 € erreicht, während es in Berlin nur 215.000 € betrug. Verschiedene Einflussfaktoren können für derartige Honorarunterschiede ursächlich sein. Die Inanspruchnahme durch die Versicherten kann divergieren, weil z.B. der altersbedingte Versorgungsbedarf höher ist. Die Angebotsstrukturen können sich unterscheiden, z.B. ist der Anteil der operativ tätigen Augenärztinnen und -ärzte in Westfalen-Lippe höher als in Berlin (KBV 2018a). Auch die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe oder andere regionale Regelungen wie die Höhe der MGV haben Einfluss auf die Honorare. Aufgrund des Umfangs und der Komplexität ist eine allgemeingültige Aussage über die Bedeutung der einzelnen Faktoren nicht möglich. Am Beispiel der Situation in der Augenheilkunde in den KVen Westfalen-Lippe, Berlin und Sachsen soll diese jedoch exemplarisch in Tabelle 5 veranschaulicht werden.
- 276.** Die Gesamtvergütung je Versicherten liegt in Westfalen-Lippe 10 % unter der in Berlin und 7 % unter der in Sachsen. Der Leistungsbedarf je Ärztin bzw. Arzt ist im Bereich der Augenheilkunde in Westfalen-Lippe deutlich höher als in Berlin und Sachsen. Dies liegt daran, dass in Westfalen-Lippe Augeninnen und -ärzte im Schnitt etwa 30 % mehr Patientinnen und Patienten behandeln und dabei 30 % mehr (oder höher bepreiste) Leistungen abrechnen als in Berlin (vgl. den Leistungsbedarf je Fall). Unterschiedliche Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) vergrößern die Differenz in den ausgezahlten Honoraren. Die Augenärztinnen und -ärzte in Westfalen-Lippe erhalten 88 % ihres für Leistungen innerhalb der MGV angeforderten Honorars ausgezahlt, in Berlin sind es 79 %, in Sachsen lediglich 69 %. Da auch die relative Bedeutung der MGV-Leistungen stark variiert, ergeben sich für Sachsen und Berlin insgesamt vergleichbare Auszahlungsquoten von 83 % bzw. 86 %; Westfalen-Lippe zahlt trotz deutlich höherer angeforderter Honorare mit einer Quote von 96 % aus.

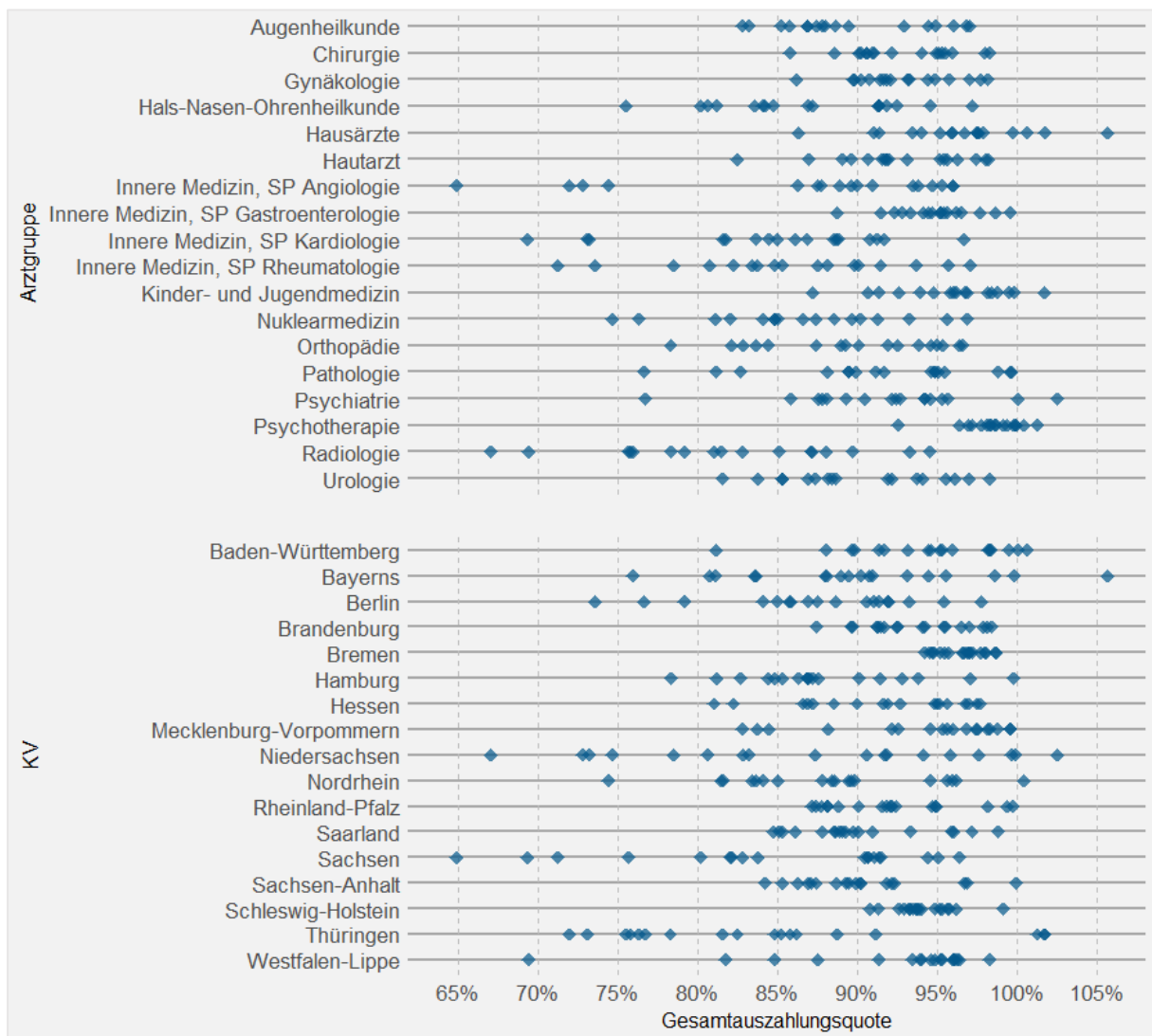
**Tabelle 5: Beispielhafte Honorarsituation (GKV) in der Augenheilkunde in drei KVen im Jahr 2017**

Kennzahl	Berlin	Sachsen	Westfalen-Lippe	Bundesschnitt
Honorar je Ärztin bzw. Arzt in der Augenheilkunde	215.832 €	317.923 €	430.807 €	287.696 €
Leistungsbedarf je Ärztin bzw. Arzt in der Augenheilkunde	251.681 €	383.852 €	448.504 €	320.971 €
MGV-Anteil am Leistungsbedarf in der Augenheilkunde	68 %	56 %	44 %	56 %
Auszahlungsquote (nur MGV) in der Augenheilkunde	79 %	69 %	88 %	81 %
Auszahlungsquote (insgesamt) in der Augenheilkunde	86 %	83 %	96 %	90 %
Anteil von GOP außerhalb des EBM am Leistungsbedarf in der Augenheilkunde	7 %	12 %	50 %	23 %
Fälle je Ärztin bzw. Arzt in der Augenheilkunde	4.631	6.234	6.213	5.380
Honorar je Fall in der Augenheilkunde	47 €	51 €	69 €	53 €
Leistungsbedarf je Fall in der Augenheilkunde	54 €	62 €	72 €	60 €
Gesamtvergütung je Versicherten (für alle Arztgruppen)	567 €	552 €	516 €	542 €

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2019c); InBA (2019)

277. In Westfalen-Lippe entfällt dabei die Hälfte des Leistungsbedarfes in der Augenheilkunde auf Ziffern außerhalb des EBM. Letztlich veranschaulicht dieses Beispiel, dass aus der Höhe der Gesamtvergütung je Versicherten in einer KV kaum auf die finanzielle Situation einzelner Ärzte bzw. Arztgruppen geschlossen werden kann. Regionale Strukturen und Vereinbarungen haben weitreichende Implikationen für das ausgezahlte Honorar der Ärztinnen und Ärzte, sodass ein allgemeiner Vergleich zweier Vergütungssystematiken – des EBM und der GOÄ – kein abschließendes Bild ergeben kann. Einen Einblick über die daraus resultierenden regionalen Unterschiede gibt Abbildung 17. Diese zeigt die Spreizung der Auszahlungsquoten einerseits für (ausgewählte) Arztgruppen nach KVen und andererseits auch je KV nach Arztgruppen. Während für die meisten der dargestellten Arztgruppen die Auszahlungsquoten über 90 % liegen, wird ersichtlich, dass die *Budgetierung* für bestimmte Bereiche dennoch starke Auswirkungen haben kann. So erhalten einzelne Arztgruppen in bestimmten KVen z.T. unter 70 % des angeforderten Honorars ausgezahlt. Abbildung 17 verdeutlicht auch, dass zwischen den KVen große Unterschiede in den Auswirkungen des HVM bestehen. In einigen KVen liegen die Auszahlungsquoten der betrachteten Arztgruppen relativ nah beieinander, in anderen ist eine weite Streuung zu beobachten.

**Abbildung 17: (Gesamt-)Auszahlungsquoten nach KVen und ausgewählten Arztgruppen im Jahr 2017**

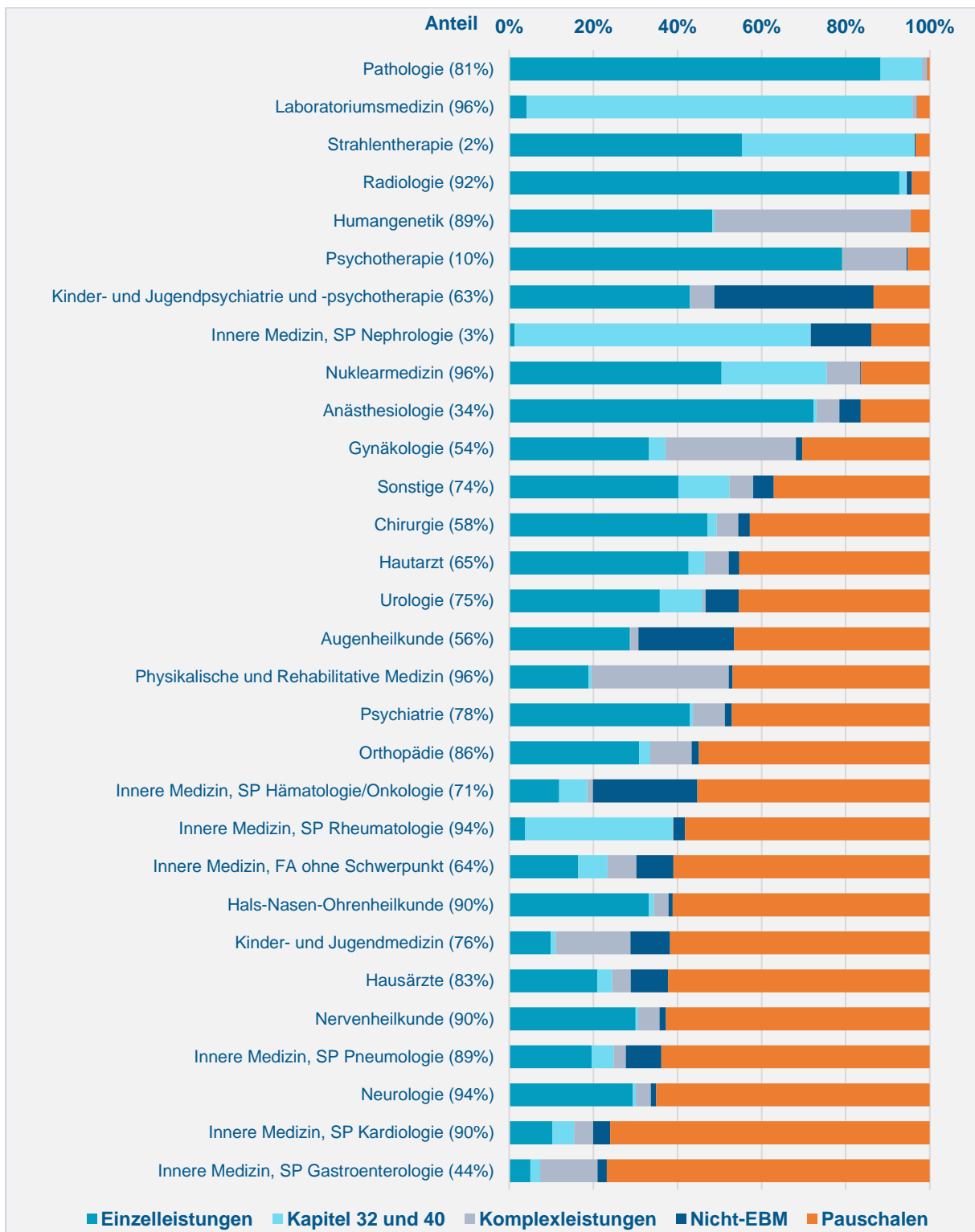


Die Auszahlungsquoten ergeben sich aus dem ausgezahlten und dem angeforderten Honorar, ohne Beschränkung auf die MGV. Jeder Datenpunkt repräsentiert eine Arztgruppen/KV-Kombination. Auszahlungsquoten über 100 % können sich u.a. durch Honorarnachzahlungen ergeben.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von InBA (2019)

**278.** Ein Blick auf Abbildung 18 unterstreicht ferner die höchst unterschiedliche Situation der Arztgruppen hinsichtlich des Pauschalierungsgrades. In der Kardiologie werden etwa 75 % der Leistungen über Pauschalen abgerechnet, in der Radiologie nur etwa 4 %. Im Allgemeinen sind Einzelleistungen oder Kostenpauschalen eher bei Arztgruppen mit hohem technischem Anteil maßgebliche Honorarbestandteile. Der Anteil der Leistungen, die der Budgetierung innerhalb der MGV unterliegen, differiert ebenfalls. Ein Zusammenhang mit dem Grad der Pauschalierung erscheint nicht gegeben. In der Strahlentherapie werden Leistungen fast ausschließlich außerhalb der MGV erbracht, in der Nuklearmedizin – mit einem ähnlich hohen Anteil an Einzelleistungen – fast ausschließlich innerhalb der MGV. Der Umfang der Mengensteuerung betrifft die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden also sehr unterschiedlich.

**Abbildung 18: Pauschalierungsgrad der abgerechneten GOP nach Arztgruppen als Anteil am Leistungsbedarf und der rechnerische MGV-Anteil (in Klammern) im Jahr 2017**



Der GOP-Typ „Pauschalen“ umfasst alle im EBM definierten Pauschalen (Versicherten-, Grund-, Konsiliar-, Zusatz- und Chronikerpauschalen) sowie Zuschläge zu diesen Pauschalen (inklusive Zuschläge für das Erstellen eines Medikationsplans) und Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung. Die Differenzierung zwischen Einzel- und Komplexleistungen ist nicht eindeutig definiert. Komplexleistungen werden hier als Leistungen definiert, (die keine Pauschalen sind und) deren Abrechnungsbestimmungen sich auf den Behandlungsfall, Krankheitsfall, Zyklusfall oder die Behandlungswoche beziehen oder die den Begriff „Komplex“ in der Leistungsbezeichnung haben. Außerdem werden den Komplexleistungen alle Zuschläge zu diesen so definierten Komplexleistungen zugeordnet. Kapitel 32 und 40 enthält direkt in Euro bewertete Leistungen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von InBA (2019)

279. Trotz der in Abbildung 18 dargestellten unterschiedlichen Strukturen der arztgruppenspezifischen Bereiche des EBM ist die Leistungs- und Abrechnungsstruktur der meisten Arztgruppen auf relativ wenige GOP konzentriert bzw. teilweise sogar hochkonzentriert. Im hausärztlichen Bereich sind die drei wichtigsten GOP für über die Hälfte des Honorars verantwortlich (die nach Alter gestaffelten Versichertenpauschalen werden als eine GOP interpretiert). Doch auch in Bereichen wie der Radiologie mit hohem Einzelleistungsanteil wird fast 40 % des Honorars über nur drei GOP abgerechnet.

**Tabelle 6: Die 15 nach dem Honorar größten Arztgruppen und deren wichtigste GOP im Jahr 2017**

Arztgruppe und deren rechnerisches Honorar insgesamt (Mio. €)		GOP 1	GOP 2	GOP 3	Honoraranteil
Hausärzte	12.107	Versichertenpauschale [03001-03005]	Zusatzpauschale [03040]	Zuschlag [03220]	56 %
Psychotherapie*	2.358	Verhaltenstherapie [35220]	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie [35200]	Psychotherapeutische Sprechstunde [35151]	26 %
Gynäkologie	2.288	Grundpauschale [08210-08212]	Betreuung einer Schwangeren [01770]	Krebsfrüherkennungsuntersuchung [01730]	48 %
Augenheilkunde	1.708	Grundpauschale [06210-06212]	Zuschlag für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzte [06225]	Intraokularer Eingriff der Kategorie X2 [31351]	42 %
Laboratoriumsmedizin	1.620	CRP [32460]	Vitamin D [32413]	Bestimmung mittels DC, GC, HPLC, Massenspektrometrie [32314]	11 %
Kinder- und Jugendmedizin	1.607	Versichertenpauschale [04001-04005]	Zusatzpauschale [04040]	Problemorientiertes ärztliches Gespräch [04230]	56 %
Innere Medizin, SP Nephrologie	1.543	Kostenpauschale [40823]	Zusatzpauschale [13610]	Kostenpauschale [40825]	72 %
Orthopädie	1.420	Grundpauschale [18210-18212]	Durchführung einer Körperakupunktur [30791]	Zusatzpauschale [18331]	48 %
Radiologie	1.352	MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule [34411]	MRT-Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes [34450]	MRT-Untersuchung des Neurocraniums [34410]	39 %
Chirurgie	974	Grundpauschale [07210-07212]	Eingriff der Kategorie C2 [31122]	Zusatzpauschale [07311]	35 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	858	Grundpauschale [09210-09212]	Tonschwellenaudiometrie [09320]	Zuschlag [09220]	55 %
Hautarzt	799	Grundpauschale [10210-10212]	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs [01745]	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 [31101]	51 %
Strahlentherapie	720	Kostenpauschale [40840]	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen [25321]	Bestrahlungsplanung III [25342]	75 %
Innere Medizin, SP Kardiologie	674	Zusatzpauschale Kardiologie II [13550]	Grundpauschale [13540-13542]	Zusatzpauschale Kardiologie I [13545]	67 %
Urologie	628	Grundpauschale [26210-26212]	Uro-Genital-Sonographie [33043]	Krebsfrüherkennungsuntersuchung [01731]	49 %

\* Für die Psychotherapie erfolgte eine Änderung der EBM-Struktur zum 01.07.2017. Die Ergebnisse sind prinzipiell auf die neue Struktur übertragbar.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von InBA (2019)

## 5.8. Verteilungswirkungen von Änderungen an den Vergütungssystemen

- 280.** Die oben vorgelegten Analysen der geltenden Vergütungssysteme erlauben es, ungefähre Folgeabschätzungen für Änderungen an diesen Systemen abzuleiten. Welche Auswirkungen sich im Detail ergeben, hängt jedoch stark von den getroffenen Annahmen und der Qualität der zur Schätzung herangezogenen Ausgangsdaten ab. Die im Folgenden vorgestellten Prognosen sollen daher lediglich als grober empirischer Rahmen verstanden werden, der Verständnis für die allgemein zu erwartenden Verteilungswirkungen einer Anpassung der Vergütungssysteme schafft. Die skizzierten Daten sollen insbesondere auch nicht als Vorwegnahme der Vorschläge für ein modernes Vergütungssystem verstanden werden – diese werden in Kap. 8 beschrieben.
- 281.** Grundsätzlich bedingt eine Änderung des Preisgefüges stets auch Verteilungswirkungen. Sofern sich das Vergütungsniveau einer neuen Vergütungssystematik eher am EBM orientieren soll, würden privatärztliche Behandlungen günstiger und die Honorareinnahmen vieler Ärztinnen und Ärzte würden entsprechend sinken. Bei einer Orientierung an der GOÄ wiederum würden die ärztlichen Honorare ansteigen und die GKV(-Beitragszahler) entsprechend belastet. Zwischen diesen beiden Extremen ist eine Vielzahl unterschiedlicher Ausgestaltungen möglich. Um die Auswirkungen abzuschätzen, sind zwei Parameter maßgeblich. Zunächst kann aus dem aktuellen Abstand der Vergütungshöhe nach EBM und GOÄ der absolute Umfang einer Vergütungsveränderung abgeleitet werden. Aus der unterschiedlichen Bedeutung der jeweiligen Vergütungssystematik für einzelne *Arztgruppen* und Regionen ergeben sich anschließend die relativen Verteilungswirkungen.
- 282.** Verschiedene Studien schätzen – wie in unter Abschnitt 5.5 umfassender dargestellt – einen durchschnittlichen Unterschied in der Vergütungshöhe um den Faktor 2,3. Das heißt, dieselbe Leistung wird nach GOÄ im Schnitt etwa 2,3-mal so hoch vergütet wie nach EBM. Dieses Verhältnis kann je nach Leistung und Arztgruppe stark divergieren, für eine ungefähre Verdeutlichung der Auswirkungen einer Vergütungsreform kann der Durchschnitt jedoch eine erste Einschätzung ermöglichen. Bei einem über die GOÄ abgerechneten ambulanten Gebührenvolumen von etwa 13 Mrd. € (s. Rz. 247) folgt, dass bei der Orientierung am EBM-Niveau die Vergütungssumme auf etwa 6 Mrd. € sinken würde,<sup>26</sup> was ärztliche Honorarverluste von etwa 7 Mrd. € bedeuten würde. Umgekehrt würde sich durch die Orientierung an der GOÄ für den GKV-Bereich eine *Gesamtvergütung* von etwa 88 Mrd. € ergeben.<sup>27</sup> Dies entspräche Mehreinnahmen der Ärztinnen und Ärzte und somit Mehrausgaben für die GKV von fast 50 Mrd. €. Beide Szenarien stellen somit die Extremwerte dar. Diese Aussagen lassen jedoch noch offen, wie hoch die Verteilungswirkungen innerhalb der verschiedenen Arztgruppen und in regionaler Hinsicht ausfallen. Um diese abschätzen zu können, ist zunächst ein geeignetes Szenario zu wählen, welches die absolute Umverteilungssumme festlegt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit soll sich an dieser Stelle auf ein Szenario konzentriert werden.
- 283.** Politisch am ehesten durchsetzbar erscheint eine für die gesamte Versorgung zur Verfügung stehende Vergütung, welche sich auf Höhe des aktuellen Niveaus befindet. Es würden also weder zusätzliche Mittel für die ambulante Versorgung bereitgestellt, noch würden Einsparungen bei den Kostenträgern erfolgen; im Durchschnitt würden die Ärztinnen und Ärzte dementsprechend weder einen Honorarverlust noch -gewinn erfahren.
- 284.** Die folgenden Simulationen auf Basis des Zi-Praxis-Panels (s. Abbildung 19, Abbildung 20 und Abbildung 21) sollen als Orientierungswerte exemplarisch darstellen, in welcher Größenordnung und in welche Richtung Verteilungswirkungen zu erwarten wären. Sie können explizit nicht als

<sup>26</sup> 13 Mrd. € dividiert durch 2,3 entspricht – angesichts der Unsicherheit der Angaben wird gerundet – ungefähr 6 Mrd. €.

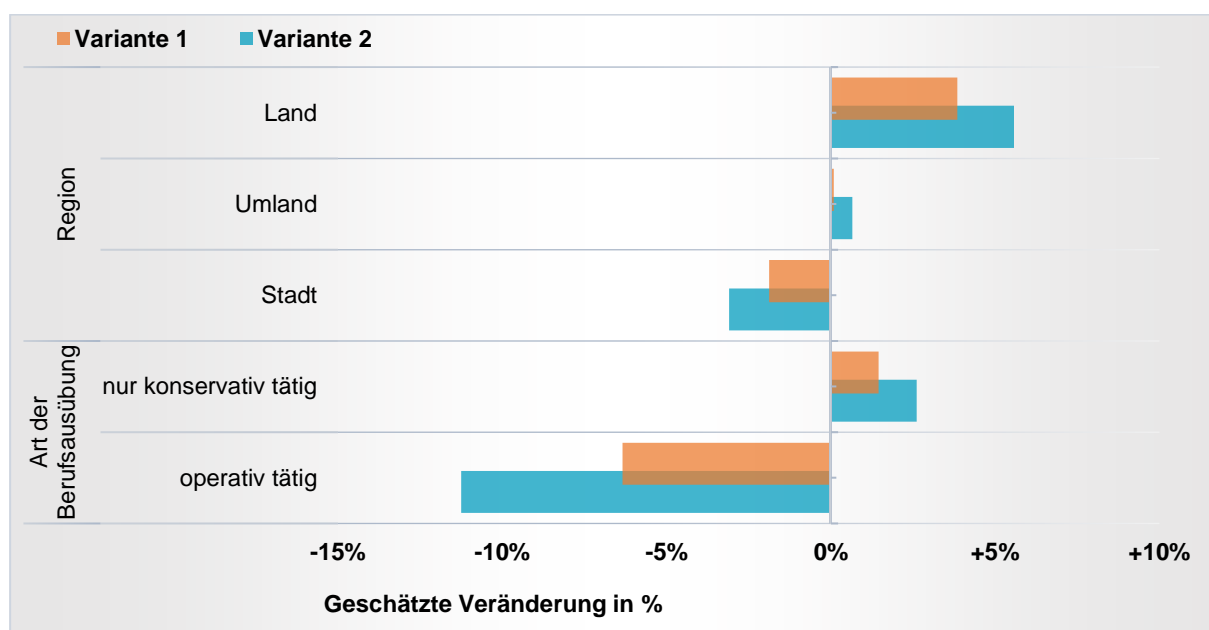
<sup>27</sup> Entspricht ungefähr der Gesamtvergütung in Höhe von 38,2 Mrd. € multipliziert mit dem Faktor 2,3.



exakte Rechengrößen herangezogen werden. Für die Simulationen wird davon ausgegangen, dass die Honorarzahungen aus der vertragsärztlichen (hier verkürzt als GKV) und privatärztlichen (hier verkürzt als PKV) Versorgung derart verändert werden, dass ein einheitliches Niveau je Versicherten erreicht wird. Um dies zu erreichen, wird in einer ersten Variante eine lineare Anpassung des Status quo vorgenommen. Das bedeutet, dass die aktuellen PKV-Vergütungsanteile für alle Praxen um einen einheitlichen Prozentsatz reduziert werden, während die aktuelle GKV-Vergütung für alle Praxen um einen einheitlichen Prozentsatz erhöht wird. Für weitere Details sei auf den technischen Anhang verwiesen. Diese erste Variante entspricht einer reinen Preisanpassung der Vergütungen. Darüber hinaus kann simuliert werden, welche Auswirkung die Übernahme der bestehenden GKV-Regulatorien hätte. Hierzu werden in einer zweiten Variante die honorarbezogenen Mengen- und Struktureffekte, die aus dem Regulierungssystem der GKV erwachsen, auf das gesamte Vergütungssystem übertragen. Das heißt, die insgesamt zur Verfügung stehenden Honorarmittel werden auf Basis der GKV-Verhältnisse rechnerisch komplett neu verteilt. Für weitere Details sei auch an dieser Stelle auf den technischen Anhang verwiesen. Da es sich in beiden Varianten nur um Projektionen des Status quo handelt, können Anpassungsreaktionen der Leistungserbringer, der Patientinnen und Patienten oder weitere strukturelle Verschiebungen nicht berücksichtigt werden.

285. Insgesamt zeigt sich das schon anhand der zuvor beschriebenen empirischen Ausgangssituation tendenziell zu erwartende Ergebnis. Da die Ärztinnen und Ärzte in Städten im Durchschnitt einen höheren Anteil ihrer Einnahmen aus privatärztlicher Behandlung erzielen, würde das dortige Honorarvolumen im Rahmen einer Vereinheitlichung sinken. Für die Regionen im Umland von Städten sind keine Veränderungen zu erwarten. Profitieren würden hingegen Ärztinnen und Ärzte in ländlichen Regionen. Rein konservativ tätige Ärztinnen und Ärzte würden ebenfalls zu den Gewinnern zählen. Die auch operativ tätigen Ärztinnen und Ärzte hätten mit deutlich geringeren Umsätzen zu rechnen.

**Abbildung 19: Geschätzte Veränderung der Honorare bei einer einheitlichen Vergütungssystematik und einem insgesamt gleichbleibenden Vergütungsniveau**

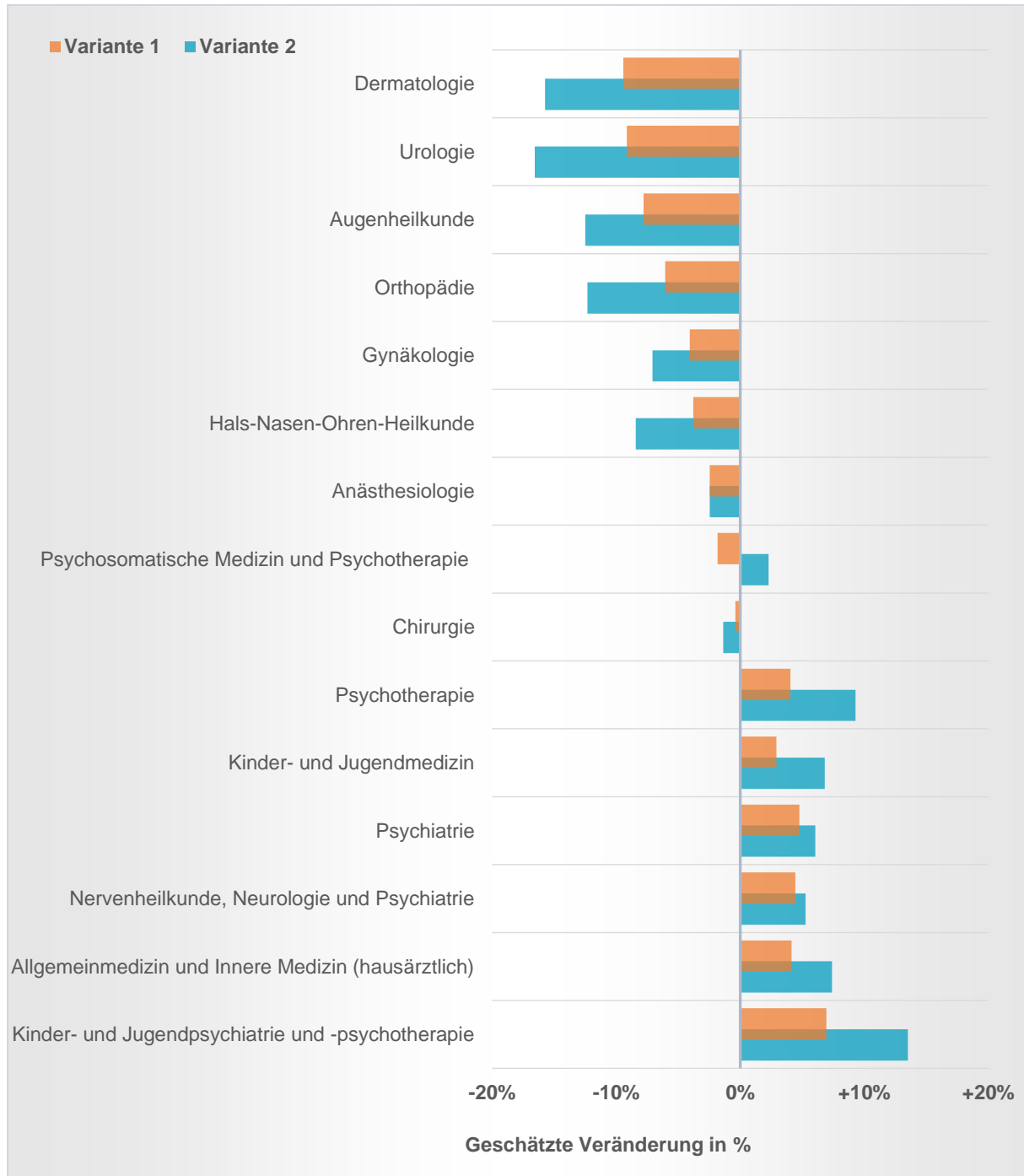


Alle Berechnungen stellen lediglich grobe Orientierungswerte dar. Variante 1 unterstellt eine lineare Veränderung der aktuellen vertrags- und privatärztlichen Vergütungen auf ein gemeinsames Niveau. Bei Variante 2 erfolgt die Berechnung der Verteilungswirkung auf Basis der bestehenden Verteilungswirkungen der GKV.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2019a)

286. Dies zeigt sich auch in der Betrachtung nach Fachgruppen. In 6 der 15 untersuchten Fachgruppen wäre eine Zunahme zu erwarten, in 9 Fachgruppen würden die Honorare z.T. erheblich abnehmen. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung würden überwiegend gewinnen, aber auch in der hausärztlichen Versorgung wäre ein Honorarplus zu erwarten.

**Abbildung 20: Geschätzte Veränderung der Honorare von Fachgruppen bei einer einheitlichen Vergütungssystematik und einem insgesamt gleichbleibenden Vergütungsniveau**

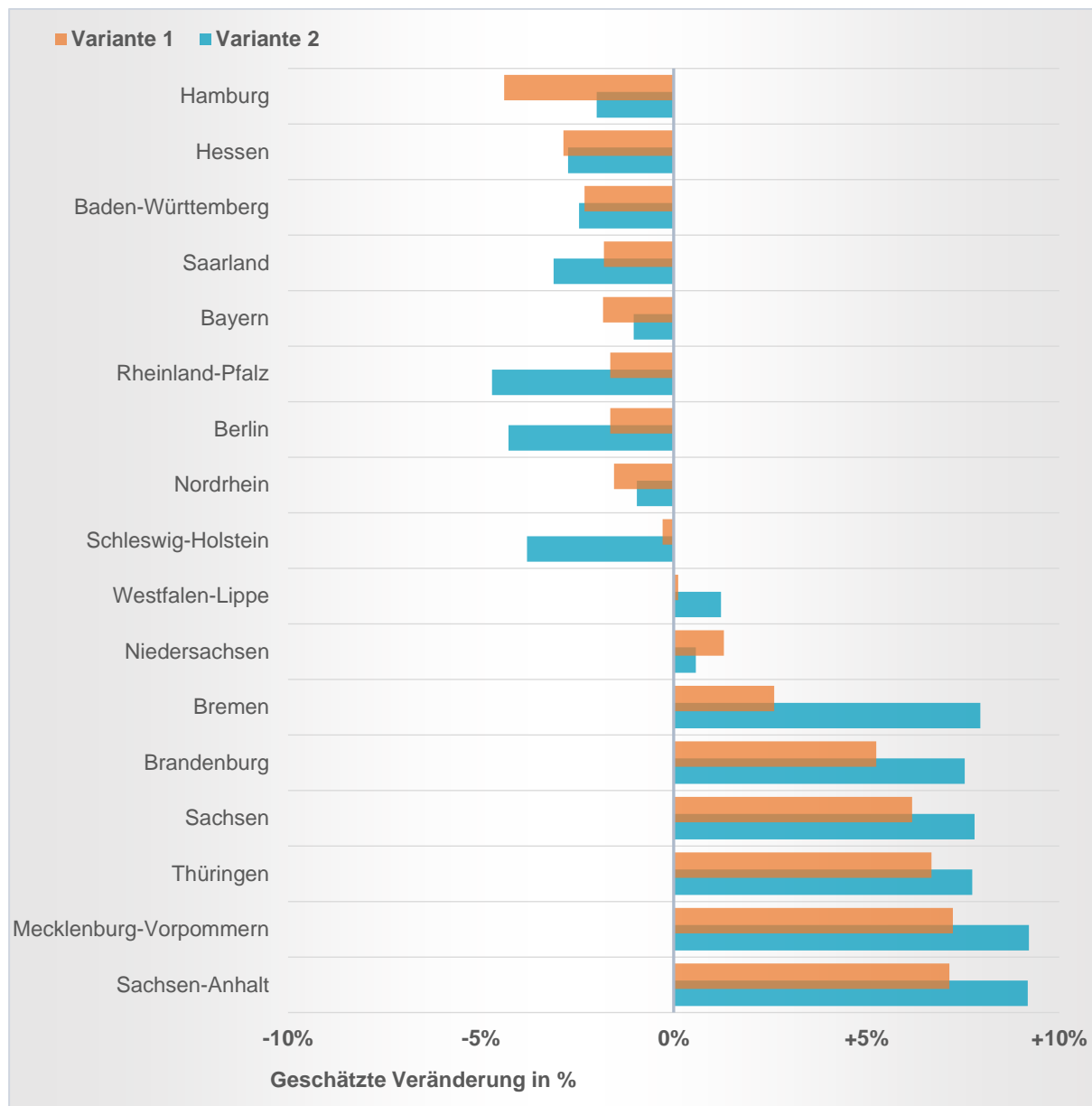


Alle Berechnungen stellen lediglich grobe Orientierungswerte dar. Variante 1 unterstellt eine lineare Veränderung der aktuellen vertrags- und privatärztlichen Vergütungen auf ein gemeinsames Niveau. Bei Variante 2 erfolgt die Berechnung der Verteilungswirkung auf Basis der bestehenden Verteilungswirkungen der GKV. Zu internistischen Fachgruppen liegen keine Schätzungen vor.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2019a)

- 287.** Auf Ebene der KVen wären vor allem in den östlichen Regionen deutliche Gewinner zu verzeichnen (s. Abbildung 21). Bremen sowie in geringerem Umfang Niedersachsen und Westfalen-Lippe würden ebenfalls profitieren. In den anderen KVen ist mit geringeren zur Verfügung stehenden Mitteln zu rechnen.

**Abbildung 21: Geschätzte Veränderung der Honorarvolumen bei einer einheitlichen Vergütungssystematik und einem insgesamt gleichbleibenden Vergütungsniveau nach KVen**



Alle Berechnungen stellen lediglich grobe Orientierungswerte dar. Variante 1 unterstellt eine lineare Veränderung der aktuellen vertrags- und privatärztlichen Vergütungen auf ein gemeinsames Niveau. Bei Variante 2 erfolgt die Berechnung der Verteilungswirkung auf Basis der bestehenden Verteilungswirkungen der GKV.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2019a)

- 288.** Es zeigt sich, dass auch bei einer in Summe ausgabenneutralen Vereinheitlichung der Vergütungssystematiken erhebliche Umverteilungswirkungen zwischen den einzelnen Fachgruppen, in regionaler Hinsicht (Stadt/Land), zwischen den KVen sowie zwischen operativ und rein konservativ tätigen Ärztinnen und Ärzten zu erwarten wären.

## 6. Wirkung von Vergütungsanreizen auf ärztliches Verhalten

### 6.1. Einleitung

- 289.** Das folgende Kapitel befasst sich mit der Frage, welche Anreize bzw. Fehlanreize verschiedene Vergütungsformen und damit einhergehende Rahmenbedingungen auf das ärztliche Verhalten haben. Das Kapitel ist zweigeteilt: Der erste Kapitelabschnitt befasst sich mit den theoretischen Anreizwirkungen und deren Verifizierung im Rahmen von wirtschaftswissenschaftlichen Experimenten. Der zweite Kapitelabschnitt befasst sich mit den konkreten Anreizwirkungen im Rahmen der Tätigkeit als niedergelassener Arzt bzw. niedergelassene Ärztin in Deutschland.
- 290.** Für die konkreten Anreizwirkungen im Rahmen der vertrags- und privatärztlichen Tätigkeit und insbesondere zu dem Nebeneinander verschiedener Gebührenordnungen gibt es an einigen Stellen keine direkten empirischen Belege. Generell sind wissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse im Zusammenhang mit den relevanten Spezifika des jeweiligen Gesundheitssystems zu sehen. In diesem Kontext wurde ein Meta Review zur internationalen Studienlage im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung extern vergeben. In den Grundsätzen decken sich die Erkenntnisse dort mit den nachfolgend beschriebenen Resultaten bezüglich der theoretischen Anreizwirkungen und den Ergebnissen der wirtschaftswissenschaftlichen Experimente. Hinsichtlich wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse zu den Vergütungsformen ist deshalb von einer grundsätzlichen Gültigkeit auch für die Vergütungsformen im deutschen Gesundheitssystem auszugehen (IGES Institut 2019b).

### 6.2. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde zu den Anreizwirkungen verschiedener Vergütungsformen

#### 6.2.1. Grundlagen

- 291.** Die in der Vergütung enthaltenen monetären Auszahlungen schaffen Anreize für ein bestimmtes Verhalten der Ärztinnen und Ärzte. Ökonomische Modelle stellen ein Instrument dar, um diese Anreize und deren Verhaltenswirkungen zu analysieren. Die in diesem Kontext am häufigsten genutzte Modellklasse sind sogenannte Prinzipal-Agenten-Modelle (eine allgemeine Beschreibung findet sich z.B. in Laffont 2001, den Bezug auf die theoretische gesundheitsökonomische Literatur diskutieren unter anderem Pontes 1995 und Chalkley 2018). Im Rahmen der Prinzipal-Agenten-Modelle lässt sich die Vergütung als ein Vertrag zwischen dem Prinzipal (demjenigen, der eine bestimmte Leistung nachfragt oder einfordert) und den Agenten (denjenigen, die diese Leistung erbringen müssen, also z.B. die Ärztinnen und Ärzte) interpretieren, der ein bestimmtes Verhalten der Agenten induziert. Kennzeichen der Prinzipal-Agenten-Modelle ist die Informationsasymmetrie

zwischen dem Prinzipal und den Agenten. So unterstellen gesundheitsökonomische Modelle bspw., dass die Ärzte die von ihnen erbrachten Leistungen und deren Zielerreichung besser beurteilen können als die Patienten selbst oder auch als diejenigen, die das Vergütungssystem festlegen bzw. die für die Vergütung der Ärzte aufkommen müssen (all diese Akteure lassen sich in den entsprechenden Modellen unter dem Begriff Prinzipal subsummieren, s. z.B. Conrad 2015). Aufgrund der Informationsasymmetrie können zwei Probleme auftreten. Das größte und in der theoretischen gesundheitsökonomischen Literatur auch am umfangreichsten untersuchte Problem besteht darin, dass der Prinzipal entweder nicht vollständig beobachten kann, welche Leistungen die Ärztin oder der Arzt konkret erbracht hat (englisch *hidden action*), oder dass er – selbst wenn er die Leistungen beobachten kann – deren Qualität nicht einschätzen kann (englisch *hidden information*). In beiden Fällen besteht ein sogenanntes moralisches Risiko (englisch *moral hazard*), also ein Anreizproblem.<sup>28</sup> Ein zweites, weniger häufig untersuchtes Problem besteht darin, dass die spezifischen Charakteristika der Ärztinnen und Ärzte (z.B. deren Qualifikation) diesen besser bekannt sind als dem Prinzipal. Das heißt, der Prinzipal (z.B. Patient oder Krankenkasse) wählt unter Umständen den für ihn falschen Arzt bzw. die falsche Vertragsform für diesen Arzt aus. Man spricht hier von *adverser Selektion* (englisch *adverse selection*). Die durch die Informationsasymmetrie verursachten Probleme können durch entsprechende Vertragsformen (also Vergütungssysteme) reduziert werden. Inwiefern dies gemäß den theoretischen Prognosen bei den in der Praxis gängigen Vergütungssystemen gelingt, ist Gegenstand der in den nachfolgenden Abschnitten enthaltenen Ausführungen.

- 292.** Zu den zuvor angesprochenen spezifischen Arztcharakteristika kann man auch die individuelle Patientenorientierung zählen. Bereits in einer der ersten grundlegenden Arbeiten im Bereich der Gesundheitsökonomik geht der spätere Nobelpreisträger Arrow (1963) auf Motive ein, die Ärztinnen und Ärzte von rein profitorientierten Akteuren unterscheiden könnten. In der theoretischen gesundheitsökonomischen Literatur wird daher häufig unterstellt, dass sich Ärztinnen und Ärzte gegenüber ihren Patientinnen und Patienten in einem gewissen Maße altruistisch verhalten. In vielen gesundheitsökonomischen Modellen wird daher angenommen, dass für den Arzt neben dem eigenen Profit auch der Nutzen des Patienten Bedeutung hat (s. z.B. Allard et al. 2011; Ellis/McGuire 1986; McGuire 2000). Alternative Ansätze basieren auf der Annahme, dass ethische Grundsätze das Arztverhalten beeinflussen. So zielt bspw. im Modell von Ma/McGuire (1997) der Arzt darauf ab, einen Mindestnutzen für seinen Patienten zu erreichen. Solche alternativen Ansätze sind jedoch weniger verbreitet (McGuire 2000). Inwiefern die Annahme altruistischen Verhaltens für ärztliche Behandlungsentscheidungen gerechtfertigt ist und ob die Prognosen der gesundheitsökonomischen Modelle zutreffen, wird in jüngerer Zeit zunehmend mit Hilfe wirtschaftswissenschaftlicher Experimente getestet.
- 293.** Die experimentelle Wirtschaftsforschung ist ein zentraler Bereich der Wirtschaftswissenschaft (einen Überblick zu den verschiedenen Anwendungsgebieten liefern bspw. die Handbücher von Kagel/Roth 1995 sowie Kagel/Roth 2016). In wirtschaftswissenschaftlichen Experimenten wird das menschliche Verhalten unter kontrollierten Bedingungen analysiert. Die höchste Form der Kontrolle bieten sogenannte Laborexperimente. Im Gegensatz zu psychologischen Experimenten arbeiten Ökonomen grundsätzlich immer mit realen monetären Anreizen (Entscheidungen werden also nicht hypothetisch getroffen, sondern haben reale (monetäre) Konsequenzen für die beteiligten Akteure) und die Versuchspersonen werden grundsätzlich nicht belogen. Dieses methodische Vorgehen garantiert eine hohe interne Validität der Experimente, die für einen kontrollierten Test der Prognosen ökonomischer Modelle unabdingbar ist. In wirtschaftswissenschaftlichen Experimenten lassen sich *ceteris paribus* Änderungen von Modellparametern (z.B. eine Änderung der Vergütung oder einzelner Parameter der Vergütung) einfach implementieren und deren Verhaltenswirkung

<sup>28</sup> Da auch der Patient durch sein Verhalten seinen Gesundheitszustand beeinflussen kann, kann hier ggf. ein doppeltes moralisches Risiko vorliegen (s. z.B. Schneider 2004; Schneider/Ulrich 2008).

direkt beobachten. Wichtige Nebenaspekte wie der Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten oder die den Akteuren zur Verfügung stehenden Informationen können gezielt isoliert werden. Wenn also im Experiment eine Verhaltensänderung beobachtet wird, dann lässt sich diese unmittelbar auf die Variation der Parameter zurückführen. Die in ökonomischen Modellen behaupteten Kausalzusammenhänge können so direkt überprüft werden. Die kontrollierte Entscheidungsumgebung im Experiment hat noch einen weiteren, nicht unerheblichen Vorteil. Sie ermöglicht die Replikation von Experimenten. Experimentelle Ergebnisse können so auf ihre Robustheit getestet und Regularitäten und Prinzipien des Entscheidungsverhaltens auf entsprechend breiter Datenbasis erforscht werden. Eine ausführliche Beschreibung der experimentellen Methodik findet sich bspw. in Weimann/Brosig-Koch (2019).

294. Angesichts der besonderen Geeignetheit wirtschaftswissenschaftlicher Experimente für den Test ökonomischer Modelle fassen die folgenden Abschnitte nicht nur wichtige theoretische Aussagen zu den verschiedenen Vergütungssystemen zusammen, sondern kontrastieren diese auch mit den Befunden aus gesundheitsökonomischen Experimenten, d.h. wirtschaftswissenschaftlichen Experimenten, die auf gesundheitsökonomische Fragestellungen fokussieren. An dieser Stelle sei angemerkt, dass es aufgrund der Vielzahl gesundheitsökonomischer Modelle zu den Anreizwirkungen der ärztlichen Vergütung und zum optimalen Design von ärztlichen Vergütungsformen nicht möglich ist, einen umfassenden Überblick zu dieser Literatur oder den in den jeweiligen Modellen unterstellten spezifischen Annahmen zu geben. Stattdessen fassen die folgenden Abschnitte die wichtigsten (Fehl-)Anreize zusammen, die in der theoretischen gesundheitsökonomischen Literatur zu jeder der nachfolgend aufgeführten Vergütungsformen diskutiert werden.

## 6.2.2. Reine Vergütungsformen

### 6.2.2.1. Anreize reiner Vergütungsformen

#### Gehalt

295. Bei dieser *Vergütungsform* erhält die Ärztin oder der Arzt ein fixes Einkommen, das i.d.R. von seiner fest vereinbarten Arbeitszeit abhängt. Die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten oder die Anzahl oder Art der erbrachten medizinischen Leistungen sowie deren Kosten wirken sich nicht auf dieses Einkommen aus. Das heißt, basierend auf dieser Vergütung gibt es weder finanzielle Anreize für die Gewinnung neuer Patientinnen und Patienten noch finanzielle Anreize für eine optimale Gesundheitsversorgung (s. z.B. Chalkley 2018). Kann also das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte nur unvollständig beobachtet und bewertet werden (s. Abschnitt 6.1), sollten diese gemäß der theoretischen Prognose bei hinreichend hohen Anstrengungskosten und entsprechender Profitorientierung darum bemüht sein, ihren Arbeitsaufwand so gering wie möglich zu halten. Dies kann gemäß dieser Prognose bspw. dadurch geschehen, dass sie ihre Patientinnen und Patienten unterversorgen oder übermäßig häufig an (andere) Fachärzte oder Krankenhäuser überweisen. Patienten, die einen geringen Arbeitsaufwand verursachen, sollten gemäß der theoretischen Prognose bevorzugt und Patienten, die einen hohen Arbeitsaufwand verursachen, abgewiesen oder abgeschreckt werden (s. für eine analoge Argumentation Ellis 1998 sowie die nachfolgenden Ausführungen zur Kopfpauschale).



### Kopfpauschale

296. Werden Ärztinnen und Ärzte mit einer *Kopfpauschale* vergütet, erhalten sie für jeden ihrer Patienten ex ante (also prospektiv) einen fixen Betrag, aus deren Summe auch die bei der Bereitstellung medizinischer Leistung entstehenden Kosten zu finanzieren sind. Der Betrag hängt weder von der Arbeitszeit noch von der Art und Anzahl der erbrachten medizinischen Leistungen ab. Aufgrund der prospektiven Struktur der Vergütung tragen Ärztinnen und Ärzte bei der Kopfpauschale die Kostenverantwortung und damit das Risiko bezüglich der tatsächlich anfallenden Behandlungskosten. Diese Kosten werden maßgeblich durch die Charakteristika seiner Patientinnen und Patienten und dem sich daraus ergebenden Leistungsbedarf bestimmt (s. z.B. Robinson 2001). Bei manchen Formen der Kopfpauschale wird daher der gezahlte Betrag noch risikoadjustiert, um Unterschiede in den Charakteristika der die Ärztinnen und Ärzte umgebenden Patientenpopulation und damit Unterschiede in den durchschnittlichen Behandlungskosten zu korrigieren (s. z.B. McClure 1984). Ist diese Korrektur unvollständig (was in der Praxis der Fall sein dürfte), sollten gemäß der theoretischen Prognose die finanziellen Anreize der Kopfpauschale bei den zuvor besprochenen Informationsasymmetrien und der sich daraus ergebenden unvollständigen Überwachbarkeit der Behandlungsqualität bei hinreichend profitorientierten oder risikoaversen Ärztinnen und Ärzten in überproportional starken Kostensenkungs-bemühungen und einer entsprechenden Unterversorgung der Patienten resultieren (s. z.B. Ellis 1998; Ellis/McGuire 1986).
297. Wie beim Gehalt besteht auch bei der Kopfpauschale ein Anreiz für hinreichend profitorientierte Ärzte, Patienten übermäßig häufig an Fachärzte oder Krankenhäuser zu überweisen (Allard et al. 2011; Blomqvist/Léger 2005). Auch sollten gemäß der theoretischen Prognose entsprechend profitorientierte Ärzte leicht zu behandelnde Patienten bevorzugen (englisch *creaming* oder *cream skimming*; Ellis 1998)<sup>29</sup> und schwer zu behandelnde Patienten abweisen oder abschrecken (englisch *dumping*; Ellis 1998) – vor allem dann, wenn keine Risikoadjustierung vorgenommen wird (z.B. Barros 2003). Darüber hinaus könnte eine Kopfpauschale dazu führen, dass stärker präventiv gearbeitet wird, um zukünftige kostenintensive Behandlungen zu vermeiden (Robinson 2001).

### Einzelleistungsvergütung

298. Die *Einzelleistungsvergütung* orientiert sich an der Anzahl medizinischer Leistungen, die von der Ärztin bzw. dem Arzt bereitgestellt werden. Aufgrund der retrospektiven Struktur der Entlohnung fällt bei einer Einzelleistungsvergütung das Kosten- bzw. Ausgabenrisiko für den einzelnen Arzt weitaus geringer aus als bei einer Kopfpauschale, da dieses Risiko weitestgehend auf die Institution verlagert wird, welche die Vergütung leistet. Es besteht daher bei einer Einzelleistungsvergütung für Ärztinnen und Ärzte nur ein geringer Anreiz zur Kostenbegrenzung (Breyer et al. 2013). Angesichts der finanziellen Anreize der Einzelleistungsvergütung und der aus den Informationsasymmetrien resultierenden unvollständigen Beurteilungsmöglichkeit der Behandlungsqualität wird für hinreichend profitorientierte Ärztinnen und Ärzte prognostiziert, dass sie ihre Patienten übertensorgen, d.h. mehr Leistungen anbieten, als aus medizinischer Sicht notwendig wären (z.B. Ellis 1998; Ellis/McGuire 1986). Dies bezieht sich nur auf diejenigen Leistungen, die tatsächlich vergütet werden. Nicht oder relativ wenig vergütete Leistungen sollten gemäß der theoretischen Prognose von profitorientierten Ärztinnen und Ärzten entsprechend reduziert werden, um mehr (relativ besser) vergütete Leistungen anbieten zu können. Insofern besteht bei der Einzelleistungsvergütung im Vergleich zum Gehalt und zur Kopfpauschale zwar

<sup>29</sup> Ellis (1998) unterscheidet noch genauer zwischen ‚*creaming*‘ – in seinem Modell entspricht dies der Übertensorgung leicht zu behandelnder Patienten – und ‚*skimming*‘ – der Unterversorgung schwer zu behandelnder Patienten. Beide Verhaltensweisen lassen sich unter bestimmten Bedingungen für prospektive Vergütungsformen prognostizieren.

weniger Anreiz zur Unterversorgung, aber diese ist auch bei der Einzelleistungsvergütung je nach relativer Preis- und Kostenstruktur der Leistungen möglich.

- 299.** Darüber hinaus bietet die Einzelleistungsvergütung Anreize, mehr Patientinnen und Patienten zu behandeln (Ellis 1998) bzw. von diesen mehr oder relativ besser vergütete Leistungen nachfragen zu lassen. Letzteres wird als *angebots- bzw. anbieterinduzierte Nachfrage* (englisch *supplier-induced demand*)<sup>30</sup> bezeichnet und häufig mit Evans (1974) assoziiert (McGuire 2000). Eine solche Beeinflussung der Nachfrage durch den Arzt ist deshalb möglich, weil der Arzt für den Patienten nicht nur als Anbieter von Leistungen fungiert, sondern diesen auch wegen seines Informationsvorsprungs häufig darüber berät, welche Leistungen nachzufragen sind. Hat der Arzt also freie Kapazitäten (was bspw. bei hoher Arztdichte der Fall sein kann) und ist er hinreichend profitorientiert, wird er gemäß der theoretischen Prognose eine Nachfrage induzieren, die mehr Leistungen enthält als medizinisch notwendig wären (s. Breyer et al. 2013).
- 300.** Im Gegensatz zur Kopfpauschale und zum Gehalt sollte die Einzelleistungsvergütung gemäß der theoretischen Prognose auch zu weniger Überweisungen an (andere) Spezialisten und Krankenhäuser führen, da profitorientierte Ärztinnen und Ärzte in diesem System vergütete Leistungen möglichst selbst anbieten möchten; für nicht bzw. relativ gering vergütete Leistungen gibt es dagegen Anreize, übermäßig zu überweisen (s. z.B. Allard et al. 2011). Auch das Angebot präventiver Leistungen könnte sinken (zumindest sofern diese Leistungen nicht vergütet werden), da diese im Erwartungswert den zukünftigen vergüteten Leistungsbedarf der Patientinnen und Patienten reduzieren. Da profitorientierte Ärztinnen und Ärzte bei einer Einzelleistungsvergütung möglichst viele vergütete Leistungen anbieten möchten, kann diese Vergütung aber auch zu einem besseren Praxismanagement führen (Robinson 2001).

#### 6.2.2.2. Ergebnisse wirtschaftswissenschaftlicher Experimente zu reinen Vergütungsformen

- 301.** Hennig-Schmidt et al. (2011) haben eines der ersten wirtschaftswissenschaftlichen Experimente zur Verhaltenswirkung verschiedener Vergütungsformen durchgeführt und die Kopfpauschale mit der Einzelleistungsvergütung verglichen. In ihrem Experiment entschieden Medizinstudierende in der Rolle eines Arztes über die Anzahl medizinischer Leistungen für Patienten. Mit der Erbringung von Leistungen waren Kosten verbunden, die mit der Anzahl der erbrachten Leistungen stiegen. In der Anordnung, in der mittels Kopfpauschale vergütet wurde, erhielten die Teilnehmenden einen fixen Betrag, von dem die Kosten für die erbrachten Leistungen abgezogen wurden. Der sich daraus ergebende Gewinn wurde an die Teilnehmenden ausgezahlt. In der Anordnung mit einer Einzelleistungsvergütung wurden die Teilnehmenden pro erbrachter Leistung vergütet. Auch hier wurden die Kosten für die erbrachten Leistungen von der Vergütung abgezogen und der sich daraus ergebende Gewinn an die Teilnehmenden ausgezahlt. Die Patientinnen und Patienten variierten bezüglich der Anzahl von Leistungen, die für ihre Behandlung optimal war (dies wurde als entsprechender Schweregrad ihrer Erkrankung interpretiert). Das heißt, es wurde im Experiment für jeden Patienten ein bestimmter Zusammenhang zwischen der Anzahl der vom Arzt erbrachten medizinischen Leistungen und dem daraus resultierenden Patientennutzen modelliert.

<sup>30</sup> Obwohl im deutschsprachigen Raum in diesem Kontext häufig von *angebotsinduzierter Nachfrage* gesprochen wird, beschreibt der englische Ausdruck ‚anbieterinduzierte Nachfrage‘ das Phänomen treffender.

Über diesen Zusammenhang wurden die Teilnehmenden informiert.<sup>31</sup> Aus ethischen Gründen ist es nicht möglich, Patientinnen bzw. Patienten tatsächlich im Rahmen eines Experiments zu behandeln. Dennoch ist es aus methodischen Gründen wichtig, dass die im Experiment getroffenen Entscheidungen den Gesundheitszustand realer Patientinnen und Patienten beeinflussen (s. dazu die methodischen Ausführungen im Abschnitt 6.1). Daher haben Hennig-Schmidt et al. den sich aus den jeweiligen Entscheidungen ergebenden Patientennutzen in monetären Einheiten (Euro) angegeben und die aus den Arztentscheidungen für die Patienten resultierende Geldsumme für die Behandlung realer Patienten verwendet. Dabei galt, dass ein höherer Patientennutzen mehr Geld und damit mehr behandelte Patientinnen und Patienten implizierte.<sup>32</sup> Dies wurde den Teilnehmenden entsprechend mitgeteilt.

- 302.** Hennig-Schmidt et al. beobachteten in ihrem Experiment im Einklang mit der theoretischen Prognose bei einer Kopfpauschale eine Unterversorgung von Patientinnen und Patienten (es wurden im Durchschnitt weniger Leistungen erbracht, als für die Patienten optimal gewesen wären) und bei einer Einzelleistungsvergütung eine Überversorgung (es wurden im Durchschnitt mehr Leistungen erbracht, als für die Patienten optimal gewesen wären). Allerdings war das Ausmaß der Unter- und Überversorgung jeweils geringer, als man bei einem rein profitorientierten Verhalten erwartet hätte, was für eine gewisse Patientenorientierung spricht. Ähnliche Ergebnisse berichten Green (2014) und Lagarde/Blaauw (2017), auch wenn in diesen Experimenten die Teilnehmenden nicht über eine Anzahl medizinischer Leistungen entschieden, sondern eine reale und nicht auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten bezogene Arbeitsleistung erbringen mussten (eine Rechtschreibkorrektur durchführen bei Green 2014 und die Daten eines Bluttests eingeben bei Lagarde/Blaauw 2017). Beide Arbeiten untersuchten auch die Wirkung eines Gehalts auf die Arbeitsleistung und konnten bei dieser Vergütung eine entsprechende Unterversorgung feststellen.
- 303.** Brosig-Koch et al. (2017a) griffen in ihrer Basisanordnung das Design von Hennig-Schmidt et al. (2011) auf und implementierten eine systematische Variation der Patientencharakteristika (die Patientinnen und Patienten unterschieden sich sowohl in der Anzahl benötigter medizinischer Leistungen – bezeichnet als der Schweregrad der Erkrankung – als auch in dem Zusatznutzen, den eine weitere medizinische Leistung erbrachte). Darüber hinaus waren in dieser Studie die Anreize von Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung symmetrisch gestaltet,<sup>33</sup> so dass ein direkter Vergleich bezüglich des Ausmaßes der Unter- bzw. Überversorgung zwischen beiden Vergütungsformen möglich war. Im Einklang mit der theoretischen Prognose konnten Brosig-Koch et al. (2017a) beobachten, dass die Abweichungen vom patientenoptimalen Verhalten bei der Kopfpauschale für schwerkranke Patienten (Unterversorgung) und bei der Einzelleistungsvergütung für leicht kranke Patienten (Überversorgung) am größten war. Das Ausmaß der jeweiligen Abweichungen war zudem bei beiden Vergütungsformen identisch. Diese Befunde konnten in den Basisanordnungen von Brosig-Koch et al. 2016a und Brosig-Koch et al. 2017b repliziert werden.
- 304.** An den zuvor genannten experimentellen Studien nahmen ausschließlich (Medizin-)Studierende teil. Brosig-Koch et al. (2016b) haben daher untersucht, ob sich das Verhalten realer Ärztinnen und

<sup>31</sup> Die Teilnehmenden erhielten keine spezifischen Patientenakten, sondern genaue Kenntnis über den Zusammenhang zwischen der Anzahl der erbrachten medizinischen Leistungen und dem resultierenden Patientennutzen. Sowohl die einzelne medizinische Leistung als auch der gesundheitliche Nutzen für den Patienten wurden rein abstrakt beschrieben. Die medizinische Leistung war durch ihre Wirkung auf die Kosten und den Patientennutzen charakterisiert, der Patientennutzen war als Eurobetrag angegeben, der für die Behandlung realer Patienten eingesetzt wurde. Auf diese Weise konnte der kausale Zusammenhang zwischen Vergütungsanreizen und Leistungserbringung isoliert und Faktoren wie abweichende subjektive Interpretationen oder mangelndes Fachwissen als Ursache für das beobachtete Verhalten ausgeschlossen werden.

<sup>32</sup> Konkret wurde das Geld an die Christoffel Blindenmission überwiesen mit der Auflage, dieses für die Behandlung von Patienten mit grauem Star in Masvingo (Simbabwe) zu verwenden.

<sup>33</sup> Das heißt, die Anreize zur Unterversorgung bei der Kopfpauschale waren identisch zu den Anreizen zur Überversorgung bei der Einzelleistungsvergütung.

Ärzte systematisch vom Verhalten von Medizinstudierenden und von Nicht-Medizinstudierenden<sup>34</sup> unterscheidet. Ihre Ergebnisse zeigten, dass in allen drei Populationen mehr Leistungen bei einer Einzelleistungsvergütung als bei einer Kopfpauschale erbracht wurden. Die Verhaltensreaktionen waren in allen drei Populationen qualitativ identisch. Das Ausmaß, in dem die Teilnehmenden auf die Anreize reagierten, unterschied sich jedoch (die Ärztinnen und Ärzte verhielten sich am wenigsten profitorientiert). Dies deutet darauf hin, dass für Ärztinnen und Ärzte typische Verhaltensmuster auch mit Hilfe von gesundheitsökonomischen Experimenten aufgedeckt werden können, die mit Studierenden durchgeführt werden. Vorsicht ist jedoch bei der Schätzung von Effektgrößen geboten (für eine entsprechende methodische Diskussion s. z.B. Charness/Fehr 2015; Levitt/List 2007).

305. Die Beobachtung, dass das Leistungserbringungsverhalten von der theoretischen Prognose bei reiner Profitorientierung abweicht, hat gesundheitsökonomische Experimente motiviert, die analysieren, ob diese Abweichungen durch altruistisches Verhalten erklärt werden können – wie in vielen theoretischen Arbeiten unterstellt wird. Godager/Wiesen (2013) schätzten basierend auf den Daten aus der Studie von Hennig-Schmidt et al. (2011) den individuellen Grad an Altruismus (d.h. wie stark der Patientennutzen relativ zum eigenen Profit gewichtet wird). Ihre Ergebnisse stützen die Annahme altruistischen Verhaltens. Der geschätzte Grad des Altruismus variierte allerdings stark zwischen den Experimentteilnehmenden. Brosig-Koch et al. (2017a) konnten das in ihrem Experiment beobachtete Verhalten mit Hilfe eines Modells abbilden, das sich am Modell von Ellis/McGuire (1986) orientierte und in dem der Patientennutzen als ein Argument zur Erklärung des ärztlichen Verhaltens enthalten war. Wie Godager und Wiesen fanden auch Brosig-Koch et al., dass die altruistische Ausprägung des Verhaltens individuell verschieden ist. Auch Kesternich et al. (2015) beschäftigten sich mit den Motiven des Leistungserbringungsverhaltens. In ihrem Experiment mussten die Teilnehmenden bei ihrer Entscheidung zwischen ihrem eigenen Profit, dem Patientennutzen und den Kosten der Gesundheitsversorgung abwägen. Variiert wurde, ob die Teilnehmenden vor dem Experiment eine Frage zu einer modernen Fassung des hippokratischen Eids beantworten mussten oder nicht. Es zeigte sich, dass die Konfrontation mit diesem ethischen Grundsatz eine stärkere Patientenorientierung des Verhaltens im Experiment bewirkte und das Eigeninteresse reduzierte. Allerdings wurde dadurch auch die Fokussierung auf die Effizienz der Entscheidung (welche hier als ein weiteres mögliches Verhaltensmotiv thematisiert wurde) reduziert. Insgesamt unterstützen die Beobachtungen von Kesternich et al. (2015) die in manchen Modellen enthaltene Annahme, dass ethische Grundsätze das Arztverhalten beeinflussen (s. Abschnitt 6.1) und zeigen darüber hinaus, dass auch die Effizienz der Entscheidung einen gewissen Einfluss auf das Verhalten hat.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Das Verhalten von Medizinstudierenden und Nicht-Medizinstudierenden verglichen auch Hennig-Schmidt/Wiesen (2014) sowie Brosig-Koch et al. (2017a). Die Ergebnisse decken sich mit denen von Brosig-Koch et al. (2016a).

<sup>35</sup> Wie bereits geschrieben steckt die experimentelle gesundheitsökonomische Forschung noch in ihren Anfängen, entwickelt sich aber rasant weiter. Aktuelle Fragestellungen in diesem Bereich widmen sich einer Reihe weiterer Faktoren, die das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen Vergütung und Leistungserbringung beeinflussen könnten. So wird derzeit unter anderem am Einfluss der spezifischen Beziehung zwischen Arzt und Patient, der genauen Ausprägung von Informationen für Arzt und Patient, soziodemografischer Charakteristika der Ärzte und der Selektion in bestimmte Spezialisierungen geforscht.

### 6.2.3. Gemischte Vergütungsformen

#### 6.2.3.1. Beschreibung der Anreize gemischter Vergütungsformen

- 306.** Eine Kombination von prospektiven Vergütungsformen (z.B. Kopfpauschale) mit retrospektiven Vergütungsformen (z.B. Einzelleistungsvergütung) wird häufig deshalb empfohlen, um die im Hinblick auf die optimale Patientenversorgung verzerrenden Anreize einer rein prospektiven Vergütung bzw. einer rein retrospektiven Vergütung abzumildern (s. z.B. Breyer et al. 2013; Ellis/McGuire 1986, 1990; Robinson 2001). So kann es sinnvoll sein, nicht das gesamte Kostenrisiko auf Ärztinnen und Ärzte abzuwälzen (wie es bei der prospektiven Vergütung der Fall ist), sondern einen Teil von den Zahlern (Versicherte bzw. Krankenkassen) übernehmen zu lassen (s. Breyer et al. 2013).<sup>36</sup> Eine entsprechende Ausgestaltung des gemischten Vergütungssystems kann folglich zu einer Reduktion der bei einer reinen Einzelleistungsvergütung prognostizierten Überversorgung und der bei einer Kopfpauschale oder bei einem Gehalt prognostizierten Unterversorgung führen. Auch wird die Kombination von Einzelleistungsvergütung und Kopfpauschale häufig dort eingesetzt, wo nicht alle Leistungen für eine (eher kleinteilige) Einzelleistungsvergütung geeignet sind. Falls nicht exakt die für die jeweilige Behandlung und den jeweiligen Patienten optimale Mischung der beiden Vergütungen vorgenommen wird, lassen sich jedoch auch in einem gemischten System Abweichungen von einer optimalen Behandlung der Patientinnen und Patienten kaum vermeiden (Ellis 1998; Robinson 2001; ein optimales gemischtes System wird bspw. in Ellis/McGuire 1986 charakterisiert), auch wenn diese Abweichungen bei entsprechend sinnvoller Gestaltung des gemischten Systems insgesamt geringer ausfallen dürften als bei den im vorherigen Abschnitt erläuterten reinen Vergütungsformen.

#### 6.2.3.2. Ergebnisse wirtschaftswissenschaftlicher Experimente zu gemischten Vergütungsformen

- 307.** Die bereits erwähnte Studie von Brosig-Koch et al. (2017a) analysierte auch, wie die Einführung einer gemischten Vergütung aus Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung das Leistungserbringungsverhalten verändert. Basierend auf einem von Ellis/McGuire (1986) inspirierten Modell wurden dazu spezifische Hypothesen formuliert. Diese Hypothesen wurden im Experiment bestätigt. So beobachteten Brosig-Koch et al. bei einem Übergang von einer reinen Kopfpauschale zu einem gemischten System (mit dominierenden Anreizen der Kopfpauschale) weniger Unterversorgung und bei einem Übergang von einer reinen Einzelleistungsvergütung zu einem gemischten System (mit dominierenden Anreizen der Einzelleistungsvergütung) weniger Überversorgung. Darüber hinaus führte eine höhere Gewichtung der Kopfpauschale (Einzelleistungsvergütung) im gemischten System zu einer Reduktion (Erhöhung) der erbrachten Leistungen. Damit bestätigt das Experiment die theoretische Prognose, dass gemischte Vergütungsformen bei einer entsprechenden Ausgestaltung die Fehlanreize reiner Vergütungsformen reduzieren können.

<sup>36</sup> In dem Modell von Breyer et al. (2013) ist dies beispielsweise dann der Fall, wenn eine der folgenden Bedingungen nicht erfüllt ist (s. dazu Breyer et al. 2013, S. 436): (1) Wenn die Kosten unsicher sind, verhält sich der Arzt risikoneutral, (2) die Information über die vom Arzt behandelten Fälle ist symmetrisch, (3) wenn die Nachfrage nicht von der Qualität abhängt, sind bei einem sich risikoneutral verhaltenden Arzt entweder die Qualität oder der Behandlungserfolg verifizierbar bzw. ist bei einem sich risikoavers verhaltenden Arzt die Qualität verifizierbar, (4) die Information über die erwarteten Behandlungskosten eines Patienten ist symmetrisch.



## 6.2.4. Qualitätsorientierte Vergütung (pay for performance, P4P)

### 6.2.4.1. Beschreibung der Anreize einer qualitätsorientierten Vergütung

- 308.** Neben den zuvor thematisierten gemischten Vergütungen wird häufig die *qualitätsorientierte Vergütung* als eine Alternative diskutiert, mit deren Hilfe die Fehlanreize reiner Vergütungen reduziert werden sollen (s. z.B. Vlaanderen et al. 2019). Die Idee ist, dass man direkt die Qualität bzw. den Behandlungserfolg vergütet (Breyer et al. 2013). Dies geschieht in der Praxis dadurch, dass man das Erreichen bestimmter Zielgrößen, die idealerweise mit dem Behandlungserfolg gekoppelt sind, mit einer Bonuszahlung belohnt.<sup>37</sup> Da der Behandlungserfolg jedoch nur schwer messbar ist bzw. einer gewissen Unsicherheit unterliegt, werden häufig Prozess- oder Strukturindikatoren verwendet (Eijkenaar 2013; wobei der Anteil von Ergebnisindikatoren zuzunehmen scheint, s. Vlaanderen et al. 2019). Die in der Praxis gängigen *P4P*-Systeme kombinieren i.d.R. eine Grundvergütung, die üblicherweise einer Einzelleistungsvergütung oder einer Kopfpauschale entspricht, mit einer qualitätsorientierten Vergütung (z.B. eine Bonuszahlung). Insofern kann man bestehende *P4P*-Systeme auch als Formen einer gemischten Vergütung interpretieren. Eine solche gemischte Vergütung kann bspw. sinnvoll sein, wenn für risikoaverse Ärztinnen und Ärzte das Erreichen der Zielgröße mit entsprechender Unsicherheit behaftet ist (Town et al. 2004), nicht alle zielgrößenrelevanten Leistungen des Arztes inzentiviert werden können (Eggleston 2005) oder für den Fall, dass die vorhandenen Informationsasymmetrien zwischen dem Zahlenden und dem Arzt adverse Selektion und moralisches Risiko begünstigen (Wu et al. 2018). In letztem Fall kann sogar eine Mischung aus Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschale und qualitätsorientierter Vergütung zweckmäßig sein.
- 309.** In der theoretischen gesundheitsökonomischen Literatur werden im Zusammenhang mit der qualitätsorientierten Vergütung eine Reihe von Problemen diskutiert (s. Chalkley 2018; Eijkenaar 2013 für einen Überblick), die beim Design dieser Vergütungsform berücksichtigt werden müssen. Wenn die ärztliche Leistung nicht in all ihren Dimensionen beobachtbar bzw. verifizierbar ist und daher nur bestimmte Teile der Leistung inzentiviert werden, kann dies zu einer selektiven Leistungsausführung führen. Das heißt, es werden verstärkt inzentivierte Leistungen auf Kosten nicht-inzentivierter Leistungen erbracht (englisch multitasking problem; Holmström/Milgrom 1991). Je nach Ausmaß des Problems sind hier unterschiedlich starke Anreize zu setzen und sogar der Verzicht auf die Belohnung verifizierbarer Leistungen kann sinnvoll sein (Kaarbøe/Siciliani 2011). Wie bereits dargestellt, ist bei Vorliegen des multitasking problem ggf. auch ein gemischtes System zu bevorzugen (Eggleston 2005). Ein weiteres Problem der qualitätsorientierten Vergütung besteht darin, dass Ärztinnen und Ärzte die Qualitätsmessung selbst manipulieren könnten, bspw. indem sie die Berichte der Patientinnen und Patienten beeinflussen, auf deren Grundlage die Qualitätsmessung stattfindet (englisch gaming). Auch die bereits angesprochenen Probleme des cream-skimming (Bevorzugung von Patienten, die einen hohen Zielerreichungsgrad erwarten lassen) und dumping (Abweisung von Patienten, die einen eher niedrigen Zielerreichungsgrad erwarten lassen) können aufgrund der Informationsasymmetrie bei einer qualitätsorientierten Vergütung auftreten. Eine entsprechende Risikoadjustierung der Patientenpopulation kann diesen Effekten entgegenwirken (s. Eijkenaar 2013; die Argumentation ist analog zur Kopfpauschale). Schließlich wird in der Literatur in Bezug auf die qualitätsorientierte Vergütung auch das Phänomen des motivation crowding-out diskutiert, also der Substitution intrinsischer Motive durch extrinsische Anreize (s. z.B. Chalkley 2018; Eijkenaar 2013). Dieses Phänomen ist vor allem aus der Verhaltensökonomik und der psychologischen Literatur bekannt (s. z.B. Deci et al. 1999 für einen Überblick). Danach könnte die qualitätsorientierte Vergütung dazu führen, dass patientenorientierte

<sup>37</sup> Strafen werden in der Praxis eher selten verwendet, könnten aber – sofern eine entsprechende Verlustaversion (s. Kahneman/Tversky 1979) vorliegt – effektiver wirken.



Ärztinnen und Ärzte Schlupflöcher in dieser Vergütung ausnutzen und ihre Patientinnen und Patienten letztlich weniger gut behandeln als ohne leistungsorientierte Vergütung.

#### 6.2.4.2. Ergebnisse wirtschaftswissenschaftlicher Experimente zur qualitätsorientierten Vergütung

- 310.** Keser et al. (2014) testen basierend auf dem experimentellen Design von Hennig-Schmidt et al. (2011), inwiefern eine um einen Bonus ergänzte Einzelleistungsvergütung zu besseren Behandlungsentscheidungen führt als eine reine Einzelleistungsvergütung. Der Bonus wurde gezahlt, sobald eine bestimmte Anzahl von Patientinnen und Patienten optimal behandelt wurde. Der Schwellenwert, d.h. die für den Bonus notwendige Anzahl optimal behandelter Patientinnen und Patienten, wurde zwischen den Anordnungen variiert. Keser et al. (2014) berichteten, dass die durchschnittliche Abweichung vom patientenoptimalen Verhalten unter der P4P-Vergütung reduziert wurde. Da die qualitätsorientierte Vergütung in Keser et al. (2014) keine optimale Behandlung aller Patientinnen und Patienten inzentivierte, kam es in diesem Bonussystem allerdings weiterhin zu Abweichungen. Daraus lässt sich schließen, dass das Design der P4P-Vergütung einen erheblichen Einfluss darauf hat, in welchem Umfang eine Qualitätsverbesserung erreicht werden kann.<sup>38</sup>
- 311.** Brosig-Koch et al. (2016a) verwenden das gleiche Basisdesign wie die bereits beschriebene Studie von Brosig-Koch et al. 2017a und testen ebenfalls in einem zweiteiligen Experiment die Einführung einer P4P-Vergütung. Im ersten Teil des Experiments wurden die Teilnehmenden je nach Anordnung entweder mit einer Kopfpauschale oder mit einer Einzelleistungsvergütung inzentiviert. Im zweiten Teil wurde eine P4P-Vergütung eingeführt. Wie in Keser et al. (2014) enthielt die P4P-Vergütung bei Brosig-Koch et al. (2016b) einen Bonus, der hier allerdings immer dann gezahlt wurde, wenn die Anzahl der erbrachten medizinischen Leistungen um maximal eine Einheit von der patientenoptimalen Leistungsmenge abwich. Der Bonus implizierte eine Erhöhung des aus der reinen Vergütung maximal erreichbaren Arztprofits um 20 %. Die Anreize wurden so gestaltet, dass es auch bei der qualitätsorientierten Vergütung für einen rein profitorientierten Entscheider sinnvoll war, um eine Einheit von der patientenoptimalen Leistungsanzahl abzuweichen (was aber weitaus weniger war als für die reinen Vergütungsformen prognostiziert wurde). Dies und das zweiteilige Design des Experiments erlaubten es insbesondere zu analysieren, inwiefern die P4P-Vergütung das in der gesundheitsökonomischen Literatur diskutierte motivation crowding-out im Sinne eines Rückgangs des patientenoptimalen Verhaltens auslöst. Brosig-Koch et al. (2016b) nutzten ein an Ellis/McGuire (1986) orientiertes Modell, um konkrete Hypothesen für ihre Experimentanordnungen zu formulieren. Diese Hypothesen wurden weitestgehend bestätigt. Das heißt, die Einführung der P4P-Vergütung reduzierte die unter der Kopfpauschale beobachtete Unterversorgung bzw. die unter der Einzelleistungsvergütung beobachtete Überversorgung. Wie stark die P4P-Vergütung die Abweichungen verringerte, hing von den spezifischen Charakteristika der Patientinnen und Patienten ab. Während auf aggregierter Ebene kein Rückgang des patientenoptimalen Verhaltens zu beobachten war, fanden Brosig-Koch et al. (2016b) jedoch auf individueller Ebene Evidenz für dieses Verhaltensphänomen. Es gab Teilnehmende, die unter der reinen Vergütung in Teil 1 trotz abweichender Anreize die Patientin bzw. den Patienten optimal behandelten, nach Einführung der P4P-Vergütung in Teil 2 aber um eine Einheit von der optimalen Leistungsmenge abwichen.

<sup>38</sup> Ähnliches berichtete auch Green (2014). Die von ihr getestete P4P-Vergütung glich mit ihren Anreizen jedoch einer Einzelleistungsvergütung mit einem Schwellenwert für die bereitgestellte Anzahl von Leistungen und war nicht an die Qualität der Entscheidung gekoppelt. Insofern beinhaltete diese Vergütung massive Fehlanreize, die sich auch auf das Verhalten ausgewirkt haben – es kam zu einer entsprechenden Überversorgung.

### 6.2.5. Zusammenfassung zur Theorie und wirtschaftswissenschaftlichen Experimenten

- 312.** Ein Schwerpunkt der theoretischen gesundheitsökonomischen Literatur ist die Analyse der Anreize, die mit der ärztlichen Vergütung verbunden sind. Dabei zeigt sich, dass sogenannte reine Vergütungsformen wie Gehalt, Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung bei hinreichender Profitorientierung der Ärztinnen und Ärzte und bei Vorliegen entsprechender Informationsasymmetrien zwischen Arzt und Patient bzw. zwischen Arzt und denjenigen, die die Vergütung festlegen oder zahlen, zu Fehlanreizen in der Gesundheitsversorgung führen können. Die gesundheitsökonomischen Modelle prognostizieren jedoch auch, dass diese Fehlanreize unter bestimmten Voraussetzungen durch entsprechend ausgestaltete gemischte Vergütungsformen oder eine entsprechend ausgestaltete qualitätsorientierte Vergütung reduziert werden können.
- 313.** In den letzten Jahren wurden zunehmend wirtschaftswissenschaftliche Experimente eingesetzt, um die Prognosen gesundheitsökonomischer Modelle zu testen. Insbesondere ermöglichen die kontrollierten Bedingungen dieser Experimente, den Kausalzusammenhang zwischen Vergütung und Verhalten direkt zu analysieren. Das in den bislang durchgeführten Experimenten beobachtete Verhalten scheint wesentliche Erkenntnisse der theoretischen gesundheitsökonomischen Forschung zu unterstützen. So wird in gesundheitsökonomischen Experimenten sowohl die für eine Kopfpauschale prognostizierte Unterversorgung als auch die für eine Einzelleistungsvergütung prognostizierte Überversorgung beobachtet. Zudem lässt sich in Experimenten zeigen, dass eine Mischung von Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung oder eine qualitätsorientierte Vergütung in Form einer Bonuszahlung eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten ermöglicht. Die experimentellen Befunde zeigen zudem, dass die in gesundheitsökonomischen Modellen getroffene Annahme einer Profitorientierung des Arztverhaltens durchaus gerechtfertigt ist. Allerdings fallen die in den Experimenten beobachteten Abweichungen von der optimalen Patientenversorgung im Durchschnitt geringer aus als man theoretisch bei einem ausschließlich profitorientierten Verhalten erwarten würde. Wie bereits von Arrow (1963) vermutet, scheint also im Kontext der ärztlichen Gesundheitsversorgung auch ein gewisser Grad an Patientenorientierung vorzuliegen. Die experimentellen Befunde deuten darauf hin, dass dieser Grad an Patientenorientierung jedoch individuell sehr verschieden ausgeprägt ist.

### 6.3. Anreizwirkungen in der ambulanten ärztlichen Vergütung in Deutschland

#### 6.3.1. (Fehl-)Anreize im Kontext der vertragsärztlichen Vergütung

314. Der Großteil *vertragsärztlicher Leistungen* wird auf Basis des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) vergütet. Aufgrund der Komplexität des EBM, welche sich u.a. im Zusammenspiel von pauschalierten Leistungen und Einzelleistungen zeigt, sowie der Modifikation der auf dem EBM aufbauenden Vergütung, insbesondere durch die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe (z.B. Regelleistungsvolumen), lassen sich nur schwer generalisierende Aussagen zu seinen Anreizwirkungen treffen. Vielmehr müssen einzelne Komponenten und Parameter betrachtet werden.

##### 6.3.1.1. Pauschal- vs. Einzelleistungsvergütung

315. Der EBM zeichnet sich generell durch einen vergleichsweise hohen Pauschalierungsgrad aus. Vorgegeben wird diese Grundkonzeption in § 87 Abs. 2b und 2c SGB V. Der Gesetzgeber sieht jedoch Einzelleistungsvergütungen im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich für besonders förderungswürdige Leistungen vor, wenn diese medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung geboten erscheinen.<sup>39</sup>
316. Bei einer Pauschalvergütung erhalten die Ärztinnen und Ärzte das Ergebnis einer Mischkalkulation, da sich die Grund- oder Versichertenpauschale am durchschnittlichen Behandlungsbedarf orientiert. Sie haben damit einen Anreiz, sich kosteneffizient im Sinne einer Mengenbegrenzung zu verhalten, da die Vergütung bei einer Leistungs-/Mengenausweitung innerhalb der pauschalierten Leistung pro Patient nicht steigt.
317. Allerdings besteht auch der Anreiz, nur das „Nötigste“ an Leistung zu erbringen oder die Leistung aufzuteilen: Nachdem die (Quartals-)Pauschale bereits generiert wurde, ist es im selben Quartal nicht mehr finanziell attraktiv, eine Patientin bzw. einen Patienten erneut zu behandeln (sofern sich nicht zusätzliche Gebührenpositionen abrechnen lassen). Bei einer Vielzahl von EBM-Ziffern gibt es zudem obligatorische und fakultative Leistungsinhalte. Die Erbringung von fakultativen Leistungsinhalten ist vom Einzelfall abhängig. Da die Vergütung nicht weiter nach Umfang der Leistung differenziert wird, besteht kein finanzieller Anreiz, fakultative Leistungsinhalte zu erbringen. Im Einzelfall kann Unterversorgung die Folge sein. Hinsichtlich der Transparenz der Leistungserbringung bergen Pauschalen zudem das Risiko, dass anhand der Abrechnung schwerlich erkennbar ist, welche Leistungen konkret erbracht wurden, da einzelne Behandlungsschritte nicht separat dokumentiert werden müssen (vgl. Rz. 75).
318. Die Gefahr für Unterversorgung besteht insbesondere bei chronischen und schwerwiegenden Krankheitsverläufen, deren Kosten über dem Mittelwert der Mischkalkulation liegen (Walendzik 2013). Bei diesen Fällen<sup>40</sup> ist die Behandlung leistungsaufwändiger als im Durchschnitt – die Pauschalen setzen einen Anreiz zur Risikoselektion zugunsten „leichterer“ Fälle (IGES Institut 2014). Der Gesetzgeber sah in § 87 Abs. 2c Satz 4 (heute: 5) SGB V seit 2007 vor, dass in der fachärztlichen Versorgung die Behandlung von Versicherten mit erheblichem therapeutischem Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten über arztgruppenspezifische *diagnosebezogene Fallpauschalen* zu vergüten sind. 2012 wurde hieraus eine Kann-Regelung. Bis heute wurde von dieser Möglichkeit seitens des Bewertungsausschusses jedoch nie Gebrauch gemacht.

<sup>39</sup> Selbiges gilt bei telemedizinisch oder im Wege der Delegation erbrachten Leistungen.

<sup>40</sup> Davon betroffen sind gerade auch Pflegeheimbewohner und Menschen mit schwersten mehrfachen Behinderungen.

319. Einzelleistungsvergütungen haben aus Leistungserbringersicht den Vorteil, dass die erbrachten Leistungen auch in Gänze vergütet werden (sofern das Regelleistungsvolumen oder das Individualbudget nicht bereits überschritten ist). Gerade bei medizinisch erforderlichen Leistungen besteht dann der Vorteil, dass die Gefahr einer Unterversorgung reduziert werden kann. Gleichzeitig besteht aber die Gefahr einer (unnötigen) Mengenausweitung. Die Fehlallokation wird dann verschärft, wenn es sich um eine Überversorgung handelt und diese zu Lasten der Grundversorgung geht, die i.d.R. über Pauschalen vergütet wird.
320. Die Erkenntnis aus den Laborexperimenten (s. Rz. 312), dass gemischte Vergütungsformen die Fehlanreize reiner Vergütungsformen grundsätzlich ausgleichen können, dürfte auch für den EBM gelten.
321. Im Rahmen vieler Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) gibt es zudem in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein weiteres Konstrukt, die kontaktunabhängige Pauschale, welche die in Rz. 296 beschriebene reine Kopfpauschale darstellt. Eine kontaktunabhängige Pauschale gibt keinen Anreiz, Patientinnen und Patienten jedes Quartal erneut einzubestellen und medizinisch nicht notwendige Leistungen zu induzieren. Wenn die Vergütung auch ohne Leistung erfolgt, besteht kein finanzieller Anreiz zu *bedarfsgerechter* Versorgung und in Folge die potenzielle Gefahr von Unterversorgung. Je nach vertraglicher Ausgestaltung wird die kontaktunabhängige Pauschale mit kontaktabhängigen Quartalspauschalen, Zuschlägen (bspw. für chronisch Kranke) sowie einer begrenzten Zahl an Einzelleistungen kombiniert (Hausärzteverband 2019) und damit der Fehlanreiz zur Unterversorgung reduziert.

#### 6.3.1.2. Budgetierung und Quartalsbezug

322. Rund zwei Drittel der vertragsärztlichen Leistungen sind *budgetiert*, d.h., sie werden im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet. Übertragen auf den einzelnen Arzt bedeutet dies, dass er ein „Praxisbudget“ hat, das durch ein Regelleistungsvolumen oder Individualbudget determiniert wird (abhängig vom KV-Bezirk, s. Rz. 67). Sobald dieses Budget überschritten ist, können darüber hinausgehende Leistungen zu abgestaffelten Preisen vergütet werden. Alle Regelungen haben das Ziel der Mengensteuerung gemein (GKV-SV 2017). Auch dem in Kapitel 2 (s. Rz. 59) dargestellten Hamsterrad-Effekt soll so begegnet werden. Die Fehlanreize zur potenziellen Mengenausweitung lassen sich durch die Komplexität des Vergütungssystems jedoch nicht vollständig beseitigen. Da laufende „Praxisbudgets“ durch Vorjahreswerte determiniert werden, sind Fehlanreize denkbar.
323. Grundsätzlich hat die Budgetierung ähnliche Anreizwirkungen wie eine Pauschalierung. Durch eine Begrenzung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel wird die *Kosteneffizienz* gefördert und der Anreiz von Mengenausweitung bzw. *angebotsinduzierter Nachfrage* gemindert. Gleichzeitig ist aber auch eine Unterversorgung theoretisch als Folge denkbar (Wasem 2018).
324. Eine Abrechnungsperiode in der ambulanten vertragsärztlichen Vergütung ist immer ein Quartal. Das heißt, das zur Verfügung stehende Budget bezieht sich auf eben diesen Zeitraum. Diese Quartalsbetrachtung ist insbesondere problematisch, wenn das Budget am Quartalsende erschöpft ist und eine erbrachte Leistung aus ärztlicher Sicht nicht mehr in voller Höhe vergütet wird. Dann besteht je nach Höhe der *Grenzkosten* auch kein Anreiz mehr, diese Leistung überhaupt zu erbringen. Dies deckt sich auch mit dem Phänomen der vorübergehenden Praxisschließungen am Quartalsende (Psychonomics/AOK BV 2011). Moderne Praxis-EDV-Systeme weisen den Ausschöpfungsgrad des Regelleistungsvolumen bzw. Individualbudgets aus und unterstützen Vertragsärztinnen und -ärzte bei einer entsprechenden Leistungssteuerung bzw. -begrenzung auch schon im Verlauf eines Quartals. Als Folgen sind eine Leistungsreduktion, d.h., der die Patientin bzw. der Patient erhält weniger Leistung als bedarfsgerecht, oder eine zeitliche Verschiebung der

Leistung ins nächste Quartal denkbar. Durch die Verschiebung der Behandlung in die nächste Abrechnungsperiode können Wartezeiten entstehen.

- 325.** Bezüglich ärztlich verordneter Leistungen bestehen außerdem auf Grund der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106a SGB V Anreize, unter einem bestimmten quartalsbezogenen Betrag zu bleiben (s. a. Abschnitt 2.2.4.5). Dies kann einerseits zu Unterversorgung, andererseits im hausärztlichen Bereich zu vermehrten Überweisungen zu Fachärztinnen bzw. -ärzten führen<sup>41</sup>, was dort unnötige Ressourcen bindet und Wartezeiten auf Facharzttermine für alle Patientinnen und Patienten verlängern kann.
- 326.** Der Quartalsbezug in Verbindung mit kontaktabhängigen Versicherten- und Grundpauschalen setzt zudem auch den Anreiz, eine Patientin bzw. einen Patienten in jedem Quartal erneut einzubestellen, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit. Dies gilt insbesondere für vergleichsweise leicht Erkrankte (sogenannte „Verdünnerefälle“), die mit relativ geringem Aufwand betreut werden können. Begünstigt wird dies etwa auch durch die Beschränkung der Normpackungsgrößen von Medikamenten auf ein Quartal (N3 für eine Behandlungsdauer von 100 Tagen). Damit müssen Patientinnen und Patienten ca. alle drei Monate für ein neues Rezept ihrer Dauermedikation in der Arztpraxis vorstellig werden.<sup>42</sup>
- 327.** Eine Studie der Universität Hamburg zeigt anhand von Daten der Techniker Krankenkasse, dass Ärztinnen und Ärzte ihr Leistungsangebot am Quartalsende reduzieren. Bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, die großteils über Versichertenpauschalen vergütet werden, trifft das auf das komplette Leistungsangebot zu. Die Studie zeigt außerdem, dass das Leistungsangebot am Anfang des Folgequartals erneut ansteigt, was eine Verschiebung von Leistungen aus Gründen der Vergütung nahe legt. Bei Fachärztinnen und -ärzten bezieht sich die Reduktion des Leistungsangebots am Quartalsende insbesondere auf MGV-Leistungen, nicht so sehr auf extrabudgetäre (EGV-)Leistungen, da diese weiterhin zu vollen Preisen erstattet werden. Der Anteil an EGV-Leistungen ist in der fachärztlichen Versorgung je nach Fachgebiet deutlich höher als in der hausärztlichen Versorgung (s. Rz. 278). Als negativer Effekt für Patientinnen und Patienten ergeben sich am Quartalsende längere Wartezeiten auf Arzttermine. In den Daten konnte gezeigt werden, dass die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes am Quartalsende deutlich erhöht ist, was nahe legt, dass das Angebot an regulären Arztterminen möglicherweise zu gering ist (Himmel/Schneider 2017).
- 328.** In der Regel erhalten Vertragsärztinnen und -ärzte ihre Honorarbescheide drei bis vier Monate nach Quartalsende von der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung (KV). Aus ärztlicher Sicht besteht ex ante eine gewisse Unsicherheit darüber, wie hoch die finale Vergütung sein wird. Je nach Ausgestaltung der konkreten Mengensteuerung ist vorher nicht klar, wie hoch die Vergütung der über das Budget hinaus erbrachten Leistungen sein wird. Für risikoaverse Ärztinnen und Ärzte könnte dies bedeuten, dass sie eher zurückhaltend in ihrer Leistungserbringung agieren. Punktuelle Unterversorgung könnte die Folge sein. Allerdings werden im Durchschnitt rund 94 % aller Honorare ausgezahlt (s. Rz. 242), wobei die Auszahlungsquote in Abhängigkeit von der *Arztgruppe* und im Einzelfall deutlich niedriger sein kann.<sup>43</sup>

<sup>41</sup> Das beauftragte Meta Review betrachtet als einen Zielparame-ter ebenfalls das Überweisungsverhalten und zeigt, dass es, sofern Leistungen nicht (mehr) zusätzlich vergütet werden, zu vermehrten Überweisungen an Fachärzte und in den stationären Bereich kommt (IGES Institut 2019b).

<sup>42</sup> Stand Dezember 2019 wird mit dem Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken zum 01.03.2020 die Möglichkeit eines Wiederholungsrezepts eingeführt: Chronisch Kranke, die immer wieder die gleichen Medikamente benötigen, können dann mit einem speziell gekennzeichneten Rezept bis zu viermal in die Apotheke gehen, ohne erneut beim Arzt vorstellig werden zu müssen.

<sup>43</sup> Hinzu kommen Regresse, wobei diese bisher grundsätzlich bis zu vier, seit dem TSVG bis zu zwei Jahre (§ 106 Abs. 3 Satz 3 SGB V) nach Abrechnung möglich sind. Hinsichtlich des finanziellen Volumens ist deren Bedeutung jedoch eher gering.



329. Klar ist jedoch, dass bei einer Budgetierung auch ein Zeitbezug erforderlich ist. Himmel/Schneider (2017) stellen die These auf, dass eine Verkürzung der Abrechnungszeiträume (bspw. monatlich) die genannten Probleme reduzieren könnte (Himmel/Schneider 2017).
330. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) wiederum schlägt für die hausärztliche Versorgung eine Jahrespauschale mit regelmäßigen Abschlagszahlungen vor, wobei bestimmte, erwünschte Leistungen aus Anreizgründen im Rahmen separater *Leistungskomplexe* vergütet werden sollen (SVR 2018).

### 6.3.1.3. Steuerung, Regulierung und Erlaubnisvorbehalt

331. Der Gesetzgeber gibt mit dem SGB V einen Rahmen für den Leistungskatalog vor. Der Leistungsanspruch auf bestimmte Behandlungen oder Untersuchungen der vertragsärztlichen Versorgung wird im Einzelnen durch die Selbstverwaltungspartner im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Neben dem Gesetzgeber können somit weitere Akteure (insbesondere der Leistungserbringer- und Kostenträgerseite) Einfluss nehmen (s.a. Abschnitt 2.2.1).
332. Die vertragsärztliche Versorgung in der GKV zeichnet sich durch ein Verbot mit *Erlaubnisvorbehalt* (§ 135 SGB V Abs. 1) aus. Ein positives Votum des G-BA setzt grundsätzlich voraus, dass eine Leistung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist (§ 12 Abs. 1 SGB V). Es soll also gewährleistet werden, dass nur nutzenstiftende Leistungen an Patientinnen und Patienten erbracht werden und dies ressourcensparsam erfolgt. Wenn es im Rahmen des Verfahrens beim G-BA oder im Nachgang bei der Festlegung der Vergütung durch den Bewertungsausschuss jedoch zu Verzögerungen kommt, wird der Erlaubnisvorbehalt auch als Innovationshemmnis gesehen, der die Aufnahme von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) in den Leistungskatalog der GKV behindert.
333. Der Gesetzgeber nimmt insofern Einfluss, als er im SGB V bestimmte Leistungsansprüche definiert und bei wünschenswerten Leistungen vorgibt, dass die Leistungserbringung *extrabudgetär* vergütet wird. Damit soll ein monetärer Anreiz bestehen, die Leistung auch (im notwendigen Maße) zu erbringen (bspw. Früherkennungsmaßnahmen oder Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit).
334. Es gibt eine Reihe von Leistungen, die hinsichtlich ihrer Vergütungshöhe immer wieder im öffentlichen Fokus stehen, so bspw. Leistungen der „sprechenden“ Medizin, Koordinationsleistungen sowie das Arbeiten in interdisziplinären und interprofessionellen Teams. Einige dieser Themenfelder hat der Gesetzgeber bereits (im Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) adressiert. Welche positiven Auswirkungen sich in der Praxis ergeben werden, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden. Ein weiteres Beispiel ist die potenzielle finanzielle Unattraktivität der Grundversorgung aus ärztlicher Sicht (s.a. Rz. 260). Deshalb wurde in der Vergangenheit immer wieder versucht, finanzielle Anreize bspw. in Form von Zuschlägen zu setzen, z.B. bei den konservativ tätigen Augenärztinnen und -ärzten (InBA 2014).
335. Die Vergütungssystematik ist zudem auf Einzelpraxen ausgelegt.<sup>44</sup> Zwar gibt es eine Zunahme an Berufsausübungsgemeinschaften und medizinische Versorgungszentren (MVZ) (in denen die Ärztinnen und Ärzte häufig angestellt sind, d.h., die durch die Gebührenordnungen intendierten Steuerungswirkungen können sich – sofern ein fixes *Gehalt* gezahlt wird – nur bedingt entfalten). Dennoch sind die Anreize für regionale populationsbezogene und integrierte Versorgungskonzepte

<sup>44</sup> Es gibt aber verschiedene Möglichkeiten, kooperative Leistungserbringung zu fördern, bspw. erfolgt in Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes im EBM ein Aufschlag in Höhe von 10 % auf die jeweilige Versicherten-, Grund oder Konsiliarpauschale.



mit Verantwortungsübernahme, wie sie bspw. über § 140a SGB V ermöglicht werden, weiterhin gering.

#### 6.3.1.4. Kalkulation von Gebührenpositionen

- 336.** Der Betrieb einer Arztpraxis ist mit einem relativ hohen Fixkostenanteil verbunden. Die Kosten je Leistung sinken folglich teilweise mit der Leistungsmenge. Eine „Degression“ der Vergütung im Sinne einer Berücksichtigung dieses Umstandes findet allerdings nicht statt.
- 337.** Die Kalkulation des EBM zeichnet sich wie bereits in Abschnitt 2.2.5 dargelegt durch eine Vollkostenrechnung aus, in die ein technischer und ein ärztlicher Leistungsanteil einfließen. Die damit verbundenen Zeitangaben im EBM beruhen auf normativen Schätzwerten, die durch Verhandlungen der Partner im Bewertungsausschuss definiert wurden, nicht auf empirischen Erhebungen (Gille 2015).
- 338.** Aufgrund der i.d.R. sinkenden Durchschnittskosten haben Ärztinnen und Ärzte einen Anreiz, die Leistungsmenge auszuweiten, wodurch sich der Reinertrag erhöht; ein Mittelrückfluss an die Kostenträger findet nicht statt (IGES Institut 2010). Ein Mittelrückfluss wäre zum einen über regelmäßige Neukalkulationen des EBM, zum anderen über eine Anpassung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 SGB V sowie eine Abstufung des Preises je nach Leistungsmenge denkbar. Zwar gibt es den gesetzlichen Auftrag, dass der Bewertungsausschuss die einzelnen Positionen im EBM regelmäßig zu überprüfen hat; eine gesetzliche Vorgabe zu Umfang und Häufigkeit gibt es jedoch nicht. Eine retrospektive wissenschaftliche Überprüfung fand bisher nicht statt (Gille 2015).
- 339.** Da bestimmte technische Leistungen (etwa Laboruntersuchungen) zudem über die Zeit tendenziell günstiger werden, ist – sofern die Gebührenordnungspositionen nicht regelmäßig neu kalkuliert werden – der technische Leistungsanteil unter Umständen im Vergleich zum ärztlichen Leistungsanteil relativ überbewertet. Somit besteht der Anreiz zur Mengenausweitung insbesondere bei technischen Leistungen. Diese Problematik wird verstärkt, wenn es sich um Einzelleistungsvergütungen, wie bspw. bei Röntgenleistungen, handelt. In Bezug auf die Geräteausstattung ist es dabei unerheblich, ob Investitionen getätigt wurden, um bspw. ein Sonographiegerät auf den neuesten Stand zu bringen, so dass hier bei der gleichen abgerechneten Leistung allein aufgrund der technischen Voraussetzungen erhebliche Kostenunterschiede je nach Arztpraxis bestehen können. Es bestehen daher kaum Anreize, Investitionen zu tätigen, solange eine Leistung auch mit veraltetem Gerät gleich bepreist und weiterhin abrechenbar ist.
- 340.** Der Bewertungsausschuss hat seitens des Gesetzgebers bereits in der Vergangenheit den Auftrag erhalten, die Bewertung der technischen Leistungen neu vorzunehmen. Da es bisher zu keiner Neukalkulation kam, wurde dieser Auftrag seitens des Gesetzgebers erneut adressiert, da davon ausgegangen wird, dass erhebliche Skaleneffekte bestehen. Bis zum 29.02.2020 hat der Bewertungsausschuss die Aufgabe, den EBM unter Beachtung der Angemessenheit der Bewertung von Leistungen mit hohem technischen Anteil zu aktualisieren (§ 87 Abs. 2 Satz 5 SGB V, vgl. Rz. 111).
- 341.** Wie oben geschrieben basieren die angesetzten EBM-Kalkulationszeiten nicht auf empirischen Erhebungen, sondern auf normativen Schätzwerten und sind zudem vermutlich tendenziell zu hoch angesetzt (IGES Institut 2010). Mit der Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V gibt es ein entsprechendes Kontrollinstrument, das im Rahmen der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung insbesondere den Umfang der je Tag bzw. Quartal abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand prüft. Die dafür benötigten Prüfzeiten werden allerdings von den EBM-Kalkulationszeiten abgeleitet. Eine Studie, die Prüfzeiten am Beispiel der Koloskopie

untersucht, kommt zu dem Ergebnis, dass in rund drei Viertel der untersuchten Fälle die Prüfzeiten unterschritten wurden. Theoretisch können so auch Ärztinnen und Ärzte in der Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V auffällig werden, die eine Prozedur aufgrund ihrer Erfahrung oder optimierter Arbeitsabläufe in deutlich kürzerer Zeit erbringen können (Gille 2015). Im Hinblick auf die Versorgung könnte in diesem Kontext der Anreiz entstehen, weniger Leistungen als möglich zu erbringen.

### 6.3.2. (Fehl-)Anreize im Kontext der privatärztlichen Vergütung

#### 6.3.2.1. Einzelleistungsvergütung ohne Budgetierung

- 342.** Die ärztliche Gebührenordnung (GOÄ) basiert auf einer Vergütung von Einzelleistungen; i.d.R. werden einzelne Behandlungsschritte vergütet. Pauschalen wie im EBM kennt die GOÄ nicht. Neben Einzelleistungen sind einige wenige Komplexleistungen enthalten. Die Preise je Leistung sind zum Großteil deutlich höher als im EBM.<sup>45</sup> Verschiedene Studien (für eine Übersicht s. Rz. 250) gehen davon aus, dass die gleiche Leistung in der GOÄ im Durchschnitt mit dem Faktor 2,3 im Vergleich zum EBM vergütet wird. Ein extern in Auftrag gegebenes Begleitgutachten zum Vergleich der Bewertungen verschiedener EBM- und GOÄ-Positionen kommt zu ähnlichen Werten (vgl. Rz. 251 ff.). Zudem zeigt es, dass Differenzen nicht nur durch die abweichende Vergütungshöhe für bestimmte ärztliche Tätigkeit entstehen, sondern insbesondere auch durch die zusätzliche Vergütung von „fakultativen“ Leistungen, die im EBM i.d.R. in Pauschalen enthalten sind, in der GOÄ hingegen als Einzelleistung zusätzlich vergütet werden (WIG2/Living Business AG 2019). Grundsätzlich besteht aus ärztlicher Sicht also der finanzielle Anreiz, diese „fakultativen“ Leistungen im privatärztlichen Kontext zu erbringen – ungeachtet ihrer medizinischen Notwendigkeit.
- 343.** Die nach GOÄ abrechenbaren Leistungen unterliegen zudem keiner Form von Budgetierung: Eine Abstufung von Preisen, wenn ein bestimmtes Volumen oder Budget ausgeschöpft ist, gibt es demnach nicht. Auf Grund der Vergütung einzelner Behandlungsschritte ist eine Versorgung und Abrechnung nach GOÄ relativ transparent.<sup>46</sup> Die Preise stehen aus ärztlicher Sicht ex ante fest. Eine Unsicherheit bzgl. des Honorars besteht insoweit nicht.<sup>47</sup>
- 344.** Da davon auszugehen ist, dass die erbrachten Leistungen auch vergütet werden, besteht kein Anreiz, die Leistungsmenge zu reduzieren und nur das „Nötigste“ zu erbringen. Folglich ist auch die Gefahr für eine Unterversorgung bei unbudgetierten Einzelleistungsvergütungen geringer. Aus ärztlicher Sicht handelt es sich im Vergleich zum EBM um die leistungsgerechtere und i.d.R. attraktivere Vergütung, da grundsätzlich jede erbrachte Leistung vergütet wird und die Vergütungshöhe zumeist deutlich höher ist (Greß/Schnee 2018).
- 345.** Reine Einzelleistungsvergütungen werden im internationalen Vergleich im Regelfall von Mengenbegrenzungsinstrumenten begleitet (Greß/Schnee 2018). Der GOÄ sind zwar ziffern- und frequenzbezogene Obergrenzen für die Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen (z.B. Nr. 4 – einmal im Behandlungsfall; Nr. 15 – einmal im Kalenderjahr; Nr. 4240 – Laboruntersuchung von bis zu zwei Typen Legionellen) ebenso wenig fremd wie sog. Höchstwerte, durch die – so die

<sup>45</sup> Eine Ausnahme stellen bspw. die meisten Leistungen der Psychotherapie dar, die in EBM und GOÄ relativ identisch bzw. z.T. im EBM leicht höher vergütet werden.

<sup>46</sup> Es sei denn, es kommt zu Analogabrechnungen. Hierzu weiter unten im Text mehr.

<sup>47</sup> Der Behandlungsvertrag besteht allerdings zwischen Arzt und Patient. Schuldner der Honorarforderung ist also nicht die Krankenversicherung, sodass für den Arzt – wie bei allen freien Berufen – ein potenzielles Ausfallrisiko besteht, sofern der Patient seine Rechnung nicht bezahlt.

amtliche Begründung zur GOÄ-Änderung 1996 – „für bestimmte Laboruntersuchungen die Berechnungsfähigkeit auf einen unter Berücksichtigung der medizinisch sinnvollen Menge festgelegten“ Höchstbetrag begrenzt wird (Klakow-Franck et al. 2019). Weitere Möglichkeiten zur Mengenbegrenzung, etwa je Patient, Zeiteinheit (Quartal, Jahr) oder Arzt(praxis), existieren aber – abgesehen von der Kapazitätsgrenze des Leistungserbringers – nicht. Jedes Mehr an Leistung erhöht die ärztlichen Einnahmen, sofern der Patient bzw. Zahlungspflichtige bereit ist, die Leistung zu bezahlen. Dies wird i.d.R. der Fall sein, soweit die Leistung vom privaten Krankenversicherungsunternehmen der Patientinnen und Patienten erstattet wird. Die fehlende Mengenbegrenzung geht somit mit einer fehlenden Ausgabenbegrenzung in der privaten Krankenversicherung (PKV) einher. Darüber hinaus besteht ein Anreiz zu *angebotsinduzierter Nachfrage* (s. auch Rz. 298). Überversorgung ist in Folge möglich (Greß/Schnee 2018).

- 346.** Schätzungen des IGES Instituts auf Basis von Walendzik et al. (2008) ergeben, dass bei grobem (ohne Individualdatenbezug) Herausrechnen des Preiseffekts die Leistungsmenge je Patientin bzw. Patient in der PKV um ca. 60 % höher liegt als in der GKV (bereits nach Alter und Geschlecht standardisiert). Da aufgrund von Risikoprüfungen vor Vertragsschluss und sozialer Struktur (positive Korrelation zwischen Einkommen und Gesundheitszustand) in der PKV davon auszugehen ist, dass PKV-Versicherte tendenziell eine geringere Morbidität als GKV-Versicherte aufweisen (s. Rz. 231), wird die Schlussfolgerung gezogen, dass die höhere Leistungsmenge durch Fehlanreize aufgrund der per se höheren Preise und der ungedeckelten Einzelleistungsvergütungen zustande kommt (IGES Institut 2014).
- 347.** Aufgrund des Steigerungsfaktors können leistungsaufwändige Fälle „unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung“ (§ 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ) höher vergütet werden. Der Fehlanreiz, sich auf eher leichte Behandlungsfälle zu fokussieren, wird damit reduziert. Allerdings besteht auch ein starker Anreiz zur undifferenzierten Anwendung des Regelhöchstsatzes (i.d.R. 2,3-fach), da bis dahin keine Begründungspflicht besteht (BGH v. 08.11.2007, III ZR 54/07, Rn. 17 ff.). Wie in Rz. 248 bereits dargestellt, wurden in 2017 etwa 80 % aller Arztrechnungen zum Regelhöchstsatz abgerechnet – nur rund 5 % lagen darunter, der Rest darüber. Oberhalb des Regelhöchstsatzes ist eine Begründung erforderlich, die nur auf die drei o.g. Kriterien gestützt werden darf. Dieser Begründungspflicht hat der Gesetzgeber besondere Bedeutung beigemessen, weil die Rechnung der Ärztin bzw. des Arztes erst fällig wird, wenn die Überschreitung des Regelhöchstsatzes „auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich“ begründet wird (§ 12 Abs. 1, Abs. 3 Satz 1 GOÄ). Wegen der für den Behandlungsvertrag typischen Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient sowie wegen der oft fehlenden Möglichkeiten (für Patienten und Krankenversicherung/Beihilfe), im Nachhinein die Richtigkeit der Begründung zu überprüfen, besteht in diesem Vergütungsbereich eine Gefahr für Manipulation.
- 348.** Bei den Sozialtarifen der PKV (Basis-, Standard- und Notlagentarif) liegen die anwendbaren Steigerungsfaktoren deutlich unter den (Regel-)Höchstsätzen (s. Abschnitt 2.3.3.2). Ein Anreiz zu Risikoselektion und/oder Unterversorgung der betroffenen Patientengruppen scheint gegeben. Immerhin sollen wegen des geringen Steigerungsfaktors von max. 1,2 (s. Rz. 137) für Versicherte im Basistarif nicht alle Ärztinnen und Ärzte zur Behandlung bereit sein (Brörken 2016, S. 58; BT-Drucksache 19/14605), obwohl ihnen § 192 Abs. 7 VVG einen Vergütungsanspruch unmittelbar gegen das PKV-Unternehmen einräumt. Umfassende empirische Befunde dazu liegen aber derzeit nicht vor.

### 6.3.2.2. Steuerung und Regulierung

- 349.** Im Hinblick auf die medizinische Notwendigkeit gibt es in der GOÄ weniger Vorgaben als im EBM (s. Rz. 147). Auch wenn bezüglich der medizinischen Notwendigkeit ein objektiver Maßstab anzulegen ist, besteht für Ärztinnen und Ärzte bei der privatärztlichen Abrechnung letztlich ein größerer Korridor bei der Wahl der (abrechnungsfähigen) Behandlung. Aus ärztlicher Sicht wird die GOÄ eher der ärztliche Therapie- und Entscheidungsfreiheit gerecht. Ein Wirtschaftlichkeitsgebot analog § 12 Abs. 1 SGB V existiert nicht (Hermanns 2019).
- 350.** Zudem besteht nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ die Möglichkeit, Leistungen ohne medizinische Notwendigkeit auf Verlangen der Patientin bzw. des Patienten zu erbringen. Generell könnte der Anreiz bestehen, dass auch medizinisch nicht notwendige Leistungen seitens der Ärztin bzw. des Arztes aktiv angeboten werden. Dies kann bspw. auch bei individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) der Fall sein; dabei ist jedoch zu beachten, dass zu den IGeL auch Leistungen zählen können, die zwar medizinisch sinnvoll sind, aber (zumeist) aufgrund unzureichender Evidenz (noch) nicht in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wurden, oder dem Bereich der Eigenverantwortung (s. § 1 Satz 2 SGB V) zugewiesen werden.
- 351.** Einen *Erlaubnisvorbehalt* für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wie in der GKV gibt es für Abrechnungen nach GOÄ nicht. Neue Leistungen können ohne vorgelagertes standardisiertes Verfahren arztseitig erbracht und als Analogziffer (§ 6 Abs. 2 GOÄ) abgerechnet werden. Hierbei ist nicht maßgeblich, dass eine Leistung inhaltlich einer analog abgerechneten Ziffer ähnelt, sondern dass sie nach Art, Kosten- und Zeitaufwand einer anderen Leistung gleichwertig ist, was für Patient und Krankenversicherung nicht immer transparent nachvollziehbar ist. Andererseits besteht der Vorteil, dass Patientinnen und Patienten schnell von Innovationen profitieren und die Versorgung auf aktuelle Entwicklungen in der Wissenschaft reagieren kann. Hierbei findet aber anders als im EBM keine Überprüfung von Wirksamkeit, Nutzen und Qualität sowie Wirtschaftlichkeit statt, sodass auch potenziell schädliche und insbesondere unwirksame oder unwirtschaftliche Leistungen an Patientinnen und Patienten gegen Vergütung erbracht werden können.
- 352.** Trotz Abrechnung nach GOÄ erhalten PKV-Versicherte nicht grundsätzlich mehr und „bessere“ Leistungen als GKV-Versicherte. Für den Leistungsumfang ist der individuelle Versicherungsvertrag entscheidend. Abgesehen vom Basistarif (§ 193 Abs. 5 VVG, § 12 Abs. 1a VAG) und dem – auf Altfälle beschränkten – Standardtarif (vgl. § 257 Abs. 2a Nr. 3 SGB V) gibt es keinen gesetzlichen Mindestumfang, sodass es durchaus möglich ist, dass ein PKV-Versicherter (in einzelnen Leistungsbereichen, bspw. bei RehaMaßnahmen oder Psychotherapie) einen geringeren Leistungsumfang erhält als ein GKV-Versicherter und somit Rechnungen in nicht unerheblichen Teilen selbst tragen muss (z.B. Transportkosten).<sup>48</sup> Dieser Umstand kann sowohl auf Arzt- als auch auf Patientenseite zu Verunsicherung führen.
- 353.** Die Qualitätssicherung im privatärztlichen Bereich fällt in die Zuständigkeit der Ärztekammern. Hierzu existieren keine Vorgaben und keine Prüfungen (s. Rz. 157). Im privatärztlichen Bereich können seitens der Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbracht werden, die im vertragsärztlichen Bereich nur unter besonderen Voraussetzungen (Qualitäts-/Qualifikationsanforderungen) erbracht werden dürfen. Ob davon Fehlanreize für die Versorgung ausgehen, ist empirisch bislang nicht belegt.

---

<sup>48</sup> Explizit nicht gemeint sind aus Gründen von Beitragsrückerstattungen oder Selbstbehalten nicht eingereichte Rechnungen.

### 6.3.2.3. Kalkulation von Gebührenpositionen

354. Die heutige GOÄ trat 1983 in Kraft; Leistungsverzeichnis und Preise wurden seither nicht grundlegend aktualisiert. Die letzte Teilnovellierung (Laborleistungen) stammt von 1996. Gerade Rationalisierungsprozesse in Folge des technischen Fortschritts sind in der GOÄ nicht abgebildet (Wasem 2018). Der auch im EBM geltende Anreiz, technische Leistungen zu Lasten anderer ärztlicher Leistungen, insbesondere der sprechenden Medizin, zu erbringen, ist bei privatärztlichen Leistungen (gerade bei begrenzten zeitlichen Ressourcen der Ärztinnen und Ärzte) besonders relevant und wurde bereits im Zuge der GOÄ-Reform 1996 erkannt (Klakow-Franck et al. 2019).
355. Über eine neue GOÄ „verhandeln“ PKV-Verband und Bundesärztekammer (BÄK) seit mehreren Jahren (s. Rz. 162). Es besteht zwar kein gesetzliches Verhandlungsmandat; dem Gesetzgeber war es aber wichtig, eine Neufassung der GOÄ im Konsens der betroffenen Akteure zu entwickeln. Auch die neue GOÄ wird voraussichtlich zum Großteil Einzelleistungsvergütungen und neuerdings auch Leistungskomplexe, allerdings keine Pauschalen, wie sie der EBM kennt, enthalten. Die wesentlichen Anreizwirkungen wie oben beschrieben dürften zum Großteil erhalten bleiben.

### 6.3.3. Weitere durch Vergütung und die Parallelität verschiedener Vergütungssysteme implizierte (Fehl-) Anreize

#### 6.3.3.1. Potenzielle Ungleichbehandlung unterschiedlicher Patientengruppen, insbesondere im Hinblick auf Wartezeiten

356. In der Realität der ambulanten ärztlichen Vergütung in Deutschland sind Ärztinnen und Ärzte mit mehreren Gebührenordnungen konfrontiert, die parallel für unterschiedliche Leistungen oder Patientengruppen gültig sind. In der Versorgungspraxis stellt sich somit die Frage, wie Leistungserbringer agieren, wenn EBM, GOÄ, UV-GOÄ sowie *besondere Versorgungsformen* mit eigenen Vergütungssystematiken, bspw. strukturierte Behandlungsprogramme (DMP), HzV und weitere Selektivverträge, parallel bestehen.
357. Aus ärztlicher Sicht besteht ein monetärer Anreiz, Patientinnen und Patienten, die eine höhere Vergütung einbringen, bevorzugt zu behandeln. Das bezieht sich sowohl auf die Terminvergabe und die Wartezeiten in der Praxis als auch auf den Umfang der ärztlichen Leistungserbringung. Am niedrigsten werden dabei zumeist die Leistungen nach EBM vergütet. Der EBM ist gegenüber der GOÄ (und auch weiteren Vergütungsordnungen oder Vertragsformen) nicht nur wegen seines niedrigeren Preisniveaus unattraktiver, sondern insbesondere aufgrund der Kombination mit Pauschalierung und Budgetierung. Diese Problematik wird dann verschärft, wenn Regelleistungsvolumen (oder andere vergleichbare „Budgets“) am Quartalsende erschöpft sind. Unterversorgung ist nicht auszuschließen. Der empirische Befund fällt indes differenziert aus, auch andere Faktoren als Vergütungsunterschiede, wie etwa die Dringlichkeit, haben Einfluss auf die Länge der Wartezeiten. Gerade im internationalen Vergleich steht Deutschland im Hinblick auf Wartezeiten gut da (s. Abschnitt 5.6).
358. Wartezeiten sind dann kritisch zu beurteilen, wenn sie entweder eine *bedarfsgerechte* Versorgung durch ihre Dauer konterkarieren oder wenn das Prinzip der horizontalen Gerechtigkeit verletzt wird. Ersteres bedeutet, dass es zu einer Verschlechterung oder ausbleibenden Verbesserung des Gesundheitszustands kommt, die durch eine rechtzeitige Diagnose oder Therapie vermeidbar gewesen wäre (McLennan 2015; Prentice/Pizer 2008). Horizontale Gerechtigkeit wiederum bedeutet, dass Menschen mit gleichem Bedarf gleichen Zugang zur Versorgung erhalten sollen (Culyer 1995; Culyer/Wagstaff 1993). Ungleiche Wartezeiten wären demnach dann nicht



angemessen, wenn sie nicht durch einen unterschiedlichen Versorgungsbedarf erklärt werden können (Sundmacher et al. 2018). In Bezug auf Wartezeiten ist die Dringlichkeit einer Erkrankung die maßgebliche Determinante des Versorgungsbedarfs (Moscelli et al. 2016). Die Dringlichkeit einer Erkrankung wird als der Zeitraum verstanden, in dem ein Arzttermin bzw. eine diagnostische oder therapeutische Intervention erfolgen muss, um gesundheitliche Schäden zu vermeiden. Die Dringlichkeit des medizinischen Problems kann daher als legitimer Einflussfaktor auf die Länge der Wartezeiten interpretiert werden (Sundmacher et al. 2018).

359. Wartezeiten wären nur bei unbegrenzt verfügbaren Arztkapazitäten vollständig vermeidbar. Unter Berücksichtigung der gegenwärtig und zukünftig begrenzten Zahl an Ärzten und Psychotherapeuten und der gesamtgesellschaftlichen Perspektive eines Gesundheitssystems mit stabilen Beiträgen erscheint dieses Szenario kaum realistisch. Deshalb ist es folgerichtig, Schwellenwerte bzw. Korridore zumutbarer Wartezeiten zu definieren.
360. Hinsichtlich der Ausgestaltung ihres Versorgungsauftrags (bei voller Zulassung beträgt die Mindestsprechstundenzahl 25 Stunden pro Woche) haben Vertragsärztinnen und -ärzte einen Handlungsspielraum. Je nachdem, welchen Tätigkeitsumfang (etwa in Form von Arbeitszeiten, Fallzahlen oder versorgten Patienten) sie insgesamt erbringen und welchen Anteil sie auf die Versorgung von gesetzlich bzw. Privatversicherten oder Selbstzahlern aufwenden, kann ein auf einer vollen Zulassung basierender Versorgungsauftrag unterschiedliche tatsächliche Tätigkeitsumfänge nach sich ziehen. Die unterschiedlichen Vergütungshöhen von vergleichbaren ärztlichen Leistungen können dazu führen, dass Vertragsärzte privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmende Patienten unabhängig von ihrem Versorgungsbedarf in höherem Tätigkeitsumfang behandeln und die tatsächlich zur Verfügung stehenden Kapazitäten für die GKV relativ abnehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die durchschnittliche Betriebszeit (diese umfasst ärztliche Arbeitszeit für GKV-Patienten, für Nicht-GKV-Patienten sowie Verwaltungstätigkeiten) von Praxen in den letzten Jahren insgesamt gesunken ist (Sundmacher et al. 2018). Für eine präzise Erfassung von Kapazitäten müsste eigentlich ein realistischer Wert für einen durchschnittlichen Versorgungsauftrag definiert werden (bspw. in Form einer ärztlichen Arbeitszeit oder von Behandlungsfällen), der einer vollen Arztkapazität entspricht. Außerdem müsste dieser Wert regelmäßig hinsichtlich seiner Praxistauglichkeit überprüft werden. Verändert sich die Erfüllung des Versorgungsauftrags im Laufe der Zeit im Durchschnitt, so treffen die Annahmen der *Bedarfsplanung* bspw. nicht mehr zu und es werden zu wenig Arztkapazitäten geplant, was zu höheren Wartezeiten führen kann.
361. Bieten Vertragsärztinnen und -ärzte die gesetzliche Mindestsprechstundenzeit von 25 Stunden nicht an, so drohen ihnen heute schon empfindliche Konsequenzen. Die insoweit seit 2015 bestehende Prüfpflicht der KVen (§ 95 Abs. 3 Sätze 4 und 5 SGB V) hat das im Mai 2019 in Kraft getretene TSVG präzisiert und regulatorisch im Hinblick auf die zugleich eingeführte Mindestsprechstundenzeit (25 Stunden wöchentlich bei vollem Versorgungsauftrag) durch § 19a Abs. 4 Zulassungsverordnung-Ärzte (Ärzte-ZV) ergänzt. Hierdurch erhielten die KVen gestufte Reaktionsmöglichkeiten – von Aufforderungen zur Erhöhung der Sprechstundenzahl bis zur (anteiligen) Entziehung der Zulassung.
362. Während aus Sicht der GKV-Patienten die Themen Wartezeiten und Unterversorgung wichtig erscheinen, kann es bei Privatpatienten auf Grund der Anreize der Vergütungsstruktur eher zu Überversorgung kommen. Diese Problematik wird durch das Phänomen des „Cost Shiftings“ potenziell verstärkt. „Cost Shifting“ bedeutet, dass Ärztinnen bzw. Ärzte versuchen, die aus ihrer Sicht zu geringe Vergütung bzw. gekürzte Honorare im EBM-Bereich über privatärztliche Leistungen zu kompensieren (IGES Institut 2014).
363. Da IGeL nach GOÄ (meist über Analogziffern) vergütet werden, ist es aus ärztlicher Sicht attraktiv, diese gesetzlich Versicherten anzubieten. Werden viele IGeL erbracht, stehen weniger Kapazitäten



für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung. Eine Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdOmonitor) mit rund 2.000 Teilnehmenden zeigt, dass rund 29 % aller Befragten über 18 Jahre im Jahr 2018 IGeL angeboten oder in Rechnung gestellt wurde. In über drei Viertel der Fälle – so die Aussage der Patientinnen und Patienten – ging die Initiative vom Arzt oder Praxispersonal aus, zu rund einem Viertel vom Befragten selbst (Zok 2019). In über der Hälfte der Fälle wurde vor Leistungserbringung keine schriftliche Vereinbarung geschlossen, obwohl die Ärztin bzw. der Arzt ohne eine solche keinen durchsetzbaren Vergütungsanspruch hat (Scholz 2019).<sup>49</sup> Außerdem konnte beobachtet werden, dass IGeL insbesondere Patientinnen und Patienten mit höherem sozioökonomischen Status angeboten wurden (Zok 2019).

### 6.3.3.2. Einfluss auf die Niederlassungsentscheidung und die Wahl des Fachgebietes

- 364.** Die Niederlassungsentscheidung in der vertragsärztlichen Versorgung ist in örtlicher Hinsicht grundsätzlich von der Bedarfsplanung abhängig<sup>50</sup>. Hierbei wird die Einwohnerzahl (nicht die Zahl der gesetzlich Versicherten) ins Verhältnis zur Zahl der Vertragsärztinnen und -ärzte gesetzt und ein Korridor der Niederlassungsmöglichkeiten definiert. Dennoch sind die Ärztinnen und Ärzte sehr ungleich auf die Regionen verteilt (s. Rz. 263 f.). Es wird versucht, die Niederlassungsentscheidung von Ärztinnen und Ärzten zugunsten unterversorgter, strukturschwacher Regionen nicht nur durch die Bedarfsplanung, sondern auch monetär zu steuern. Neben dem Einkommen spielen auch weitere Faktoren wie Karriereoptionen für den Partner, die Balance zwischen Arbeit und Freizeit<sup>51</sup>, öffentliche Infrastruktur sowie die Vereinbarkeit von familiären und beruflichen Anforderungen eine Rolle für die Niederlassungsentscheidung von Ärztinnen und Ärzten (Arentz 2017). Es besteht jedoch eine Korrelation zwischen Ärztedichte und der Möglichkeit einer Generierung von Einnahmen aus privatärztlicher Behandlung (Sundmacher/Ozegowski 2016). Die Beobachtung, dass Ärztinnen und Ärzte sich bevorzugt in urbanen und/oder sozioökonomisch attraktiven Regionen niederlassen, gilt nicht nur für die Verteilung Stadt - Land, sondern auch innerhalb der Städte, sodass es in Stadtteilen mit hohem Deprivationsindex eher zu Unterversorgung kommen kann (Arentz 2017).
- 365.** Allerdings hängt die Möglichkeit, Privateinnahmen zu erzielen, nicht nur vom Standort, sondern auch maßgeblich von der Wahl der Facharztgruppe ab. Dabei korrelieren die Anteile der Privateinnahmen mit dem Gesamtumsatz. Während Hausärztinnen und -ärzte bspw. nur rund 13 % ihrer Einnahmen (Gesamteinnahmen von rund 304.200 € im Jahr 2016) mit privatärztlicher Tätigkeit erzielen, sind es bspw. bei den Augenärztinnen und -ärzten rund 33 % (Gesamteinnahmen von rund 485.300 € im Jahr 2016) (s.a. Abschnitt 5.7.2). Es stellt sich die Frage, inwiefern potenzielle Verdienstmöglichkeiten die Wahl des ärztlichen Fachgebietes beeinflussen. Empirische Analysen von Thornton und Esposto, die auf Befragungen von US-amerikanischen Medizinabsolventen beruhen, zeigen, dass dort neben ökonomischen Aspekten vor allem eine großzügige Urlaubsregelung sowie zuverlässig planbare Wochenarbeitszeiten eine Rolle bei der Auswahl der Facharzttrichtung haben (Thornton/Esposto 2003). Eine Befragung von rund 14.000 deutschen Medizinstudierenden ergibt, dass rund 80 % der Befragten gute Verdienstmöglichkeiten zwar wichtig sind, andere Aspekte wie bspw. eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf (95 %) und die Ausgestaltung der Arbeitszeiten (82 %) aber höher gewichtet werden (KBV 2019c).

<sup>49</sup> Eine abschließende Klärung dieser Frage durch den Bundesgerichtshof oder das Bundessozialgericht steht aber noch aus.

<sup>50</sup> Nur wer nicht an der vertragsärztlichen Versorgung (durch eigene Zulassung oder Anstellung bei einem zugelassenen Arzt oder MVZ) teilnimmt, ist völlig frei in seiner Niederlassungsentscheidung.

<sup>51</sup> Landärzte haben im Durchschnitt mehr Arbeitsstunden sowie eine höhere Anzahl an Bereitschaftsdiensten.

### 6.3.3.3. Weitere Steuerungsfunktionen

366. Häufig diskutiert wird auch die ungleiche Handhabung bei der Aufnahme neuer Leistungen in die Gebührenordnungen. Vor- und Nachteile der Varianten in der vertrags- und privatärztlichen Versorgung wurden bereits erläutert. Ein positiver Effekt aus der Parallelität kann in der GKV der Anreiz sein, für neue Leistungen Satzungsleistungen anzubieten und ggf. Selektivverträge auszuhandeln. Damit könnte sich eine Krankenkasse im Wettbewerb positionieren. Sofern einem GKV-Versicherten eine Leistung, die (noch) nicht Bestandteil der Regelversorgung ist, besonders wichtig ist, kann er zu der Krankenkasse wechseln, welche diese im Rahmen ihrer Satzungs- und Ermessensleistung anbietet. Ein negativer Effekt wäre eine zu frühe Erbringung neuer Leistungen bei den Privatpatientinnen und -patienten mit den Risiken von (noch) fehlenden Qualitätsstandards und wissenschaftlich fundierten Nachweisen der Wirksamkeit.
367. Eine weitere negative Folge der Uneinheitlichkeit der Leistungen und deren Abrechnungskatalogen (auch von Bestandsleistungen) ist der damit verbundene Mehraufwand im Praxisablauf. Das medizinische Personal muss mehrere Gebührenordnungen und verschiedene Abrechnungsmodalitäten kennen.

## 7. Ziele eines modernen Vergütungssystems

- 368.** Für die Beurteilung eines Vergütungssystems ist es notwendig, zunächst einen Zielekatalog zu definieren. Anhand dieser Ziele können mögliche Reformoptionen zur Ausgestaltung eines Vergütungssystems im ambulanten Bereich abgeglichen und hinsichtlich ihres potenziellen Zielerreichungsgrads gewichtet werden. Insofern wird in Kapitel 8 zu den Reformempfehlungen auf das nachfolgend vorgestellte Zielsystem Bezug genommen.

### 7.1. In der Literatur gängige Ziele von Gesundheitssystemen

- 369.** Mit dem Weltgesundheitsbericht 2000 definierte die WHO als „intrinsische“ Hauptziele von Gesundheitssystemen gesundheitlichen Outcome, Patientenorientierung (Respekt für die Person sowie „Kundenorientierung“, sprich Anpassungsfähigkeit an die Patienteninteressen) und Finanzierungsgerechtigkeit. Weitere Ziele sind Qualität und Gerechtigkeit (Equity). Es wurde ökonomisch ein Index für jeden Mitgliedsstaat errechnet, um ein Ranking der Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Zielerreichung erstellen zu können (Tandon et al. 2000).
- 370.** Im Kontext des OECD-Projekts „Health Care Quality Indicator (HCQI)“ haben Arah et al. einen konzeptionellen Rahmen entwickelt, um die Qualität der Gesundheitsversorgung unter den OECD-Mitgliedsstaaten vergleichbar zu machen. Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems ist dabei eine Teilbetrachtung. Sie wird in den Dimensionen Qualität (mit den Unterkriterien Effektivität, Sicherheit und Patientenorientierung), Zugang und Kosten abgebildet (Arah et al. 2006). Auch eine spätere Revision des konzeptionellen Rahmens durch die HCQI Expertengruppe bestätigte die Relevanz der genannten Oberkriterien (Carinci et al. 2015). Manougian et al. schlussfolgern, dass zwischen diesen Zielen Zielkonflikte bestehen, die letztlich politisch entschieden werden müssen. Die Instrumente, die zur Zielerreichung eingesetzt werden, sollten im Hinblick auf ihre Effektivität und Effizienz beurteilt werden (Manougian et al. 2010).
- 371.** In der englischsprachigen Literatur häufig zitiert wird die „Scorecard on Health System Performance“ des Commonwealth Funds (CWF). Als Dimensionen liegen Behandlungserfolg (Outcome), Qualität, Zugang, Effizienz und Gerechtigkeit (Equity) zu Grunde (Commonwealth Fund 2006). Auf dieser Basis werden sowohl die US-Bundesstaaten untereinander als auch das US-amerikanische Gesundheitssystem international verglichen.

**372.** Basierend auf ebenfalls englischsprachiger Literatur haben Ahluwalia et al. (2017) ein systematisches Review erstellt, das zusammenträgt, welche Kriterien in der wissenschaftlichen Literatur häufig herangezogen werden, wenn es um die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen geht. Am häufigsten genannt in absteigender Reihenfolge werden: Qualität, Kosten, Zugang, Gerechtigkeit (Equity), Patientenerfahrung und Patientensicherheit. Der Großteil der untersuchten Artikel nutzte aber nicht diese Vielzahl an Parametern. Am häufigsten kombiniert wurden Qualität und Kosten. Artikel, die fünf oder mehr Parameter nutzten, basierten alle auf der Scorecard on Health System Performance des CWF (Ahluwalia et al. 2017).

## 7.2. Entwicklung eines Zielekatalogs für ein modernes Vergütungssystem

- 373.** Auf Basis intensiver Diskussionen, der Anhörungen von relevanten Vertreterinnen und Vertretern aus dem Gesundheitssystem und Auswertungen der wissenschaftlichen Literatur hält die Kommission folgende Oberziele für ein modernes ambulantes Vergütungssystem für maßgeblich: Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit der Versorgung (*Kosteneffizienz* und Nachhaltigkeit), Angemessenheit und Transparenz der ärztlichen Vergütung, *bedarfsgerechter* und finanzierbarer Zugang sowie die Praktikabilität des Systems (zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Walendzik/Wasem 2019, S. 34).
- 374.** Je nach Perspektive lassen sich die Ziele unterschiedlich gewichten. Patientinnen und Patienten werden i.d.R. ein bedarfsgerechter Zugang, Behandlungsqualität und der Schutz vor finanzieller Überforderung wichtig sein, Ärztinnen und Ärzten eine angemessene Vergütung und den Kostenträgern die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Die Politik steht dabei vor der Herausforderung, verschiedene Ziele, die z.T. in Zielkonflikten zueinander stehen, zu bedienen und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Deren Erreichbarkeit hängt dabei aber zumeist auch von anderen Faktoren als der Vergütung ab.
- 375.** Die Ziele und insbesondere die Unterziele sind nicht immer klar voneinander zu trennen. Manche bedingen sich gegenseitig oder ergänzen sich zumindest. So kann bspw. eine zu niedrige Vergütung die Versorgungsqualität negativ beeinflussen. Die Maßgabe der Kosteneffizienz verhindert wiederum eine unangemessen hohe Vergütung.

Tabelle 7: Ziele eines modernen Vergütungssystems

Oberziel	Mögliche Unterkriterien
Versorgungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung einer gesundheitsfördernden/-erhaltenden Versorgung</li> <li>• Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung, bspw. Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte und Doppeluntersuchungen</li> <li>• Förderung evidenzbasierter Behandlungen bei gleichzeitiger Innovationsoffenheit</li> <li>• Patientensicherheit</li> <li>• Berücksichtigung von Patientenpräferenzen</li> </ul>
Wirtschaftlichkeit der Versorgung (Kosteneffizienz, Nachhaltigkeit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Diagnostik und Therapie</li> <li>• Förderung effizienter Behandlungswege, bspw. Verbesserung der Behandlungscoordination</li> </ul>
Adäquate und transparente Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich gleiche Vergütung für gleiche Leistung bei regionaler Differenzierbarkeit</li> <li>• Aktualität/Adaptation der Leistungsbewertungen</li> <li>• Transparenz der Kalkulation der Leistungsbewertung</li> </ul>
Bedarfsgerechter und finanzierbarer Zugang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• angemessene Terminvergabe und Wartezeiten nach medizinischer Dringlichkeit (Unabhängigkeit vom Vergütungsniveau)</li> <li>• Vermeidung von Risikoselektion</li> <li>• wohnortunabhängiger Zugang</li> <li>• Keine finanzielle Überforderung aus Versicherten-sicht durch übermäßig hohe Vergütung</li> </ul>
Praktikabilität des Systems	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anwendbarkeit/geringer Verwaltungsaufwand</li> <li>• Kontrollierbarkeit/Transparenz</li> <li>• Stabilität des Systems</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

- 376.** Bei dem Oberziel Versorgungsqualität geht es darum, dass Patientinnen und Patienten qualitativ angemessen und sicher versorgt wird: Sie erhalten, was in ihrem Fall medizinisch sinnvoll und notwendig ist, und nichts, was überflüssig oder gar schädlich ist. Möglich ist dies durch eine evidenzbasierte Versorgung, die den medizinisch-technischen Fortschritt abbildet. Es soll folglich auch gewährleistet sein, dass medizinisch sinnvolle Innovationen zeitnah in der Versorgung zur Verfügung stehen. Innerhalb dieses Rahmens sind die Patientenpräferenzen und seine autonome Entscheidung zu berücksichtigen.
- 377.** Das Oberziel Wirtschaftlichkeit meint eine möglichst kosteneffiziente Leistungserbringung. Dabei werden medizinisch nicht notwendige Diagnostik und Therapie vermieden. Zudem sollen erforderliche Leistungen bei gegebenem Qualitätsniveau möglichst kostensparend erbracht werden. Weiterhin lässt sich Wirtschaftlichkeit durch die Vermeidung *angebotsinduzierter Nachfrage* erzielen; dafür sind entsprechende Fehlanreize bei den Leistungserbringern zu reduzieren. Gemeint ist aber auch Ineffizienzen im Behandlungsablauf zu vermeiden, wie bspw. Doppeluntersuchungen oder andere Formen des Informationsverlustes über die Sektorengrenzen. So sind sektorenübergreifende, effiziente und bedarfsgerecht koordinierte Behandlungswege zu fördern. Gleichzeitig muss vermieden werden, dass notwendige Maßnahmen aufgrund von Fehlanreizen nicht durchgeführt werden.
- 378.** Mit dem Oberziel Angemessenheit und Transparenz der Vergütung ist die adäquate Honorierung der Ärztin bzw. des Arztes (und ggf. des Praxisteam) gemeint. Es soll gewährleistet sein, dass gleiche Leistungen grundsätzlich gleich vergütet werden. Die Vergütung soll sich am aktuellen Versorgungsgeschehen (und ggf. besonderen Rahmenbedingungen) orientieren. Hierfür sind auch regionale Besonderheiten wie bspw. unterschiedliche Morbiditätsstrukturen, gepaart mit unterschiedlicher Betreuungsdichte an Ärztinnen und Ärzten (etwa in unterversorgten Regionen) zu beachten und sollen in der Vergütung abbildbar sein. Die Kalkulation soll transparent sein und regelmäßig überprüft werden – bei Missverhältnissen (bspw. bei unpassender Relation zwischen sprechender Medizin und technischen Leistungen) soll sie angepasst werden.
- 379.** Mit dem Oberziel bedarfsgerechter Zugang ist gemeint, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung, insbesondere die Terminvergabe und Wartezeiten auf medizinischer Dringlichkeit, die Versorgung selbst auf medizinischer Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit basieren und nicht auf unterschiedlichen Vergütungshöhen. Risikoselektion, etwa die Abweisung von Patientinnen oder Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf, soll zudem vermieden werden. Auch soll der Zugang zur Versorgung möglichst wohnortunabhängig sein. Mit finanzierbarem Zugang ist gemeint, dass es aus Patientensicht nicht zu finanzieller Überforderung, bspw. durch übermäßig hohe ärztliche Vergütung, die sich auf die Mitgliedsbeiträge auswirkt, kommen darf. Das heißt auch, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht vom Einkommen abhängen sollte.
- 380.** Unter das Oberziel Praktikabilität fallen Umsetzungsfaktoren wie Anwendbarkeit und Kontrollierbarkeit des Systems. Das Vergütungssystem sollte möglichst transparent, unbürokratisch und unkompliziert sein. Ist ein Vergütungssystem unnötig komplex und nur umständlich anwendbar, ist mit Widerstand seitens der betroffenen Akteure zu rechnen. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist die Stabilität des Systems essentiell. Sowohl rechtliche als auch ökonomische Hemmnisse sind zu eruieren.



## 8. Empfehlungen zur Schaffung eines modernen Vergütungssystems

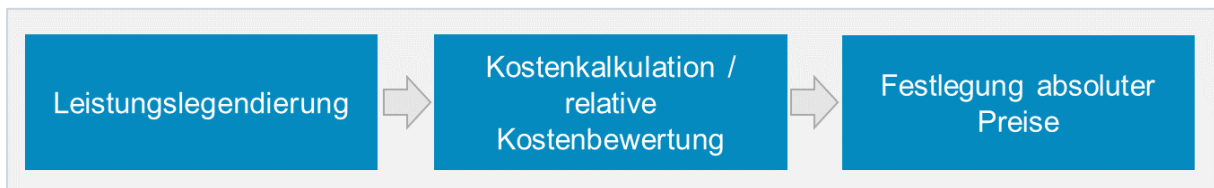
### 8.1. Ausgangslage

- 381.** Die Modernisierung des Vergütungssystems für die ambulante ärztliche Versorgung stellt ein komplexes Unterfangen dar. Für eine Reform kommt eine ganze Reihe von Optionen in Frage, die von der kompletten Vereinheitlichung der Honorierungssysteme in einer einheitlichen ambulanten Gebührenordnung (EAGO) über partielle Angleichungen bis hin zu einer separaten Weiterentwicklung der bislang praktizierten Zweiteilung reichen. Die Komplexität erhöht sich dadurch, dass das Vergütungsrecht kontextabhängig ist. Seine Ausgestaltung und seine Reform haben Auswirkungen auf die Institutionen und Verfahren des gesamten Gesundheitssystems. Schon die Frage, welche Akteure in welchen Verfahren für Vergütungsentscheidungen zuständig sind, berührt das institutionelle Arrangement. So erfolgt die Vergütungsfestlegung in der gesetzlichen (GKV) und privaten Krankenversicherung (PKV) aktuell in unterschiedlichen institutionellen Rahmen: gemeinsame Selbstverwaltung einerseits, staatliche Regulierung auf informeller Verhandlungsbasis andererseits. Weiterhin können etwa mengenbegrenzende Maßnahmen („*Budgetierung*“) direkten Einfluss auf die Höhe der gezahlten Vergütung haben, ebenso ihre Regionalisierung. Entsprechendes gilt für die Evidenzanforderungen und Qualitätssicherung bei der Leistungslegendierung.

### 8.2. (Keine) Vollvereinheitlichung

- 382.** Für eine komplette Vereinheitlichung der bestehenden Vergütungssystematiken bis hin zur Festlegung gleicher absoluter Preise müssten zunächst eine gemeinsame Definition der Leistungspositionen („Leistungslegendierung“) und eine einheitliche Kalkulationsgrundlage und -systematik (mit einer i.d.R. expliziten relativen Bewertung der Kosten) entwickelt werden (s. Abbildung 22). Hierfür wäre ein gemeinsames institutionelles Arrangement zu schaffen, welches kollektiv die Erstellung, Pflege und Weiterentwicklung der neuen Vergütungsordnung verantworten würde. In diesem Kontext wären auch die Harmonisierung der Budgetierung, der Dokumentation und der Qualitätssicherung sowie der Fortbestand weiterer GKV-Steuerungsmechanismen (Regionalisierung, KV-Honorarverteilungsmaßstäbe) zu erörtern. Würden diese Aspekte nicht angeglichen, wären im Falle der Budgetierung und Regionalisierung die Preise und im Falle der Qualitätssicherung die Leistungen nicht identisch.

Abbildung 22: Schritte der Preisfestlegung



Quelle: Eigene Darstellung

- 383.** Es ist nicht davon auszugehen, dass sich die in Kapitel 7 erarbeiteten allgemeinen Ziele eines modernen Vergütungssystems als automatische Konsequenz einer vollvereinheitlichten Vergütung einstellen. Die Vereinheitlichung ist hierfür auch keine notwendige Voraussetzung. Einige der konkret diskutierten Probleme, die im Zusammenhang mit dem bestehenden dualen Vergütungssystem genannt werden, lassen sich über die Vergütungssystematik allein nicht lösen, sondern sind Gegenstand des Zusammenspiels von Vergütung, *Bedarfsplanung* und anderen gesundheitspolitischen Bereichen. Hierzu gehören auch die Wartezeiten, welche durch einzelne monetäre Anreize zwar beeinflusst werden, jedoch von einer Vielzahl von Faktoren abhängen, wie z.B. der Veränderung der Ausführung des Versorgungsauftrags, Überversorgung und Inanspruchnahmeverhalten in Großstädten, dem Angebot in unterversorgten Gebieten und auch Anreizen sowie konkreten Ausgestaltungen (Sundmacher et al. 2018). Ähnliches kann für die regionale Verteilung der Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen angenommen werden. Vergütungsanreize können zwar eine unterstützende Rolle bei der Verhinderung von Unterversorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, spielen. Es dürfte aber die Anreizwirkung eines einheitlichen Vergütungssystems bei gleichbleibendem Vergütungsniveau überschätzen, dass allein dadurch die Problematik der Unterversorgung gelöst werden kann. Die Motive für die Standortwahl sind komplexer (s. Abschnitt 6.3.3.2).
- 384.** Dessen ungeachtet verspricht ein einheitliches Vergütungsrecht für ambulante ärztliche Leistungen eine Reihe von Vorteilen im Hinblick auf die Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem:
- Die Weiterentwicklung und Überarbeitung von Gebührenordnungen ist mit großem Aufwand verbunden und benötigt besondere Kapazitäten und Zeit. So war in der Vergangenheit nicht nur die Überarbeitung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelmäßig ein jahrzehntelanges Unterfangen. Auch grundlegende Reformen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) dauern oft viele Jahre. Wie im Kapitel 1 gezeigt, wurden in der Vergangenheit oftmals wesentliche Teile der Gebührenordnungen aus dem jeweils anderen Bereich übernommen. Eine solche doppelte Struktur der Entwicklung von Gebührenordnungen, die beide grundlegend aus demselben „Reservoir“ ärztlicher Leistungen schöpfen und überdies in großen Teilen die gleichen abrechenbaren Leistungen umfassen, ist nicht effizient. Bei der Entwicklung einer EAGO durch eine gemeinsame Institution würden langfristig deutliche Synergieeffekte entstehen. Kurz- und mittelfristig ist aber ein erheblicher Umstellungsaufwand in materieller und institutioneller Hinsicht in Rechnung zu stellen.
  - Das Zusammenführen von Wissen und Daten kann zu einer besseren Leistungsbewertung beitragen. Je besser die Leistungsbewertung die tatsächlichen Kosten der Leistungserbringung abbildet, desto weniger wird die ärztliche Behandlungsentscheidung davon beeinflusst, ob eine Leistung finanziell besonders (un)attraktiv ist. Eine vom Versicherungsstatus der Patientin oder des Patienten unabhängige Vergütung der Leistungserbringung kann die *Bedarfsgerechtigkeit* erhöhen, da die ärztliche Entscheidung darüber, welche Patientin oder welcher Patient aus medizinischen Gründen bevorzugt zu behandeln ist, weniger von finanziellen Anreizen beeinflusst wird.

- Die gemeinsame Festlegung und Definition ärztlicher Leistungspositionen erhöht die Transparenz des Leistungsgeschehens, auch für die Versorgungsforschung. Auf Seiten der Leistungserbringerinnen und -erbringer wird die Praktikabilität erhöht und der Verwaltungsaufwand verringert, da sie sich im Alltag nicht ständig mit den verschiedenen Vergütungsregimen für die vertrags- und privatärztliche Behandlung auseinandersetzen müssen. In diesem Sinne könnte auch darüber nachgedacht werden, ob und wie andere Vergütungsbereiche mit eigenen Systemen, etwa in der Unfallversicherung, in eine EAGO einbezogen werden können.
  - Friktionen, die dort entstehen könnten, wo bisher nach GOÄ abgerechnet wird, zugleich aber eine dem Leistungsumfang der GKV entsprechende oder an diesen angenäherte Erstattung erfolgt, könnten durch eine EAGO aufgelöst werden. Dies betrifft bspw. den Basis-, Standard- oder Notlagentarif in der PKV oder die Kostenerstattung in der GKV nach § 13 Abs. 2 SGB V, aber auch das Beihilferecht verschiedener Bundesländer.
385. Ein einheitliches Vergütungsrecht für die ambulante ärztliche Vergütung ist jedoch auch mit erheblichen Herausforderungen verbunden:
- Ein neues Preisgefüge hat – wie nahezu jede sonstige Änderung des Vergütungssystems auch – Verteilungswirkungen zur Folge. Abhängig von der Ausgestaltung einer EAGO könnten bei einer Angleichung des Vergütungsniveaus auf EBM-Niveau die Mittel in der ambulanten Versorgung um etwa 7 Mrd. € sinken (s. Rz. 282). Doch auch dann, wenn das Vergütungsniveau in der Summe über alle Leistungserbringer konstant bliebe, würde es Gewinner und Verlierer geben. Tendenziell würden die ärztlichen Honorare in der Stadt sinken und im ländlichen Bereich steigen. Mehreinnahmen würden die neuen Bundesländer verzeichnen, während in den alten Bundesländern mehrheitlich Mindereinnahmen anfielen. Innerhalb der Ärzteschaft würde eine Umverteilung von operativ zu konservativ tätigen *Arztgruppen* stattfinden. Gewinner wären insbesondere die hausärztliche und überwiegend auch die psychiatrische Versorgung (s. Rz. 286). Eine Umverteilung der ambulanten Vergütung kann langfristig durchaus gewollt sein, wenn dadurch heute bestehende, nicht zu rechtfertigende Vergütungsunterschiede zwischen Leistungserbringern und Leistungserbringerinnen abgebaut werden. Es wäre jedoch ein Übergangsmechanismus notwendig, um nicht kurzfristig einzelne Leistungserbringer zu überfordern und die bestehende Versorgung – soweit medizinisch gerechtfertigt – zu gefährden. Dies gilt umso mehr, je stärker sich das Vergütungsniveau am EBM orientieren würde. Soll das Vergütungsniveau insgesamt unverändert bleiben, müssten die Vergütung im *vertragsärztlichen Bereich* angehoben und dauerhaft Mittel hierfür generiert werden, z.B. durch eine deutliche Anhebung des GKV-Beitragssatzes (7 Mrd. € entsprechen ungefähr 0,5 Beitragssatzpunkten), durch zusätzliche Selbstbeteiligungen der GKV-Versicherten oder durch eine Erhöhung des Bundeszuschusses (Steuermittel). Die diskutierte Kompensation durch die PKV bzw. Privatpatientinnen oder -patienten, für die die Vergütung abgesenkt würde, wirft jedoch praktische Umsetzungsfragen auf und ist auch verfassungsrechtlich umstritten.
  - Auch bei einheitlichen Preisen wird es kaum zu verhindern sein, dass sich ein Sekundärmarkt bildet, auf dem Patientinnen und Patienten mit entsprechender Zahlungsbereitschaft ärztliche Leistungen zu höheren Preisen kaufen, um bspw. schneller einen Termin zu erhalten (s.a. Rz. 224). Dem ließe sich nur mit Verboten begegnen, deren Kontrolle und Befolgung (Compliance) beträchtliche soziale und wirtschaftliche Kosten verursacht. Einige der o.g. Vorteile einer EAGO – wie z.B. die von finanziellen Anreizen unabhängige bedarfsgerechte Versorgung oder die Transparenz im Hinblick auf Leistungsgeschehen und -vergütung – würden durch einen Sekundärmarkt konterkariert. Andererseits müsste gegenüber der heutigen Situation das Ausmaß der Ungleichheit und Intransparenz nicht zwangsläufig höher sein. Letztlich hängt beides davon ab, ob und inwieweit alle medizinisch notwendigen

Leistungen versichert werden. Je lückenhafter die Versicherung auf dem Primärmarkt ist, desto bedeutsamer sind Sekundärmärkte. Aus juristischer Sicht ist zu berücksichtigen, dass Vergütungsvorgaben – ebenso wie Leistungsbeschränkungen – Eingriffe in die Berufsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte (Art. 12 Abs. 1 GG) und die Grundrechte der Patientinnen und Patienten (Art. 2 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 GG) darstellen, die einer Rechtfertigung bedürfen; ebenso müssen sich Beschränkungen der Versicherbarkeit von Leistungen an der Berufsfreiheit der Versicherer (Art. 12 Abs. 1 GG) messen lassen. Rechtfertigungsanforderungen folgen auch aus dem Unionsrecht (s. Abschnitt 3.2). Ob das kategorische Verbot, eine abweichende Vergütung zu verlangen, zu entrichten und zu versichern, zumal bei angemessenem Versorgungsniveau und Festhalten am getrennten Versicherungssystem, zu rechtfertigen ist, ist umstritten.

- Überdies stellt sich die Frage nach dem Erhalt von im privatärztlichen Bereich nicht greifenden GKV-Steuerungsmechanismen, nämlich der Budgetierung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), der Regionalisierung (regionale Euro-Gebührenordnung) und der KV-individuellen Honorarverteilungsmaßstäbe. Diese können unterschiedliche Preise für identische ärztliche Leistungen zur Folge haben und zu einer uneinheitlichen Vergütung führen. Ein Verzicht ginge indes mit einem Verlust an Steuerungsmöglichkeiten im GKV-Sektor einher. Überdies ist eine Budgetierung für Privatleistungen in der Umsetzung nur schwer vorstellbar.
- Die Wirkung eines einheitlichen Vergütungsrechts auf den Systemwettbewerb, der sich vorwiegend auf Vergleiche beschränkt (s.a. Abschnitt 2.4), ist ambivalent. Einerseits stärkt es die Vergleichbarkeit der Systeme, da es die komplexen und in der Gesamtwirkung sehr intransparenten Regelungsunterschiede zur Leistungsvergütung reduziert. Vergleichbarkeit wiederum ist Voraussetzung, um im Wettbewerb die richtigen Schlüsse zur Weiterentwicklung (an anderer Stelle) zu ziehen. Andererseits verringert ein einheitliches Vergütungsrecht die Möglichkeiten der Ausdifferenzierung und Erprobung unterschiedlicher Vergütungssystematiken, die selbst ein Teil des vergleichenden Systemwettbewerbs sind.

### 8.3. Reformvorschlag: Partielle Harmonisierung

386. In Abwägung der geschilderten Vorzüge und Probleme der EAGO schlägt die Kommission vor, statt einer Vollvereinheitlichung des Vergütungsrechts das Konzept einer partiellen Harmonisierung zu verfolgen. Dieses würde die positiven Aspekte einer Vereinheitlichung partiell aufgreifen, dabei jedoch den oben geschilderten Herausforderungen Rechnung tragen.
387. Dabei wird unterschieden zwischen der gemeinsamen Ebene, auf der eine Angleichung von Bausteinen stattfindet, und der getrennten Ebene, auf der – auch in getrennten Verhandlungsregimen – Unterschiede zwischen den Bausteinen bewusst erhalten bleiben. Diese Differenzierung zwischen gemeinsamer und getrennter Ebene bezieht sich dabei zunächst auf die in Abb. 22 genannten Bausteine der Preisfestlegung, also die Leistungslegendierung, die relative Kostenbewertung der Leistungen im Vergleich zueinander sowie die (absoluten) Preise. Weitere Themen, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit der Institutionalisierung und dem Prozess einer Harmonisierung der Vergütungssysteme stehen, aber dennoch für die Erreichung der genannten Ziele relevant sind, werden im Anschluss behandelt.

### 8.3.1. Harmonisierte Ebene – Gemeinsame Leistungslegendierung und relative Kostenkalkulation

#### 8.3.1.1. Gemeinsame Leistungslegendierung (GLL)

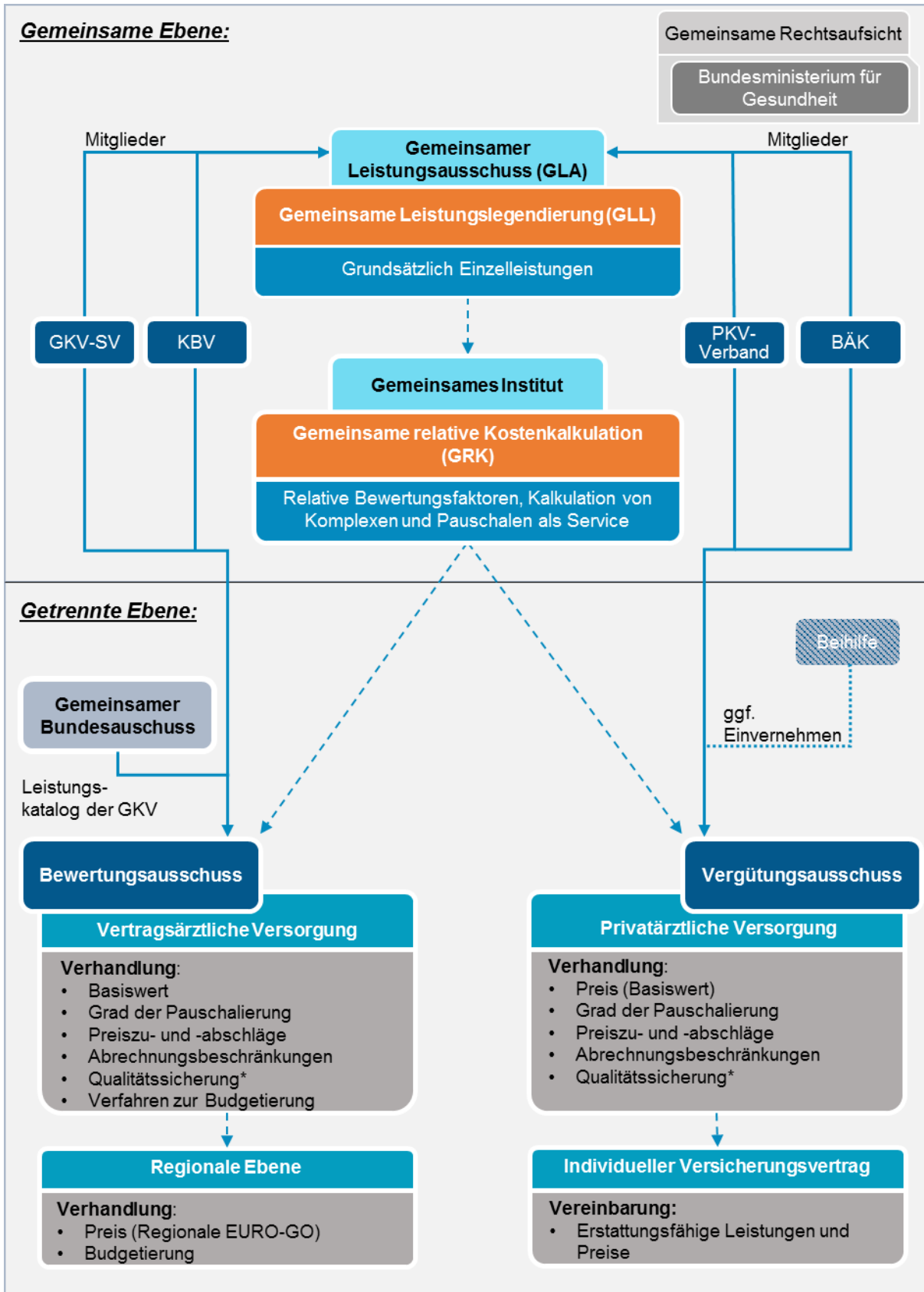
- 388.** Wie in Kapitel 1 dargestellt wurden Leistungspositionen und Bewertungen der Gebührenordnungen in der kassen- bzw. vertragsärztlichen und privatärztlichen Versorgung immer wieder aus dem jeweils anderen Bereich übernommen. Dementsprechend erläutert die Bundesregierung in ihrem Bericht an den Bundesrat über die Erfahrungen mit der GOÄ aus dem Jahr 1985: „[...] für die Beschreibung und die Bewertungsrelation medizinischer Leistungen zueinander darf es keine Rolle spielen, ob Leistungen als kassenärztliche oder als privatärztliche Leistungen erbracht werden“ (BR-Drucksache 625/85, S. 25). Als Basis der Vergütungssysteme erscheint es daher folgerichtig, zunächst eine Gemeinsame Leistungslegendierung (GLL) zu erstellen, welche die Leistungsbeschreibung und deren Inhalte umfasst.
- 389.** Die Leistungslegendierung für den vertragsärztlichen Bereich erfolgt bisher durch den Bewertungsausschuss aus GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), die Leistungslegendierung im privatärztlichen Bereich entstammt größtenteils noch dem EBM'78, soll nun jedoch durch die Ergebnisse der Verhandlungen von Bundesärztekammer (BÄK) und PKV-Verband – nach entsprechender Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) – ersetzt werden. Für eine gemeinsame Leistungslegendierung ist es sinnvoll, das Wissen dieser Organisationen einzubeziehen. Des Weiteren empfiehlt sich in der Logik der gemeinsamen Selbstverwaltung die Einbeziehung der im privatärztlichen Kontext relevanten Akteure in die für eine gemeinsame Leistungslegendierung verantwortlichen Gremien. Die GLL ist demzufolge von einem Gemeinsamen Leistungsausschuss (GLA), bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern von GKV-SV, PKV-Verband, BÄK und KBV unter der Rechtsaufsicht des BMG, zu erstellen und zu pflegen. Beihilfe- und Patientenvertretungen können im Sinne eines Beratungsrechts oder einer anderen, ggf. auch weitergehenden Beteiligung einbezogen werden. Hinsichtlich der Einbeziehung der Beihilfeträger sind die aus dem verfassungsrechtlichen Verbot der Mischverwaltung folgenden Grenzen zu beachten, die zwar nicht bei einer Bund-Länder-Koordinierung, wohl aber nach vielfach vertretener Auffassung bei gemeinsamen Entscheidungsbefugnissen überschritten sind. Der GLA wird dabei durch ein gemeinsames Institut (s. Rz. 395) unterstützt.
- 390.** Die GLL umfasst grundsätzlich das gesamte Leistungsspektrum der ärztlichen Behandlung, wobei die Leistungslegendierung von der nachgelagerten Frage der Finanzierung bzw. Kostenerstattung (durch GKV, PKV oder Beihilfe) unabhängig ist. Neben den Leistungen, die aktuell im EBM und der GOÄ enthalten sind, sollten z.B. auch Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, durch sozialpädiatrische Zentren oder psychiatrische Institutsambulanzen enthalten sein. In Selektivverträgen könnten weiterhin gesonderte Regelungen getroffen werden.
- 391.** Die Leistungen in der GLL werden als *Einzelleistungen* abgebildet. Die Entscheidung, Einzelleistungen als solche abzurechnen, zu *Leistungskomplexen* zusammenzufassen oder *pauschal* zu vergüten, womit unterschiedliche Steuerungseffekte erzielt werden können und Raum für Selektivverträge eröffnet wird, erfolgt erst in einem weiteren Schritt, und zwar getrennt für den vertrags- und privatärztlichen Bereich. Als Serviceleistung für die jeweiligen Verhandlungspartner der getrennten Ebene können durch den GLA an dieser Stelle bereits Leistungskomplexe und Pauschalen (unverbindlich) vorgesehen werden. Die jeweiligen Verhandlungsregime könnten dann – je nach Präferenz des Pauschalierungsgrades – eine Auswahl aus diesen treffen.
- 392.** Für die Aufnahme in die GLL sind noch keine evidenzbasierten Anforderungen für einen medizinischen Nutzen zu erheben, da sie ein zunächst nicht bewertendes Abbild des gesamten

ärztlichen Tätigkeitsfeldes sein soll. Die Verantwortung des GLA liegt also vor allem darin, das Leistungsspektrum auf ärztliche Leistungen zu begrenzen. Die GLL ist durch den GLA regelmäßig anzupassen und um neue Leistungen zu ergänzen, um einen aktuellen medizinisch-technischen Stand zu gewährleisten. Das Antragsrecht für neue Leistungen sollte neben den Trägerorganisationen des GLA und deren Mitgliedern auch den Beihilfe- und Patientenvertretungen sowie medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, ggf. sogar einzelnen Ärztinnen und Ärzten, eingeräumt werden. Zur Verfahrensbeschleunigung muss der Gesetzgeber Entscheidungsfristen – idealerweise maximal sechs Monate ab Antragseinreichung – vorsehen. Verstreicht die Frist ohne Entscheidung des GLA, gilt die neue Leistung als in die GLL aufgenommen. Dies ist sachgerecht, da mit der Aufnahme in die GLL noch keine Entscheidung über die Kostenerstattung/Leistungsübernahme in den Versicherungssystemen verbunden ist.

- 393.** Um der ärztlichen Berufsausübungsfreiheit Rechnung zu tragen und die zeitnahe Erbringung innovativer Leistungen nicht zu verhindern, dürfen auch Leistungen erbracht und abgerechnet werden, die noch nicht in der GLL abgebildet sind. Unabhängig von der Erstattungsfähigkeit derartiger Leistungen, über die das jeweilige System (GKV, PKV, Beihilfe) entscheidet, ist die Erbringung und Abrechnung solcher Leistungen zum Schutz der Patientinnen und Patienten und im Interesse der ärztlichen Qualitätssicherung nur auf der Grundlage einer ausdrücklichen, vorherigen schriftlichen Vereinbarung zwischen Arzt und Patient über ihren Inhalt und Preis zulässig. Voraussetzung ist ferner, dass ein Aufnahmeantrag beim GLA gestellt wurde; andernfalls bestünde kein ausreichender Anreiz für einen solchen Antrag. Diese Leistungen werden dann separat im Rahmen der Analogabrechnung vergleichbar dem bisherigen § 6 Abs. 2 GOÄ von den Ärztinnen und Ärzten berechnet, bis über eine Aufnahme in die GLL entschieden ist. Dasselbe gilt, wenn der Aufnahmeantrag abgelehnt wurde. Patientinnen und Patienten sind aus Gründen der Transparenz in der schriftlichen Vereinbarung darüber aufzuklären, ob der Antrag noch in Bearbeitung ist oder abgelehnt wurde.



Abbildung 23: Systematik des Reformvorschlages „Partielle Harmonisierung“



\* Über die gemeinsamen Mindeststandards (s. Rz. 413 ff.) hinaus.

### 8.3.1.2. Gemeinsame Relative Kostenkalkulation (GRK)

- 394.** Auf Grundlage der GLL wird eine Gemeinsame Relative Kostenkalkulation (GRK) erstellt. Diese legt basierend auf Kostendaten die relativen Bewertungen der Leistungen im Vergleich zueinander fest. Als Ergebnis dieser Bewertung wird jeder Leistung der GLL ein Bewertungsfaktor zugewiesen, der die Kostenverhältnisse im Vergleich zu einer zu definierenden Standardleistung angibt. Über die (absoluten) Preise der Leistungen erfolgt in diesem Schritt noch keine Aussage, diese werden auf der getrennten Ebene (s. Abschnitt 8.3.2) innerhalb des jeweiligen Systems (vertrags-/privatärztlicher Bereich) bestimmt.
- 395.** Die Kalkulation der relativen Kostenbewertungen in der GRK erfolgt – analog zur Kalkulation der DRG-Relativgewichte beim Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) – durch ein gemeinsames, zentrales Institut, dessen Träger (z.B. als Gesellschafter) diejenigen Institutionen sind, die auch den GLL (weiter)entwickeln. Denkbar ist hierfür eine entsprechende Erweiterung des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA), welches bereits jetzt die Vergütungssystematik in der vertragsärztlichen Versorgung entwickelt. Mit Blick auf eine langfristig höhere Durchlässigkeit der Sektoren und die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Vergütung ist zudem eine methodisch beratende Einbindung des InEK vorstellbar. Zur Finanzierung dieser Aufgaben könnte – entsprechend der bisherigen Finanzierung des InBA – ein Zuschlag pro ambulant-kurativem Behandlungsfall erhoben werden, der in der vertragsärztlichen Versorgung von den Krankenkassen außerhalb der (morbiditybedingten) Gesamtvergütung finanziert wird (vgl. § 87 Abs. 3c SGB V). Die privaten Krankenversicherungen wären entsprechend der Zahl der bei ihnen abgerechneten Behandlungsfälle zu beteiligen und gesetzlich zu verpflichten, die erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen.
- 396.** Für die Kalkulation der Bewertungsrelationen sind umfangreiche Datenerhebungen notwendig, die sowohl belastbare Stichproben über Behandlungskosten als auch das versichertenbezogene Leistungsgeschehen auf der Basis demografischer Versichertenmerkmale, Behandlungsdiagnosen und Leistungsschlüssel beinhalten. Denkbar sind dabei – analog zur Berechnung der DRG-Relativgewichte – Ist-Kosten-Analysen auf Grundlage eines repräsentativen fixen („balanced“) Panels ambulanter Praxen, welche ihre Abrechnungs- und Kostenstrukturdaten übermitteln. Um einen Anreiz für Arztpraxen zu setzen, sich an der Datenerhebung zu beteiligen, kann analog zum Finanzierungsmodell bei der DRG-Kalkulation ein Teil des o.g. Zuschlags pro Behandlungsfall den teilnehmenden Praxen zur Verfügung gestellt werden (vgl. § 17b Abs. 5 KHG). Normative Festlegungen wie z.B. die Höhe eines angemessenen Arztlohnes sind durch den GLA oder den Gesetzgeber zu treffen. Eine hohe Aktualisierungsfrequenz der Kostenkalkulation – idealerweise jährlich – und eine Frist für die Kalkulation neu aufgenommener Leistungen sind vorzusehen. Sofern sich der GLA hinsichtlich der Bewertungsrelationen nicht einigen kann, ist eine Schiedslösung oder eine Ersatzvornahme durch das BMG notwendig.
- 397.** Eine rein an den Durchschnittskosten eines Arztpraxis-Panels orientierte Bepreisung wäre aber wegen der regionalen und arztgruppenspezifischen Kostenunterschiede nicht ausreichend zielgenau. Wie bereits heute im EBM umgesetzt, sind daher entsprechend nach *Arztgruppen* ausdifferenzierte Kalkulationsmodelle zu nutzen; die Berücksichtigung regional unterschiedlicher Kostenstrukturen wird nachgelagert auf der Preisebene entschieden. Die Ergebnisse der Kostenkalkulation auf der gemeinsamen Ebene bilden die Grundlage für die späteren Preisverhandlungen auf der getrennten Ebene (s. Abschnitt 8.3.2), bei denen neben den Kosten auch regionale, fachspezifische, mengenbezogene und andere – übergeordnete – Gesichtspunkte einfließen können, insbesondere der medizinische Nutzen bzw. die Förderungswürdigkeit einer Leistung oder das generelle Vergütungsniveau.
- 398.** Technische Leistungen können mit zunehmender Menge finanziell attraktiver werden, wenn sie vornehmlich mit Fixkosten einhergehen und somit mit der Menge sinkende Durchschnittskosten

aufweisen (z.B. bei zunehmender Geräteauslastung). Im stationären Bereich wird diesem Sachverhalt durch die sogenannte Fixkostendegression Rechnung getragen. Im Hinblick auf die langfristige Weiterentwicklung der ambulanten Kostenkalkulation sollte durch einen Forschungsauftrag geprüft werden, inwieweit eine solche Regelung für den ambulanten Bereich sinnvoll und technisch umsetzbar ist. Langfristiges Ziel könnte die Bereitstellung von Bewertungsrelationen für verschiedene Abrechnungshäufigkeiten einer Leistung sein, die auf Ebene der GRK ermittelt werden und den Verhandlungspartnern auf der getrennten Ebene für die Preisverhandlungen bereitgestellt werden. Dies würde einerseits die Vorhaltung wünschenswerter Infrastruktur auch in weniger spezialisierten Praxen ermöglichen und andererseits die Berücksichtigung von Skaleneffekten in hochspezialisierten Einrichtungen erlauben. Über die Anwendung derart differenzierter Relationen würde jedoch auf getrennter Ebene entschieden.

### 8.3.2. Getrennte Ebene – Separate Verhandlungen in vertrags- und privatärztlicher Versorgung

399. Für den vertrags- und den privatärztlichen Bereich schließen sich getrennte Verhandlungen über die Preise, den Grad der Pauschalierung und weitere Aspekte der Anreizsetzung an, wenn auch wechselseitige Einflüsse, z.B. bei der Evidenzbewertung, an einzelnen Stellen weiterhin möglich sein sollten. Hierüber entscheiden beide Vergütungsregime unabhängig voneinander, wobei die Kostenkalkulationen der GRK zugrunde zu legen sind.

#### 8.3.2.1. Vertragsärztliche Versorgung

400. Für den Bereich der GKV ist zunächst zu bestimmen, welche Leistungen der GLL in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen fallen. Den Leistungsumfang der GKV definiert bzw. prüft wie bisher der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter der Rechtsaufsicht des BMG.
401. Anschließend verhandelt der Bewertungsausschuss darüber, inwiefern er Einzelleistungen, Leistungskomplexe und Pauschalen aus der GLL übernimmt und weitere Komplexe bzw. Pauschalen bildet (bezüglich des Pauschalierungsgrades hat die Kommission unter Abschnitt 8.4.2.1 einige Empfehlungen formuliert). Die Festlegung der dafür notwendigen relativen Kostenbewertungen kann durch das gemeinsame Institut unterstützt werden. Im Zusammenhang mit den Verhandlungen zur Pauschalierung werden an dieser Stelle auch Abrechnungsausschlüsse und -beschränkungen vereinbart.
402. Bei den Preisverhandlungen, die wie gehabt durch den Bewertungsausschuss erfolgen, wird zunächst ein Basiswert als Eurobetrag (vergleichbar mit dem bisherigen *Punktwert*) verhandelt, mit dem die relativen Bewertungsfaktoren der GRK in absolute Preise umgerechnet werden. Abweichungen vom Basiswert sollten insbesondere für förderungswürdige Leistungen gemäß gesetzlicher Vorgaben möglich sein. Da durch die vorhergehende Leistungsdefinition und Kalkulation ein relevanter Anteil der Aufgaben des Bewertungsausschusses auf den GLA übergeht, kann eine Integration des Bewertungsausschusses in den GLA geprüft werden. Die bisherigen Verhandlungsmechanismen mit Verhandlungen auf Bundes- und regionaler Ebene – u.a. auch zur Ermittlung der MGV – können grundsätzlich beibehalten werden. Somit kann die regionale Ebene weiterhin u.a. Preiszu- und -abschläge (vgl. Rz. 49 ff. und Rz. 434) vereinbaren, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen.

### 8.3.2.2. Privatärztliche Versorgung

- 403.** In der privatärztlichen Versorgung müssen – der bisherigen Struktur entsprechend (s. Rz. 134) – zwei Rechtsbeziehungen unterschieden und jeweils getrennt geregelt werden. Einerseits ist dies die Arzt-Patienten-Beziehung, die heute namentlich in den Bestimmungen zum Behandlungsvertrag (§§ 630a ff. BGB) und der GOÄ geregelt ist. Andererseits ist dies die Rechtsbeziehung Patient-Kostenträger, für die namentlich der Versicherungsvertrag zwischen PKV-Unternehmen und Versicherten sowie das Versicherungsvertragsrecht und, bei Beihilfeberechtigung (Beamtinnen/Beamte), das Beihilferecht maßgeblich sind. Zwischen den PKV-Unternehmen bzw. Beihilfeträgern und den Ärzten bestehen (bisher) typischerweise keine Rechtsbeziehungen (zu Ausnahmen s. Rz. 134).
- 404.** Der Leistungsumfang in der privatärztlichen Versorgung (Arzt-Patienten-Beziehung) wird grundsätzlich durch die GLL definiert, ohne dass damit eine Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit nach dem jeweiligen Versicherungsvertrag bzw. nach dem Beihilferecht gefällt wird. Die Erbringung bzw. Abrechnung darüber hinausgehender Leistungen ist nur auf der Grundlage einer vorherigen schriftlichen Vereinbarung mit der Patientin bzw. dem Patienten über ihren Inhalt und Preis im Rahmen der Analogabrechnung möglich (s. Rz. 393).
- 405.** Die Erstattungsfähigkeit ergibt sich aus dem individuellen Versicherungsvertrag, der – wie bisher – grundsätzlich medizinisch notwendige Leistungen umfasst, aber Leistungsausschlüsse oder Selbstbehalte vorsehen kann. Grundlage für die Beschreibung der Leistungen ist die GLL. Entsprechendes gilt für die Beihilfeberechtigung. Auch sie umfasst grundsätzlich die medizinisch notwendigen Leistungen, für deren Beschreibung auf die GLL zurückgegriffen werden soll. Da die Gesetzgebungskompetenz für das Beihilferecht hinsichtlich der Landesbeamten bei den Ländern und hinsichtlich der Bundesbeamten beim Bund liegt, können die jeweiligen Beihilfeordnungen – wie bereits heute – unterschiedlich sein.
- 406.** Neu ist, dass PKV-Verband und BÄK Preise (= Gebühren) für die Leistungen verhandeln, die in der GLL vorgesehen sind. Eine (parlaments-)gesetzliche Grundlage erteilt den Verhandlungspartnern (BÄK/PKV-Verband) das Verhandlungsmandat und formuliert hinreichend bestimmte Anforderungen an die zu treffenden Vergütungsregelungen. Dieses rechtlich strukturierte Verhandlungsregime tritt an die Stelle der bisherigen GOÄ. Denn die Regelungsform einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates ist nicht mehr erforderlich und hat sich nicht bewährt. Insbesondere ist sie zu schwerfällig, um medizinische Innovationen sowohl zügig als auch rechtssicher vergütungsrechtlich abzubilden. Bereits bei der gegenwärtig angestrebten Novellierung der GOÄ soll das Verhandlungsergebnis von BÄK und PKV-Verband zugrunde gelegt werden. Es ist daher transparent und rechtssicher, dieses faktisch schon existierende Verhandlungsregime für die Verhandlung des Gebührenverzeichnisses in rechtsförmliche Strukturen zu überführen. Das Bedürfnis für eine Zustimmung des Bundesrates zur GOÄ ist seit der Föderalismusreform 2005/2007 aufgrund der Landeskompetenzen zur eigenständigen Regelung des jeweiligen Beihilferechts entfallen. Wenn gleichwohl politisch die privatärztliche Preisregulierung von den Beihilfeträgern in Bund und Ländern (mit-)verantwortet werden soll, kann eine Einvernehmensregelung mit den Beihilfeträgern in Bund und Ländern vorgesehen werden, welche funktional an die Stelle der bislang erforderlichen Zustimmung des Bundesrates zur GOÄ tritt. Diese Änderung der Regelungsform ist unabhängig von den hier dargelegten weitergehenden Reformgedanken anzuraten. Die Funktion der GOÄ, auch aus Gründen des Patientenschutzes eine allgemeine Geltung der Vergütungsregeln sicherzustellen, namentlich für die Behandlung nicht bei einem Unternehmen des PKV-Verbands versicherter PKV-Patientinnen und -patienten, gesetzlich Versicherter, die privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, und sonstiger Selbstzahlerinnen und -zahler, ist bei der Ausgestaltung des neuen Regimes systematisch überzeugender im Rahmen der Regelungen zum Behandlungsvertrag aufzugreifen (s. Rz. 412).

- 407.** Die Verhandlungspartner PKV-Verband und BÄK handeln auf Grundlage der GLL und der GRK die Preise für die privatärztliche Vergütung aus. Kernelement ist – wie im vertragsärztlichen Bereich (s. Rz. 402) – der dem bisherigen Punktwert (s. Rz. 156) vergleichbare Basiswert, mit dem aus den relativen Bewertungsfaktoren Preise ermittelt werden. In diesem Zusammenhang wird über die Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen und Pauschalen sowie über Abrechnungsausschlüsse und -beschränkungen entschieden. Auch die Verankerung von Steigerungssätzen ist möglich. Soweit aus Sicht des Verbraucherschutzes die Preise (z.B. für schulrechtlich erforderliche Bescheinigungen) nicht den Verhandlungen zwischen BÄK und PKV-Verband überlassen bleiben sollen, bietet sich hierfür eine gesonderte hoheitliche Regelung an.
- 408.** Den Verhandlungspartnern ist außerdem der Spielraum zu eröffnen, bei geringer(er) Evidenz für eine Leistung entsprechend niedrigere Preise festzusetzen. Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sind im Gegenzug ebenso zu ermöglichen. Dies erlaubt es, einen stärkeren Bezug zu wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit bzw. zum Nutzen medizinischer Leistungen in der privatärztlichen Versorgung herzustellen. Um zu vermeiden, dass Leistungsbewertungen im Hinblick auf die Patientensicherheit für den GKV- und den PKV-Bereich unterschiedlich ausfallen, könnten der PKV-Verband und die BÄK verpflichtet werden, Abweichungen von G-BA-Entscheidungen zu ärztlichen Leistungen zu begründen.
- 409.** Die Verhandlungen müssen, um die regelmäßige Aktualisierung der GLL und der GRK (s. Rz. 396) nicht ins Leere laufen zu lassen, in denselben zeitlichen Abständen durchgeführt werden. Für den Fall, dass in einem gesetzlich vorgegebenen Zeitraum keine Einigung gelingt, ist ein Konfliktlösungsmechanismus zwischen den Verhandlungspartnern vorzusehen. Hierfür kommt etwa ein gesetzlich vorgegebenes Schiedsverfahren in Betracht, welches u.a. ein Anrufungsrecht des BMG vorsieht.
- 410.** Die auf diese Weise getroffenen Vereinbarungen binden kraft gesetzlicher Anordnung die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes insoweit, als sie für die im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen die Behandlungskosten dann erstatten, wenn sie entsprechend dem Gebührenverzeichnis berechnet wurden. Aus Gründen des Verbraucherschutzes ist vorzusehen, dass abweichende Versicherungsbedingungen besonders kenntlich gemacht und mit den Versicherten ausdrücklich vereinbart werden. Für diejenigen PKV-Unternehmen, die nicht Mitglieder des PKV-Verbandes sind, erscheint eine gesetzlich angeordnete Bindungswirkung nicht notwendig (Variante 1). Es steht zu erwarten, dass sie sich ebenfalls an dem verhandelten Gebührenverzeichnis orientieren. Denn einerseits bleiben jedem Unternehmen hinreichend Spielräume, den konkreten Leistungsumfang in den jeweiligen Tarifen und Verträgen festzulegen. Andererseits müssten die Versicherungsbedingungen ein eigenes Regime für Erstattungs(höchst-)beträge vorsehen, was praktisch schwierig ist. Gleichwohl kann auch für alle am Leistungsgeschehen Beteiligten die Bindungswirkung staatlich festgelegt werden (Variante 2). Aus Gründen der demokratischen Legitimation hat die Verbindlichkeitserklärung in Ansehung des Verhandlungsergebnisses zu erfolgen. Es ist sicherzustellen, dass hierfür eine kurze Frist, etwa drei Monate, gesetzt wird und nur rechtliche Beanstandungen gestattet sind.
- 411.** In der Arzt-Patienten-Beziehung wird der Preis für die Leistungen der privatärztlichen Versorgung – wie bisher – zweiseitig zwischen Arzt und Patient vereinbart. Entsprechend den allgemeinen Grundsätzen des Dienstleistungsvertrags (§§ 612 ff. BGB) kann dies ausdrücklich geschehen. In diesem Fall sind die Vertragsparteien grundsätzlich frei, soweit sie die allgemeinen Vorgaben zur Vertragsparität und Verbraucherschutz achten. Dadurch werden, entsprechend der bisherigen Rechtsprechung des BVerfG, mögliche Konflikte mit der ärztlichen Berufsfreiheit vermieden.
- 412.** Wenn – wie praktisch üblich – kein Preis vereinbart ist, ist zwischen den beiden o.g. Varianten zu unterscheiden: Wird das Verhandlungsergebnis durch staatlichen Akt für alle am Leistungsgeschehen Beteiligten für verbindlich erklärt (Variante 2), liegt darin – wie bei der GOÄ – eine Taxe



i.S.v. § 612 Abs. 2, 1. Alt. BGB. Ohne Verbindlichkeitserklärung (Variante 1) greift diese gesetzliche Regelung nicht, da das Verhandlungsergebnis allein keine Taxe darstellt. Zur Klarstellung, dass die übliche Vergütung i.S.d. § 612 Abs. 2, 2. Alt. BGB der Preis ist, den das verhandelte Gebührenverzeichnis bestimmt, ist für diese Variante eine Regelung im Rahmen der §§ 630a ff. BGB zu empfehlen. Nach beiden Varianten müssen auch die bisher in §§ 1 bis 12 der GOÄ enthaltenen Bestimmungen – etwa zu den Anforderungen an abweichende Gebührenvereinbarungen oder die Fälligkeit der Vergütungsforderungen –, soweit sie weiterhin zur Wahrung der Vertragsparität und des Verbraucher-/Patientenschutzes erforderlich sind, systematisch überzeugender in das BGB bei den Regelungen zum Behandlungsvertrag (§§ 630a ff. BGB) integriert werden. Dies gilt insbesondere für den in § 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ niedergelegten Grundsatz: „Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind.“ Die Erbringung bzw. Abrechnung darüber hinausgehender ärztlicher Leistungen ist – wie bei Leistungen außerhalb der GLL (s. Rz. 393) – nur auf der Grundlage einer vorherigen schriftlichen Vereinbarung mit der Patientin bzw. dem Patienten über ihren Inhalt und Preis möglich.

### 8.3.3. Qualitätsaspekte

413. Während derzeit für eine Abrechnungserlaubnis zahlreicher Leistungen im EBM Qualitätsanforderungen erfüllt werden müssen, ist dies im privatärztlichen Segment bisher nicht vorgesehen. So können Ärztinnen und Ärzte, die für bestimmte Leistungen aufgrund fehlender Qualitätsnachweise keine vertragsärztliche Abrechnungserlaubnis haben, diese Leistungen privatärztlich nach der GOÄ abrechnen.
414. Zum Schutz aller Patientinnen und Patienten sind daher verbindliche und einheitliche (Mindest-) Qualitätsstandards in der vertrags- und privatärztlichen Versorgung unabdingbar. Neben Regelungen im ärztlichen Berufsrecht, die in die Kompetenz des Landesgesetzgebers fallen, kommt – analog zum GKV-Bereich – eine Formulierung von Qualitätsanforderungen als Erfordernis des Leistungs- und Vergütungsrechts in Betracht, für das der Bundesgesetzgeber zuständig ist (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG). In diesem Rahmen ist es sinnvoll, im Modell der partiellen Harmonisierung auf der gemeinsamen Ebene Mindestqualitätsvoraussetzungen zu definieren, die für die Erbringung und Abrechnung in der vertragsärztlichen und die Erstattungsfähigkeit durch die PKV in der privatärztlichen Versorgung verbindlich sind. Maßnahmen, die über Mindestanforderungen hinausgehen, könnten – im Sinne eines Systemwettbewerbs – auf der getrennten Ebene differenziert beschlossen werden. Ärztinnen und Ärzte dürften Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann erbringen und abrechnen, wenn sie die Mindest- und die darüber hinausgehenden Anforderungen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Dabei sind auch die bereits bestehenden Anforderungen an technische Geräte, z.B. bei Sonografien, zu überdenken und ggf. neu zu bewerten. In der privatärztlichen Versorgung sind Patientinnen und Patienten vor der Leistungserbringung darüber zu informieren, wenn eine Leistung aufgrund nicht erfüllter Qualitätsanforderungen für den privatärztlichen Bereich ggf. nicht durch die PKV erstattet wird. Zur Stärkung der Transparenz in diesem Wettbewerb könnte zusätzlich eine verpflichtende Information der Patientinnen und Patienten vorgeschrieben werden, wenn eine Leistung gemäß den Qualitätsanforderungen des jeweils anderen Bereichs nicht erbracht werden dürfte. Die Überprüfung der Einhaltung der (Mindest-)Qualitätsanforderungen und der vorgenannten Transparenzpflichten könnte für den vertragsärztlichen Bereich den KVen und für den privatärztlichen Bereich den Landesärztekammern übertragen werden.
415. Um außerdem den bisher bestehenden Fokus der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung von der Strukturqualität schrittweise auf die Prozess- und Ergebnisqualität zu erweitern, sollte – z.B. aufbauend auf den AQUIK- oder den QiSA-Indikatoren (s. Rz. 86) – die



Anwendung evaluierter und konsentierter Qualitätsindikatoren gefördert und regelmäßige Patientenbefragungen etabliert werden. So müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass eine weitgehend automatisierte und flächendeckende Datenerhebung möglich ist: Dies bedeutet eine Harmonisierung sowohl der technischen Anforderungen an die Datenerhebung (elektronische Patientenakte) als auch der zu dokumentierenden Merkmale (z.B. Kodierung von Diagnosen und Leistungen). Ziel muss eine valide Qualitätsmessung in der ambulanten Versorgung sein, die jedoch keine überbordende zusätzliche Datenerhebung durch die Leistungserbringer mit sich bringen darf.

#### 8.3.4. Bewertung

- 416.** Das vorgeschlagene Modell der partiellen Harmonisierung greift Aspekte einer EAGO auf, reduziert deren Nachteile jedoch bei gleichzeitigem Erhalt vieler Vorteile. Im Gegensatz zu einer Vollvereinheitlichung ist bei einer partiellen Harmonisierung mit vergleichsweise geringen Umverteilungswirkungen gegenüber dem Status Quo zu rechnen. Verteilungswirkungen ergeben sich insbesondere aus der erstmaligen umfassenden betriebswirtschaftlichen Kalkulation für den privatärztlichen Bereich, welche zu einer Veränderung der bisherigen relativen Bewertungen führen könnte. Da die Preise im beschriebenen Modell Verhandlungslösungen sind, lassen sich das potenzielle Umverteilungsvolumen und die Auswirkungen auf *Arztgruppen*, Regionen u.a. an dieser Stelle allerdings nicht beziffern (vgl. auch die Darlegungen in Kapitel 5.8); überdies kann unerwünschten Umverteilungswirkungen im Rahmen der Verhandlungen entgegengewirkt werden. Ein wesentlicher Vorteil des Vorschlags besteht darin, dass aufgrund der Trennung der Verhandlungsregime Kompensationsmechanismen nicht erforderlich sind. Auch die Gefahr der Entwicklung eines Sekundärmarkts, der denkbare Vorteile einer Vollvereinheitlichung wieder konterkarieren würde, bleibt gering.
- 417.** Zwar werden auch mögliche Vorteile einer Vollvereinheitlichung durch getrennte Verhandlungen über Pauschalierungsgrad und Preise wieder reduziert, gehen aber – abhängig davon, wie weit die Verhandlungspartner von der gemeinsamen Grundlage abweichen – nicht vollständig verloren. Dies gilt sowohl für die beschriebenen Synergieeffekte im Hinblick auf die Pflege der Leistungsdefinitionen und der Kostenkalkulation, die bedarfsgerechte Behandlungsentscheidung des Arztes bzw. der Ärztin, die Praktikabilität in der Praxis als auch für den Abbau möglicher Friktionen bei Basis-, Standard- und Notlagentarif sowie der Kostenerstattung.
- 418.** Insbesondere aber ermöglicht eine gemeinsame, konsistente Grundlage eine dauerhafte Verbesserung der Vergleichbarkeit der Vergütungssystematiken und stärkt damit die Transparenz im bestehenden Systemwettbewerb. Infolge der Vergleichbarkeit entsteht ein „Erklärungserfordernis“ in den Verhandlungsregimen, wenn von gemeinsamen Maßstäben abgewichen wird. Ungewollte Vergütungsdifferenzen treten durch die verbesserte Vergleichbarkeit offensichtlicher zu Tage und können – so gewollt – angepasst werden. Unbegründbare, z.B. historisch gewachsene und inzwischen überholte Abweichungen, die nicht im Interesse der Patienten bzw. Versicherten im jeweiligen System sind, verlieren an Legitimität, während umgekehrt die heute sachlich begründbaren Differenzen transparent werden.
- 419.** Die vorgeschlagene zweistufige Grundkonstruktion aus Kostenbewertung einerseits und Preisverhandlung andererseits ermöglicht zielgenaue Steuerungen, z.B. im Hinblick auf Zuschläge für förderungswürdige Leistungen. Auf der gemeinsamen Ebene können u.a. durch eine differenzierte Leistungsdefinition besonders aufwändige Leistungen wie die Behandlung von Menschen mit schwersten mehrfachen Behinderungen oder die Betreuung von Pflegeheimpatienten zielgerecht kalkuliert werden. Darüber hinaus besteht aber auch im Rahmen der Preisverhandlungen die Möglichkeit, Leistungen mit Preiszuschlägen nuanciert zu fördern.

- 420.** Verfassungs- und unionsrechtliche Bedenken bestehen beim hier vorgeschlagenen Modell der partiellen Harmonisierung nicht. Bei der Ausgestaltung im Detail sind die im Kapitel 3 enthaltenen Vorgaben zu berücksichtigen. Die Berufsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte wird zwar durch das Erfordernis, neue Leistungen erst nach einem Antrag auf Aufnahme in die GLL erbringen zu dürfen, durch (Mindest-)Qualitätsanforderungen und durch die Bindung von Analog-Abrechnungen an eine vorherige schriftliche Vereinbarung (zu deren Umfang s. Rz. 393 und 403) mit der Patientin bzw. dem Patienten eingeschränkt. Diese Einschränkungen lassen sich jedoch mit den Zielen des Patientenschutzes und der ärztlichen Qualitätssicherung rechtfertigen.
- 421.** Die Beteiligung von BÄK und PKV-Verband – beide sind privatrechtlich organisiert – im Rahmen des GLA knüpft an die vergleichbare Mitwirkung beider Institutionen in diversen anderen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens an (vgl. § 12 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, § 75a Abs. 4 Satz 3, § 136 Abs. 3 SGB V, § 5 Abs. 1 Satz 2 Transfusionsgesetz, § 9c Abs. 3 und § 16 Transplantationsgesetz für die BÄK; § 17b Abs. 2 KHG, § 115a Abs. 3, § 130b Abs. 1, 4 und 10, § 136 Abs. 3 SGB V, § 9c Abs. 3 Transplantationsgesetz für den PKV-Verband).

Tabelle 8: Zielerreichung – Bewertungsmatrix

Ziel	Beurteilung der Zielerreichung
Versorgungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abhängig von der konkreten Ausgestaltung der Vergütungsordnungen. Erforderlich ist ein anreizgerechter Mix aus Pauschalen, Leistungskomplexen und Einzelleistungsvergütungen sowie ggf. weiteren qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen; GLL und GRK erleichtern als regelmäßig aktualisiertes Baukastensystem den Verhandlungspartnern die flexible Zusammenstellung eines solchen anreizgerechten Mixes.</li> <li>• Die Zusammenführung des Wissens und der Daten aus dem vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich kann die aufwandsgerechte Kostenkalkulation verbessern. Als Grundlage für die Preisverhandlungen können damit (relative) Unter- und Überbewertungen einfacher vermieden und Fehlanreize zur Über- und Unterversorgung reduziert werden.</li> <li>• Die Harmonisierung von Qualitätsanforderungen kann die Patientensicherheit verbessern.</li> </ul>
Wirtschaftlichkeit der Versorgung (Kosteneffizienz, Nachhaltigkeit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch eine regelmäßige betriebswirtschaftliche (Neu-)Kalkulation von relativen Kostenbewertungen wird eine adäquate Basis für die Preisverhandlungen geschaffen. Je besser dies gelingt, desto eher werden die Ziele der Neuordnung erreicht.</li> <li>• Differenzen zwischen Kostenbewertungen und den verhandelten (relativen) Preisen sowie zwischen den beiden Gebührenordnungen werden transparent, da Leistungen und deren Bewertungen direkt miteinander verglichen werden können. Hierdurch entsteht Druck zum Abbau nicht zu rechtfertigender Unterschiede.</li> <li>• Der entstehende Mehraufwand muss im Lichte der gleichzeitig entstehenden Vorteile beurteilt werden. Langfristig bestehen Synergieeffekte, da Leistungsdefinitionen und Kostenbewertungen nicht mehr doppelt entwickelt und gepflegt werden müssen.</li> </ul>
Adäquate und transparente Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine gemeinsame Grundlage durch GLL und GRK erhöht die Transparenz des Leistungs- und Vergütungsgeschehens in der ambulanten ärztlichen Versorgung.</li> <li>• Eine verbesserte und gemeinsame betriebswirtschaftliche Kostenkalkulation als Grundlage für die Preisverhandlungen trägt dazu bei, dass</li> </ul>

	<p>ungerechtfertigte Vergütungsunterschiede zwischen Arztgruppen vermieden bzw. verringert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionale Differenzierbarkeit ist in den vorgeschlagenen Verhandlungsregimen weiterhin möglich.</li> </ul>
Bedarfsgerechter und finanzierbarer Zugang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierbarkeit bleibt erhalten.</li> <li>• Soweit es in Folge der gemeinsamen Kostenkalkulationsgrundlage zu einer Annäherung der Vergütungshöhen zwischen vertrags- und privatärztlicher Versorgung kommen würde, könnte die ärztliche Entscheidung darüber, welche Patientinnen und Patienten aus medizinischen Gründen bevorzugt zu behandeln sind, weniger von finanziellen Anreizen beeinflusst werden.</li> <li>• Wettbewerb bleibt erhalten mit positiven Auswirkungen für beide Systeme</li> </ul>
Praktikabilität des Systems	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GLL und GRK bedeuten eine Verbesserung gegenüber dem Status Quo hinsichtlich Transparenz und Kontrollierbarkeit.</li> <li>• Langfristige Chance auf Bürokratieabbau durch verringerte Komplexität, da sich Leistungserbringer aufgrund gemeinsamer Leistungsdefinitionen (GLL) im Alltag nicht mehr mit zwei grundlegend verschiedenen Gebührenordnungen im vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich auseinandersetzen müssen.</li> <li>• Friktionen im Bereich des Basis-, Standard- und Notlagentarifs der PKV sowie der Kostenerstattung nach § 13 Abs.2 SGB V und der Beihilfe werden reduziert.</li> <li>• Die Trennung von Kostenbewertung und Preisverhandlung ermöglicht zielgenauere Steuerungen, z.B. im Hinblick auf Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungen.</li> <li>• Angebot eines Kostenerstattungstarifs in der GKV wird deutlich einfacher für Krankenkassen und Versicherte.</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

**Exkurs: Bedeutung von GLL und GRK für eine sektorenübergreifende Vergütung**

- 422.** Wie in Kapitel 2 dargestellt, treffen mit dem EBM, der GOÄ und dem DRG-System drei verschiedene Vergütungssystematiken an der ambulant-stationären Schnittstelle aufeinander. Die unter Rz. 177 aufgeführten Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb werden dabei häufig ausschließlich auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bezogen, denn Forderungen für eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit entstammen i.d.R. aus dem Bereich der GKV.
- 423.** Bezieht man die unter Rz. 177 genannten Anforderungen aber auf die ambulante und stationäre Versorgung insgesamt, unabhängig vom Kostenträger, so ergeben sich verschiedene Schnittstellen und Folgerungen zu den voran aufgezeigten Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem:
- Einheitliche Leistungsdefinitionen im ambulanten Sektor wären ein wichtiger Schritt, um auch sektorenübergreifend einheitliche Leistungsdefinitionen zu entwickeln. Das Beibehalten separater Leistungsdefinitionen abhängig vom Kostenträger bzw. die Herausnahme eines relevanten Teils der Versorgung aus der gemeinsamen sektorenübergreifenden Versorgung erscheint nicht sachgerecht.
  - Die einheitliche Definition von Qualitätsanforderungen, welche gemeinsame (Mindest-) Standards an die Leistungserbringung setzen, ist Kernbestandteil eines funktionsfähigen Wettbewerbs. Gälten diese für rein privatärztlich tätige Leistungserbringer bzw. privatärztliche Behandlungen nicht, würde dies letztendlich die Aufrechterhaltung getrennter Rahmenbedingungen mit unterschiedlichen Anreizstrukturen bedeuten.
  - Eine transparente, einheitliche, datengestützte Kalkulation auf Kostenbasis anstelle der bisher getrennten, teils historisch gewachsenen Leistungsvergütung ist eine notwendige Grundlage, um systematisch mit der Krankenhausvergütung vergleichbar zu sein. Unterschiedliche Kalkulationsmodelle und -grundlagen würden die Entwicklung einer übergreifenden Vergütungssystematik erschweren.
  - Eine stärkere Kooperation bezüglich der Kalkulation im ambulanten und stationären Bereich, ggf. durch die Zusammenführung in ein Institut, könnte die Entwicklung einer übergreifenden Vergütungssystematik beschleunigen. Die Nutzung mehrerer Modelle für getrennte Bereiche der ambulanten Vergütung würde diese Synergieeffekte reduzieren.

## 8.4. Ergänzende Vorschläge

424. Über die bisher präsentierten Bausteine hinaus, welche sich vor allem mit der Institutionalisierung und den Prozessen einer (Teil-)Harmonisierung der Vergütungssysteme beschäftigen, sollen nachfolgend, mit Blick auf die eingangs (s. Kap. 7) genannten Ziele, einige weitere Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Honorierungssystems im ambulanten Bereich vorgestellt werden. Teilweise ergänzen sie den Vorschlag der partiellen Harmonisierung, teilweise können sie aber auch unabhängig davon realisiert werden.

### 8.4.1. Ergänzende Vorschläge für die vertragsärztliche Versorgung

#### 8.4.1.1. Quartalsbezug/Abrechnungszeitraum in der GKV

425. Die grundsätzliche Quartalsbasis bei der Vergütung und Abrechnung in der GKV ist auf den Prüfstand zu stellen. Um die damit einhergehenden (Fehl-)Anreize (s. Kap. 6) zu mindern, sollte von diesem nur historisch zu erklärenden Bezug Abstand genommen werden. Der Bezug zum Quartal ist dabei in dreierlei Hinsicht relevant. Erstens liegt das Quartal den Leistungsdefinitionen über die Definition des Behandlungsfalls als maßgeblicher Bezugszeitraum zugrunde. Zweitens erfolgt die Anwendung der mengenbegrenzenden Regelungen innerhalb der MGV (die Budgetierung) jeweils für ein Quartal. Drittens sind die technischen Prozesse der Abrechnung, welche bisher ebenfalls gesammelt auf Quartalsbasis ablaufen, zu berücksichtigen.
426. In Bezug auf die Budgetierung verlangt die Begrenzung der MGV grundsätzlich die Bindung an einen Bezugszeitraum. Allerdings wird die MGV bereits jetzt für das gesamte Folgejahr vereinbart, der Quartalsbezug ist hier also nicht zwingend gegeben. Abhängig von der konkreten Ausgestaltung der Leistungen sollte die Selbstverwaltung auf Bundesebene geeignete Zeiträume vereinbaren können. Diese könnten auch nach *Arztgruppen* bzw. Versorgungsebenen differenzierende Bezugszeiträume umfassen.
427. Es erscheint zunächst zielführend, die den Leistungsdefinitionen zugrunde liegenden Bezugszeiträume zu flexibilisieren. Abhängig von der Art der Leistung, der Spezialisierung und den Versorgungszielen sollten quartalsbezogene, jährliche oder auch monatliche Zeiträume zur Anwendung kommen. Im Bereich der hausärztlichen Grundversorgung sollte zukünftig vorrangig eine auf persönlicher Einschreibung der Patientinnen und Patienten basierende Vergütung mit jährlicher Abrechnung von Versichertenpauschalen und monatlichen Abschlagszahlungen erfolgen (SVR 2018, Tz. 179). Lediglich ergänzende *qualitätsorientierte Vergütungskomponenten* und Veränderungen der Zahl eingeschriebener Versicherter sollten bei der Abrechnung noch quartalsweise berücksichtigt werden.
428. Alternativ oder ergänzend zu diesem Vorgehen könnten vor allem Leistungsbestandteile, welche strukturelle Vorhaltekosten und die Koordination der Behandlung beinhalten, durch Jahrespauschalen abgegolten werden. Behandlungsleistungen würden dann vornehmlich im Rahmen von Leistungskomplexen definiert und vergütet werden. Ergänzt würden diese durch *diagnosebezogene Pauschalen (Bundled Payments)* für die Behandlung ausgewählter Krankheitsbilder. In den Niederlanden wird hierdurch insbesondere die Behandlung häufig vorkommender chronischer Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) gefördert (s. Rz. 221). Für die Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten erscheinen entsprechende risikoadjustierte, diagnosebezogene Pauschalen ebenfalls anwendbar. Ein derartiges Modell kann zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung beitragen (s. Rz 183).



- 429.** Die Abrechnung sollte von den darauf aufsetzenden Vergütungsprozessen getrennt beschleunigt werden. Aus technischer Sicht – gerade vor dem Hintergrund der Diskussionen zur Digitalisierung der Gesundheitsversorgung – ist nicht nachvollziehbar, warum ärztliche Leistungen heutzutage (lange nach Ende des Papier-Abrechnungsscheins) noch mit Verzögerung erst am Ende des Quartals gesammelt übermittelt werden. Die sich anschließenden Prüfungen können z.T. erst Monate nach Leistungserbringung durchgeführt werden, entsprechend viel Zeit vergeht bis zum Erlass der Honorarbescheide. Sich aus den Prüfungen ggf. ergebende Sanktionen treffen die Leistungserbringer u.U. Jahre später, die Analyse der Versorgung sowie Berechnungen zur finanziellen Weiterentwicklung erfolgen auf der Basis veralteter Datenbestände, und für Versicherte besteht kaum eine Möglichkeit, zeitnah einen Überblick über ihre Leistungsanspruchnahme/das Leistungsgeschehen zu erhalten. Moderne IT-Infrastrukturen würden dabei deutlich schnellere Abrechnungsprozesse erlauben, wie sie im stationären Bereich mit Übermittlungsfristen von z.T. unter einer Woche bereits üblich sind. Gleichwohl sind die Anschaffung und der Betrieb solcher Infrastrukturen mit Investitionen verbunden, welche entsprechend finanziert werden müssten. Die mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz geplante flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte und der zukünftig vornehmlich nur noch elektronisch durchzuführende Datenaustausch in der medizinischen Versorgung zeigen jedoch, dass leistungsfähige digitale Infrastrukturen unabdingbar werden.

#### 8.4.1.2. Anreize für unterversorgte Regionen

- 430.** Um eine flächendeckende ambulante Versorgung auf hohem Niveau zu sichern und eine Leistungserbringung, insbesondere in unterversorgten ländlichen Regionen sowie deprivierten städtischen Bereichen, zu fördern, sollten zukünftig gezielte Vergütungsanreize gesetzt werden. Obgleich die absolute Höhe der Honorare nicht die zentrale Rolle für die Niederlassungsentscheidung von Vertragsärztinnen und -ärzten spielt, können finanziell spürbare „Landarztzuschläge“ gleichwohl eine Verbesserung der Situation bewirken (SVR 2018, Tz. 180). Vorgeschlagen wird – zumindest für das GKV-System – ein Vergütungszuschlag von bis zu 50 % auf alle Grundleistungen der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung in unterversorgten Regionen, refinanziert aus überversorgten Regionen (SVR 2014). Um Mengenanreize zu vermeiden, sollte der Zuschlag soweit möglich als Pauschale für Vorhaltungskosten gestaltet werden. Alternativ zum 50-%-Zuschlag könnte auch eine gestaffelte, vom Versorgungsgrad und vom Deprivationsindex abhängige Bezuschussung festgelegt werden, die dem oftmals erhöhten Versorgungsbedarf und -aufwand gerecht wird. So würden sich voraussichtlich zwiebelringförmige Vergütungszonen um die (ggf. auch innerhalb von) Ballungszentren ergeben, die eine Signalwirkung hätten. Basis könnten (wie in der KfZ-Versicherung üblich) Regionalklassen (o.ä.) sein, die – je nach Datenverfügbarkeit – auf der Basis von Versorgungsgraden bzw. nach Deprivationsindex gebildet werden könnten. Die zur Erreichung von Planungssicherheit für jeweils mindestens 10 Jahre gewährten Zuschläge sollen nicht in erster Linie dazu dienen, Ärztinnen und Ärzten eine höhere persönliche Vergütung zu zahlen. Ein Teil der Vergütung ist daran zu binden, dass attraktive Arbeitsbedingungen geschaffen und unterhalten werden. Auf diese Weise könnten z.B. Investitionen in größere, Team- und Teilzeitarbeit erlaubende, modern ausgestattete, digital vernetzte ambulant-stationäre Zentren erleichtert und Übernachtungsmöglichkeiten sowie Kinderbetreuungsplätze für Beschäftigte finanziert werden. Dabei könnte auch das Konzept „Wohnen (mit dem Partner) in der Stadt und Arbeiten auf dem Land“ einbezogen werden.

### 8.4.1.3. Regresse

- 431.** Regresse oder Honorarrückforderungen stellen laut einer Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten ein wesentliches Hemmnis in der Berufsausübung bzw. bereits in der Niederlassungsentscheidung dar (s. Rz. 89). Ein Anlass für diese weit verbreitete Sorge lässt sich zumindest anhand empirischer Erkenntnisse kaum belegen. Bereits 2007 lag die Anzahl betroffener Praxen unter 1 % (BT-Drucksache 17/6879, S. 7), seitdem wurde die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V (s. Abschnitt 2.2.4.5) – diese ist i.d.R. im Zusammenhang mit Regressen gemeint – durch den Gesetzgeber tendenziell entschärft. Der Grundsatz „Beratung vor Regress“ wurde gestärkt, wenn dies auch aufgrund der langen Zeiträume bis zur Prüfung kaum eine Rolle spielt. Auch Praxisbesonderheiten finden stärkere Berücksichtigung. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat darüber hinaus den Prüfzeitraum von vier auf zwei Jahre verkürzt, bestimmte Bereiche aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung herausgenommen und die Prüfmöglichkeiten eingeschränkt. Einzelne veröffentlichte Zahlen zeigen dementsprechend auch einen starken Rückgang der Regressforderungen (KV Westfalen-Lippe 2017, S. 23). Die KV Baden-Württemberg spricht davon, „dass die Nulllinie“ im Arzneimittelbereich fast erreicht ist (KV Baden-Württemberg 2019). Dennoch zeigt die oben zitierte Umfrage (s. Rz. 89), dass die Wahrnehmung des Regressrisikos in der Ärzteschaft hiervon abweicht. Dies liegt zunächst daran, dass deutlich mehr Praxen im Anfangsstadium einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu Stellungnahmen aufgefordert werden als Verfahren eröffnet werden oder Regresse erfolgen. Der erhebliche Aufwand hinter den Wirtschaftlichkeitsprüfungen lässt sich aus den reinen Regresshäufigkeiten daher nicht ableiten. Darüber hinaus führen Berichte von sechsstelligen Rückzahlungsforderungen (vgl. z.B. Korzilius 2011) – obwohl absolute Ausnahmefälle – zu hohem Abschreckungspotenzial bei den Ärztinnen und Ärzten.
- 432.** Dabei erscheinen die im SGB V vorgesehenen Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen legitim um die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung zu gewährleisten. Die z.T. auch nach dem TSVG noch langen Fristen verursachen jedoch ausgedehnte Unsicherheitszeiträume und fehlende zeitnahe Korrekturmöglichkeiten. Wird erst zum Ende der Frist ein Regressgrund festgestellt, ist der (zumindest für die Wirtschaftlichkeitsprüfung geltende) Grundsatz „Beratung vor Regress“ nur noch schwierig umzusetzen, da ggf. mehrere Abrechnungs-/Verordnungszeiträume betroffen sind und für diese der zugrundeliegende Sachverhalt nicht mehr geändert werden kann. Insbesondere in Verbindung mit kürzeren Abrechnungsprozessen (s. Rz. 429) sollte es möglich sein, Abrechnungsdaten schneller zu erheben und zu verarbeiten. Hierzu sind auch Investitionen der KVen im EDV-Bereich nötig, um ärztliche Abrechnungen kurzfristig prüfen und an die Kassenseite weiterleiten zu können und damit zeitnahe Rückmeldungen über die Richtigkeit des Abrechnungsverhaltens zu geben. Entsprechendes gilt für die kassenseitig vorzunehmende Aufbereitung der Verordnungsdaten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei verordneten Leistungen. Als Zielzeitraum wäre ein Jahr anzustreben. Für besonders kostenintensive Behandlungen, bei denen z.B. die Verordnung von Medikamenten mit sehr hohen Jahrestherapiekosten notwendig ist, sollte außerdem künftig in einem mit kurzen Fristen ausgestalteten Verfahren eine Vorab-Genehmigung der Krankenkasse eingefordert werden können. Hierzu empfiehlt sich eine ausdrückliche gesetzliche Regelung, weil Krankenkassen Vorab-Genehmigungen bei ungewisser Leistungspflicht trotz entgegenstehender Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG v. 05.05.2010, B 6 KA 6/09 R, Rn. 44; BSG v. 14.12.2006, B 1 KR 8/06 R, Rn. 17) teilweise immer noch unter Hinweis auf fehlinterpretierte Regelungen des BMV verweigern. Dies würde verhindern, dass z.B. wegen später erhobenen Zweifeln an der Indikationsstellung ein Regressrisiko droht.

#### 8.4.1.4. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

- 433.** Im Zusammenhang mit der Bestimmung der MGV sollte das vom Gesetzgeber vorgegebene Prinzip der Vorjahresanknüpfung hinterfragt werden, um nicht zu rechtfertigende regionale Vergütungsunterschiede ausgleichen zu können. Grundsätzlich sollten Möglichkeiten geschaffen werden, das Niveau der vor über zehn Jahren vereinbarten und seitdem grundsätzlich nur fortgeschriebenen Basiswerte zu prüfen und ggf. zu korrigieren. Mit der Erstellung einer für dieses komplexe Thema geeigneten Methodik könnte das InBA beauftragt werden, der Bewertungsausschuss würde auf dieser Basis Vorgaben für Vereinbarungen auf regionaler Ebene beschließen. Eine gesetzlich vorgegebene Umsetzungsfrist für den Bewertungsausschuss mit anschließender Ersatzvornahmemöglichkeit könnte die Beschlussfassung für ein in der Selbstverwaltung stark umstrittenes Thema vorantreiben.
- 434.** Hinsichtlich der Vereinbarungen des regionalen Basiswertes bzw. aktuell des Punktwertes könnten die Verhandlungen durch eine automatische Bindung an regionale Kostenindizes ersetzt werden. Da in 16 von 17 KVen aktuell eine Übernahme des bundesweiten Orientierungswertes erfolgt, könnten die Verhandlungen so auf andere Themen fokussiert werden.

#### 8.4.1.5. Erhöhung der Transparenz

- 435.** Neben der vertragsärztlichen Versorgung sind weitere ambulante Versorgungsbereiche vorhanden, welche mit eigenen Vergütungssystematiken einhergehen (s. Abschnitt 2.2.7). Das historisch gewachsene Geflecht des derzeitigen Versorgungssystems ist in seiner Gesamtheit nur schwer zu durchdringen. Durch zahlreiche Neuregelungen stieg die Komplexität weiter an und ist für durchschnittliche Anwender kaum noch nachzuvollziehen. Im Zusammenhang mit einer weitreichenden Reform der institutionellen Ausgestaltung sollte daher eine Rechtsbereinigung durchgeführt werden. So sollte z.B. in den §§ 87 und 87a SGB V stärker zwischen den tragenden Grundprinzipien der vertragsärztlichen Versorgung und sonstigen, ggf. einmaligen gesetzgeberischen Eingriffen differenziert werden.

### 8.4.2. Ergänzende Vorschläge für die ambulante ärztliche Versorgung allgemein

#### 8.4.2.1. Anpassung des Pauschalierungsgrades

- 436.** Schon über die Wahl des Pauschalierungsgrades bzw. die Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen und Pauschalen lässt sich eine Steuerungswirkung erzielen. Ziel muss es dabei sein, Anreize zur Erhaltung der Gesundheit und zur bedarfsgerechten Behandlung zu setzen und dadurch den Patientinnen und Patienten (sowie der Versichertengemeinschaft) vermeidbare und ggf. teure Behandlungen zu ersparen. Die dafür notwendige Ausgestaltung der Leistungsdefinitionen kann sich zwischen den Arztgruppen bzw. Versorgungsebenen stark unterscheiden und kann daher nicht allgemein festgelegt werden. Grundsätzlich sollte die Leistungsdefinition dabei auf eine Differenzierung der Vergütung nach Schweregrad und Komplexität abzielen. So muss insbesondere die bedarfsgerechte Behandlung betreuungsintensiver Patientinnen und Patienten durch eine zielgenaue Vergütung gefördert werden. Sofern die Feststellung des Schweregrads oder der Betreuungsintensität vom Arzt selbst erfolgt, der die Vergütung erhält, ist jedoch dafür zu sorgen, dass dies überprüft werden kann. Wie in den vorangehenden Kapiteln dargestellt, führen Einzelleistungsvergütungen tendenziell zu Überversorgung und Pauschalvergütungen tendenziell zu Unterversorgung. Die Empirie zeigt, dass gemischte Vergütungsformen die negativen Anreizwirkungen einzelner Vergütungsformen reduzieren können

(s. Abschnitt 6.2.3.2). Es gilt daher, im Vergütungssystem einen Mittelweg zu finden und die verschiedenen Anreize auszutarieren. Dies bezieht sich nicht nur auf eine Mischvergütung aus Einzel- und Pauschalleistungen, sondern auch auf Kombinationsmöglichkeiten mit einer kontaktunabhängigen Pauschale sowie qualitätsorientierten Vergütungselementen.

#### 8.4.2.2. Kostenkalkulation

437. Die geeignete Methode zur Kalkulation der ambulanten Leistungspositionen ist, wie im Vorschlag zur partiellen Harmonisierung dargelegt, die Heranziehung von Ist-Kosten-Analysen auf Basis eines Praxispanels. Für den Fall, dass eine derart ausgestaltete, regelmäßig aktualisierte Kostenkalkulation nicht oder nur zum Teil umgesetzt wird, sollen einzelne Aspekte der Kalkulation im Folgenden noch einmal aufgegriffen werden.
438. Verschiedene Ziele der Gesundheitsversorgung wie die partizipative Entscheidungsfindung (SVR 2018, Tz. 740 ff.) und die Adhärenz (Therapietreue) der Patientinnen und Patienten bei medizinischen Entscheidungen, aber auch die Reduktion der Überversorgung mit technischen Leistungen erfordern eine intensive Arzt-Patienten-Kommunikation. Für eine konsequentere Patientenorientierung der Vergütungssysteme sollte daher die Förderung der Arzt-Patienten-Kommunikation bzw. von Betreuungsleistungen, also der so genannten sprechenden bzw. zuwendungsorientierten Medizin, bereits im Rahmen der Kalkulation bedacht werden. Die Systematik von Kostenkalkulationen bedingt jedoch, dass die Erbringung von Leistungen mit hohem technischen Anteil gegenüber Leistungen mit hohem persönlich-ärztlichem Anteil mit der Zeit attraktiver wird, da die technischen Bestandteile i.d.R. günstiger, die personellen Ressourcen hingegen im Zeitablauf zumeist teurer werden (s. Abschnitt 6.3.1.4). Die einmalige Vereinbarung von Zuschlägen oder höheren Bewertungen ist daher nicht ausreichend. Zur Beseitigung der im Zeitverlauf entstehenden Bewertungsverzerrungen ist folglich – wie vorgeschlagen – eine regelmäßig zu aktualisierende Bewertung notwendig. Im Rahmen der Preisverhandlungen könnte ggf. über eine differenzierte Anpassung der unterschiedlichen Kostenentwicklung technischer und personeller Leistungsbestandteile Rechnung getragen werden. Diese ggf. unterschiedlichen Preisentwicklungen würden jeweils lediglich bis zur nächsten aktualisierten Kalkulation zur Anwendung kommen. Für den Bereich stark standardisierter technisch-diagnostischer Leistungen sollte außerdem geprüft werden, unter welchen Voraussetzungen Ausschreibungsmodelle eine Alternative darstellen könnten.

#### 8.4.2.3. Förderung von Teamleistungen

439. Die bestehenden Vergütungssysteme setzen i.d.R. eine persönliche Leistungserbringung durch eine einzelne Ärztin bzw. einen einzelnen Arzt voraus. Die Delegation von Aufgaben an Angehörige anderer Berufsgruppen, die gemeinsame Leistungserbringung durch Haus- und Fachärzte oder die gemeinsame Versorgung durch ein Team spezialisierter Fachärzte ist i.d.R. ausgeschlossen bzw. nicht vorgesehen. Soweit ausnahmsweise eine arztentlastende Delegation von eng begrenzten Leistungen (etwa Hausbesuche durch Medizinische Fachangestellte, MFA) vorgesehen ist, ist deren Vergütung zumeist wenig attraktiv bzw. kaum kostendeckend ausgestaltet. In Verträgen zur *hausarztzentrierten Versorgung* und inzwischen auch in der Regelversorgung wird die Delegation von Aufgaben an speziell qualifizierte MFA („Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis, VERAH“/„Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in, NÄPa“) hingegen bereits ausdrücklich angereizt. Im Rahmen von Verträgen zur *besonderen Versorgung* nach § 140a SGB V oder zur Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V wird auch die gemeinsame Leistungserbringung eines Teams aus verschiedenen Ärztinnen und Ärzten vergütet.

Zur Förderung von kooperativen Teamleistungen sollten bei der Weiterentwicklung der Vergütungssysteme zukünftig auch außerhalb von Selektivverträgen vermehrt Leistungen bzw. Leistungskomplexe definiert werden, die auch durch interdisziplinäre oder interprofessionelle Teams von Leistungserbringern bzw. durch Delegation innerhalb des Praxisteam erbracht werden können.

#### 8.4.2.4. Förderung der sektorenübergreifenden Koordination

440. Die „Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten“ ist im aktuellen EBM bereits als integraler Bestandteil der hausärztlichen Versichertenpauschale benannt. Und auch in der GOÄ gibt es mit der Ziffer 15 zur „kontinuierlichen ambulanten Betreuung chronisch Kranker“, die einmal im Kalenderjahr abgerechnet werden kann, eine Möglichkeit zur Vergütung koordinativer Leistungen. Da diese Vergütung nicht an besondere Bedingungen geknüpft ist und weitgehend unabhängig von tatsächlich erbrachten Koordinationsleistungen erfolgt, dürfte diese das ärztliche Verhalten kaum beeinflussen.
441. Zukünftig sollten die Bedingungen einer sektorenübergreifenden Koordination verbindlich festgelegt und im Rahmen einer *extrabudgetären* Pauschale explizit honoriert werden. So könnten für bestimmte Fälle z.B. sektorenübergreifend interdisziplinäre und interprofessionelle Fallkonferenzen durchgeführt werden, die den jeweiligen Teilnehmenden gesondert vergütet werden (SVR 2018, Tz. 1176). Für Patientinnen und Patienten mit schweren lebenslangen chronischen Erkrankungen (z.B. Mukoviszidose) können auch spezialisierte ambulante oder stationäre Zentren mit einschlägigen medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Kompetenzen die Koordination der Versorgung übernehmen und ihre Koordinationsleistung gesondert vergütet bekommen.

#### 8.4.2.5. Erprobung und Überführung innovativer Vergütungsformen in regelhafte Versorgungsstrukturen

442. Zur Umsetzung der in diesem Bericht dargelegten Reformvorschläge wäre es sinnvoll, Rahmenbedingungen für das Erproben verschiedener Vergütungssystematiken zu schaffen bzw. zu stärken. Eine Möglichkeit dafür sind – für den Bereich der GKV – in erster Linie Selektivverträge. Dabei besteht zunächst die Herausforderung, die bestehenden Verträge zu evaluieren (SVR 2012, Tz. 447 ff.) und den Datenzugang zu verbessern, um vielversprechende Ansätze identifizieren zu können. Anschließend stellt sich die Frage, wie neue Ansätze aus Selektivverträgen in die Regelversorgung überführt werden können (BT-Drucksache 19/8500, S. 141 ff.). Für die Erprobung neuer Vergütungsstrukturen kommt erschwerend hinzu, dass im Rahmen des Innovationsfonds nach §§ 92a und 92b SGB V, welcher grundsätzlich Fördermittel zur Evaluation von Selektivverträgen bereitstellt, Projekte zu Veränderungen der Anreiz- bzw. Vergütungsstrukturen bisher kaum berücksichtigt werden (BT-Drucksache 19/8500, S. 90). Es sollte daher geprüft werden, ob diese Themenfelder stärker über den Innovationsfonds oder auf andere Art gefördert werden könnten. In diesem Zusammenhang müssten Anreize geschaffen werden, ggf. vielversprechende Ideen trotz des wettbewerblichen Umfelds in die allgemeine Regelversorgung zu integrieren.
443. Für den Bereich der privatärztlichen Versorgung sind abweichende Vereinbarungen oder Verträge für *Modellvorhaben* bisher nicht möglich. Verträge zur Erprobung und Evaluation neuer Versorgungsansätze sollten explizit erlaubt und ggf. gefördert werden. Aufgrund ihrer oftmals eher geringen Größe können sich PKV-Unternehmen für solche Vereinbarungen zu Arbeitsgemeinschaften zusammenschließen. Eventuellen kartellrechtlichen Bedenken hiergegen ist entgegenzuhalten, dass die auch von der Monopolkommission (Monopolkommission 2017, Rn. 349 ff.) empfohlene gebührenrechtliche Öffnung einen freien Wettbewerb – den das Kartellrecht gerade



schützen will – erst ermöglicht. Ggf. kommt auch eine Freistellung vom Kartellverbot (§ 2 und § 3 Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen) in Betracht. In die gesetzliche Vorstrukturierung der Preisverhandlungen (s. Rz. 406) ist daher eine Öffnungsklausel aufzunehmen, die vertragliche Vereinbarungen zwischen PKV-Unternehmen/-Verband und (Gruppen/Verbänden von) ärztlichen Leistungserbringerinnen und -erbringern ausdrücklich zulässt. Dass hierbei die Vergütungen des Gebührenverzeichnisses (s. Rz. 406) auch unterschritten werden dürfen, entspricht bereits bestehenden Regelungen im Arzneimittelrecht (§ 78 Abs. 3 Satz 2 Arzneimittelgesetz) und in der Beihilfe (z.B. § 6 Abs. 3 Satz 3 Bundesbeihilfe-Verordnung, § 15 Abs. 5 Beihilfeverordnung Baden-Württemberg).

#### 8.4.2.6. Ausbau der Datenverfügbarkeit

- 444.** Im Laufe der Erarbeitung dieses Berichts hat sich gezeigt, dass zu zahlreichen reformrelevanten Fragestellungen keine oder zumindest keine valide Datengrundlage verfügbar ist. Insbesondere aus der ambulanten privatärztlichen Tätigkeit ist nahezu kein Datenmaterial verfügbar, sodass die Einbeziehung dieses Versorgungsbereichs in eine den gesamten ambulanten Sektor umfassende Betrachtung mit erheblichen Unsicherheiten behaftet ist. So sollte z.B. aus der von der Bundesärztekammer (BÄK) erstellten Ärztestatistik die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ersichtlich sein, damit im Umkehrschluss die Zahl der rein privatärztlich Tätigen festgestellt werden kann. Für die gesamte privatärztliche Versorgung fehlt es an verfügbaren Daten, etwa zur Häufigkeit der Arzt-Patienten-Kontakte, der Abrechnung einzelner GOÄ-Ziffern oder des Ansatzes bestimmter Steigerungsfaktoren. Aber auch im System der GKV mangelt es z.T. an aktuellen Daten: Die Analyse der kollektivvertraglichen Versorgung wird durch „Datenlücken“ infolge von Selektivverträgen erschwert, aber auch die Versorgung in ambulanten Versorgungsbereichen wie den Hochschulambulanzen ist mangels detaillierter Datengrundlage kaum beurteilbar. In welchem Umfang Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen in diesen Bereichen, in denen die Krankenkassen, z.B. nach § 73b Abs. 5 Satz 5, § 113 Abs. 4 Satz 1, § 115b Abs. 2 Satz 5, § 116 Abs. 6 Satz 10 SGB V, allein hierfür zuständig sind, durchgeführt werden und Regressbeträge festgesetzt sowie beglichen werden, ist unbekannt.
- 445.** Zur Schließung dieser Datenlücken sind gesetzliche Verpflichtungen zur Erhebung entsprechender Daten vorzusehen. Sofern hierbei, z.B. durch Anonymisierung, den Anforderungen eines modernen Datenschutzes genügt wird, sind rechtliche Bedenken nicht ersichtlich. Damit von einer solchen Datenerhebung neben den Planungsbehörden auch die Versorgungsforschung profitiert, müssen ihr diese Daten zugänglich gemacht werden.



## 9. Zusammenfassung

### Vergütungsstrukturen in der ambulanten Versorgung

- 446.** Die Vergütungsstrukturen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland sind komplex. Sie sind insbesondere geprägt durch die historisch bedingte Differenzierung zwischen vertragsärztlicher Versorgung (in der gesetzlichen Krankenversicherung) und privatärztlicher Versorgung. Während in ersterer grundsätzlich der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als Vergütungsgrundlage gilt, ist in letzterer eine amtliche Gebührenordnung, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Grundlage der Vergütung. Dabei ist die Entwicklung der beiden Honorarordnungen in der privat- und kassen- bzw. heute vertragsärztlichen Versorgung eng miteinander verknüpft (vgl. Kapitel 1). Während der Verordnungsgeber bei der Überarbeitung der GOÄ mehrfach das im Ersatzkassenbereich geltende Leistungsverzeichnis zugrunde legte, griffen die Primärkassen oftmals auf die amtliche Gebührenordnung zurück. Durch unterschiedliche Weiterentwicklungen entstanden Unterschiede zwischen den Leistungsverzeichnissen, die jedoch wieder aufgehoben wurden, wenn der Verordnungsgeber bei der Überarbeitung der GOÄ an das Leistungsverzeichnis der vertragsärztlichen Gebührenordnung anknüpfte. Dies war zuletzt im Jahr 1983 bei der seither kaum veränderten GOÄ der Fall. Aufgrund der Weiterentwicklung des EBM, insbesondere der hierbei zwischenzeitlich vorangetriebenen Pauschalierung, bestehen heute deutliche Unterschiede zwischen den Leistungsverzeichnissen des EBM und der GOÄ.
- 447.** Die Vergütungssystematik unterscheidet sich auch durch die Budgetierung der Gesamtvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung. Seit dem Jahr 1931 sind die Grundzüge hierfür in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gesetzlich verankert, wobei das Ausmaß der Budgetierung mit der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen schwankte. Während dabei lange Zeit die Entwicklung der Grundlohnsumme, also der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder ein ausschlaggebender Faktor war, orientiert sich die Fortschreibung der – nunmehr morbiditätsbedingten – Gesamtvergütung (MGV) seit dem Jahr 2009 an Parametern, die die Preis- und Morbiditätsentwicklung abbilden. Dabei sind mittlerweile zahlreiche Leistungen von der Budgetierung ausgenommen, so dass etwa ein Drittel der Vergütung unbudgetiert (extrabudgetär) erfolgt. In der privatärztlichen Versorgung existiert eine solche Budgetierung nicht.
- 448.** Die vertrags- und privatärztliche Versorgung unterscheiden sich aber nicht nur durch die Höhe der Vergütung und die Art der Leistungsdefinitionen. Unterschiedliche institutionelle Arrangements sind Grundlage der Vergütungssysteme (vgl. Kapitel 2). Die privatärztliche Vergütung basiert im Wesentlichen auf dem zweiseitigen Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient und den öffentlich-rechtlichen Vorschriften der GOÄ. Letztere ist zwar eine Rechtsverordnung; allerdings wird ihre Reform heute informell vom Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der Bundesärztekammer (BÄK) verhandelt. Der Kostenerstattungsanspruch der Patientinnen und Patienten ist dabei losgelöst von der Frage nach der ärztlichen Vergütung. Er ist hauptsächlich für die private Krankenversicherung (PKV) und (bei Beamtinnen und Beamten) für die Beihilfe von Bedeutung. Ein beträchtlicher Teil der privatärztlichen Vergütung wird jedoch auch durch die Patientinnen und Patienten direkt getragen.

- 449.** Im Vergleich zum Vergütungssystem bei privatärztlicher Behandlung sind die Strukturen in der GKV wesentlich komplexer. Dem Verhältnis zwischen (GKV-)Versichertem und (Vertrags-)Arzt liegt zwar ebenfalls ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag zugrunde, dieser wird jedoch durch die fehlende Vergütungspflicht des Versicherten modifiziert. Die Vergütung erfolgt stattdessen durch die Krankenkassen an die „zwischengeschalteten“ KVen. Sie nehmen die Gesamtvergütung entgegen, um sie auf der Grundlage eines von ihnen festgelegten Honorarverteilungsmaßstabs an die vertragsärztlichen Leistungserbringer auszuschütten. Die dem zugrunde liegende rechtliche Gestaltung ist geprägt durch einen Mix aus staatlicher Steuerung der Grundsätze durch das SGB V auf der einen und kollektiv(vertraglich)er Selbstregulierung auf mehreren Ebenen auf der anderen Seite.
- 450.** Neben der vertrags- und privatärztlichen Versorgung gibt es weitere Strukturen zur Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen. So hat der Gesetzgeber in der GKV mit Sondersystemen wie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, der hausarztzentrierten Versorgung und den Hochschulambulanzen u.v.m. ambulante Versorgungsbereiche mit eigenen ausdifferenzierten Vergütungsregelungen geschaffen.

### **Empirie und Anreize in der ambulanten ärztlichen Vergütung**

- 451.** 87 % der Bevölkerung sind derzeit in der GKV und 11 % in der PKV versichert; etwa 2 % verfügen über andere Ansprüche auf Krankenversorgung. Obwohl die GKV gemäß ihrem Versichertenanteil den weitaus größten Anteil der ambulanten Vergütung trägt, hat die privatärztliche Vergütung für die Ärztinnen und Ärzte eine hohe Bedeutung. Diese ist vor allem auf das – im Durchschnitt – deutlich höhere Vergütungsniveau der GOÄ zurückzuführen: Pro Kopf betragen die Ausgaben für PKV-Versicherte im ambulanten Bereich ungefähr das 2,3-fache der GKV. Ein bedeutender Teil der Ausgaben, über 50 %, wird dabei nicht von der PKV, sondern von der Beihilfe und über Selbstbeteiligungen der Versicherten finanziert. Welchen Umfang die Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit haben, unterscheidet sich sowohl regional als auch zwischen den Arztgruppen erheblich: Die privatärztliche Vergütung hat insbesondere für spezialisierte Ärztinnen und Ärzte mit hohem technischem Leistungsanteil, bevorzugt in städtischen Regionen und in größeren Praxen, eine große Bedeutung. In ländlichen Regionen und in der hausärztlichen Versorgung spielt die Abrechnung nach GOÄ hingegen eine geringere Rolle (vgl. Kapitel 5).
- 452.** Der hohe Pauschalierungsgrad des EBM – über 40 % der Vergütung wird über Pauschalen ausgezahlt – setzt grundsätzlich einen finanziellen Anreiz zu einer zurückhaltenden Ressourcenverwendung, aber auch zur Unterversorgung, da die Vergütung bei einer Leistungsausweitung nicht steigt. Die Einzelleistungsorientierung der GOÄ wiederum setzt einen Anreiz zur Überversorgung, da jedem Mehr an Leistung ein Mehr an Vergütung gegenüber steht. Durch die Parallelität verschiedener Gebührenordnungen mit unterschiedlich hohen Vergütungsniveaus und unterschiedlichen Anreizen einerseits in Verbindung mit begrenzten ärztlichen und wirtschaftlichen Ressourcen andererseits können Fehlanreize entstehen, Patientinnen und Patienten nicht bedarfsgerecht zu versorgen. Auch die Budgetierung im vertragsärztlichen Bereich, die dort für rund zwei Drittel der ambulanten ärztlichen Leistungen gilt, kann zu Fehlanreizen führen. So deuten empirische Befunde darauf hin, dass gerade am Quartalsende, wenn „Praxisbudgets“ erschöpft sind, bevorzugt Privatpatienten/Selbstzahler behandelt werden oder vertragsärztliche Leistungen erbracht werden, die ebenfalls keiner Mengenbegrenzung unterliegen (vgl. Kapitel 6).
- 453.** Der internationale Vergleich zeigt, dass das deutsche Gesundheitssystem zwar etliche Besonderheiten aufweist (z.B. substitutive private Krankheitsvollversicherung, freie Arztwahl im haus- und fachärztlichen Bereich, keine Selbstbeteiligung an den Kosten der ärztlichen Behandlung, relativ starre Sektorengrenzen), zugleich aber mit Entwicklungen konfrontiert ist, die auch andere Gesundheitssysteme vor Herausforderungen stellen (z.B. Begrenzung des Leistungskatalogs und der ärztlichen Vergütung, Bestimmung eines geeigneten Pauschalierungsgrads, Umgang mit

Wartezeiten). Daher lohnt ein Blick auf Lösungsansätze in anderen Ländern (vgl. Kapitel 4). Teilweise könnten sie – einzeln oder in Kombination – in das deutsche Gesundheitssystem übernommen werden, ohne dass dieses mit grundlegenden Umstrukturierungen verbunden sein müsste.

### **Ziele für ein modernes Vergütungssystem**

- 454.** Auf Basis intensiver Diskussionen, der Anhörungen von relevanten Akteuren aus dem Gesundheitswesen und Auswertungen der wissenschaftlichen Literatur hat die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) einen Katalog von Zielen für ein modernes ambulantes Vergütungssystem entwickelt und hält dabei die folgenden Oberziele für maßgeblich: Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit der Versorgung (Kosteneffizienz und Nachhaltigkeit), Angemessenheit und Transparenz der ärztlichen Vergütung, bedarfsgerechter und finanzierbarer Zugang sowie die Praktikabilität des Systems (vgl. Kapitel 7).
- 455.** Eine einheitliche Vergütung für ambulante ärztliche Leistungen wäre dabei mit einer Reihe von Vorteilen im Hinblick auf die Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem verbunden. Es entstünden langfristig wirtschaftliche Synergieeffekte, da nicht mehr zwei Leistungsverzeichnisse mit darauf aufbauenden Kalkulation(ssystem)en parallel weiterentwickelt werden müssten. Wissen und Daten könnten zusammengeführt und die Kostenkalkulation so verbessert werden, dass finanzielle Fehlanreize bei der Behandlungsentscheidung reduziert und die Versorgungsqualität verbessert werden könnten. Die Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Praktikabilität im medizinischen Alltag würden erhöht.
- 456.** Eine einheitliche Vergütung wäre jedoch auch mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Angesichts des unterschiedlichen Vergütungsniveaus in GKV und privatärztlichem Bereich würde infolge einer Vereinheitlichung entweder das aktuelle ärztliche Honorarvolumen sinken oder müssten zur Aufrechterhaltung desselben zusätzliche Mittel durch GKV-Beitragserhöhungen oder einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln erfolgen; der schon praktisch schwierig umzusetzende kompensatorische Zugriff auf Selbstzahlerinnen und -zahler oder Unternehmen der PKV ist demgegenüber verfassungsrechtlich umstritten. Und auch wenn ein insgesamt gleich bleibendes Vergütungsniveau in der ambulanten ärztlichen Versorgung sichergestellt würde, wären beträchtliche finanzielle Verschiebungen zu erwarten. Tendenziell würden die ärztlichen Honorare in der Stadt ab- und im ländlichen Bereich zunehmen. Innerhalb der Ärzteschaft würde eine Umverteilung von Arztgruppen mit eher technischen zu Arztgruppen mit eher nicht-technischen Leistungen stattfinden. Auch stellt sich die Frage nach dem Erhalt von im privatärztlichen Bereich nicht greifenden GKV-Steuerungsmechanismen, wie der Budgetierung (von MGW-Leistungen), der Regionalisierung (regionale Euro-Gebührenordnung) und der KV-individuellen Honorarverteilungsmaßstäbe. Nicht zuletzt würde es auch bei einheitlichen Preisen kaum zu verhindern sein, dass sich ein Sekundärmarkt bildet, auf dem Patientinnen und Patienten mit entsprechender Zahlungsbereitschaft ärztliche Leistungen zu höheren Preisen kaufen, etwa zur Vermeidung von Wartezeiten. Viele Vorteile einer Vereinheitlichung der Vergütung könnten dadurch konterkariert werden. Auch verfassungs- und unionsrechtlich ist strittig, ob ein kategorisches Verbot, eine abweichende Vergütung zu verlangen, zu entrichten und zu versichern, zumal bei angemessenem Versorgungsniveau und Festhalten am dualen Versicherungssystem, zu rechtfertigen ist.

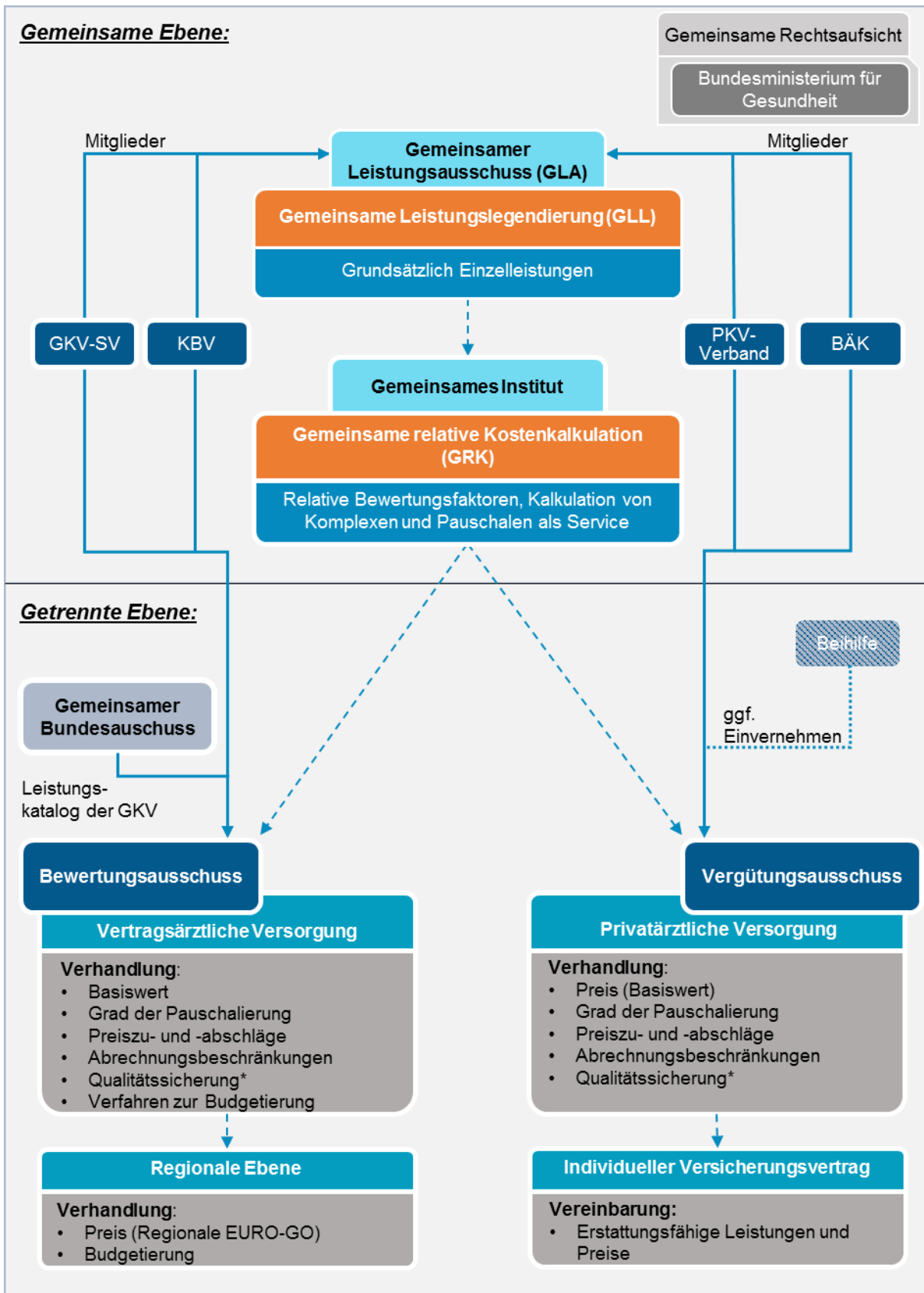
### **Konzept einer partiellen Harmonisierung**

- 457.** Im vorliegenden Gutachten wird daher das Konzept einer partiellen Harmonisierung vorgeschlagen, das die positiven Aspekte einer Vereinheitlichung des Vergütungsrechts partiell aufgreift, dabei den geschilderten Herausforderungen jedoch Rechnung trägt (vgl. Kapitel 8). Dabei wird unterschieden zwischen denjenigen Bausteinen einer Gebührenordnung, die sinnvollerweise gemeinsam (weiter)entwickelt werden sollten, sowie Bausteinen, bei denen die Unterschiede

zwischen vertrags- und privatärztlicher Vergütung erhalten bleiben. So differenziert der vorliegende Vorschlag zwischen der Definition der ärztlichen Leistungen (Leistungslegendierung) und der relativen Kostenbewertung von Leistungen einerseits – d.h., den in Faktoren ausgedrückten Kostenverhältnissen von ärztlichen Leistungen im Vergleich zueinander – und den Preisen für diese Leistungen andererseits. Während die Leistungslegendierung und die relative Kostenkalkulation von gemeinsamen Gremien der vertrags- und privatärztlichen Versorgung entwickelt werden, werden die Preise auf dieser Grundlage weiterhin in dualen Verhandlungsregimen (gemeinsame GKV-Selbstverwaltung bzw. PKV/BÄK) ermittelt. Dabei können neben den Kosten auch regionale, fachspezifische, mengenbezogene und andere – übergeordnete – Gesichtspunkte einfließen, insbesondere der medizinische Nutzen bzw. die Förderungswürdigkeit einer Leistung oder das generelle Vergütungsniveau. Mit diesem Vorschlag können Unterschiede zwischen der vertrags- und privatärztlichen Vergütung von den Verhandlungspartnern gesteuert und bewusst erhalten bleiben (s. Abbildung 24).

- 458.** Vertragspartner in der vertragsärztlichen Versorgung sind in diesem Modell wie bisher auf Bundesebene GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Die bisherigen Mechanismen mit Verhandlungen auf Bundes- und regionaler Ebene – u.a. auch zur Ermittlung der Gesamtvergütung – können grundsätzlich beibehalten werden. In der privatärztlichen Versorgung hat sich die Regelungsform der Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nicht bewährt. Insbesondere ist sie zu schwerfällig, um medizinische Innovationen sowohl zügig als auch rechtssicher in der Vergütung abzubilden. Daher ist auch hier eine gesetzlich strukturierte Verhandlungslösung vorgesehen. Dafür sind die Verhandlungspartner BÄK und PKV-Verband verantwortlich, von denen der Verordnungsgeber ohnehin bereits bei der gegenwärtig angestrebten Novellierung der GOÄ einen konsentierten Vorschlag erwartet.
- 459.** Auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung ist die Differenzierung nach gemeinsamen und separaten Bausteinen sinnvoll. Mindeststandards werden für die vertrags- und privatärztliche Versorgung aus Gründen des Patientenschutzes gemeinsam und einheitlich definiert. Darüber hinaus gehende Anforderungen werden im Sinne eines vergleichenden Systemwettbewerbs jedoch zur Verhandlung freigegeben.
- 460.** Das vorgeschlagene Modell bietet zahlreiche Vorteile im Hinblick auf die Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem. Transparenz und Praktikabilität werden erhöht, und nach einem kurz- und mittelfristigen Mehraufwand sind langfristig Synergieeffekte zu erwarten, da nicht mehr zwei Leistungsverzeichnisse separat weiterentwickelt werden müssen. Das Zusammenführen von Wissen und Daten aus dem vertrags- und privatärztlichen Bereich kann die Kostenkalkulation verbessern. Eine aufwandsgerechte Kostenkalkulation als Grundlage für die Preisverhandlungen wiederum ist Voraussetzung, um Fehlanreize zur Unter- und Überversorgung zu vermeiden. Zugleich werden größere Umverteilungswirkungen und die Gefahr eines Sekundärmarktes vermieden, da Preisunterschiede zwischen vertrags- und privatärztlichem Bereich erhalten bleiben können. Verfassungs- und unionsrechtliche Bedenken bestehen in diesem Modell nicht; bei der Ausgestaltung im Detail sind die im Kapitel 3 enthaltenen Vorgaben zu berücksichtigen.

Abbildung 24: Systematik des Reformvorschlages „Partielle Harmonisierung“



\* Über die gemeinsamen Mindeststandards (s. Rz. 413 ff.) hinaus.

- 461.** Ergänzend besteht Handlungsbedarf an verschiedenen Stellen im System der ambulanten Vergütung. So sollte u.a. den Fehlanreizen, die mit einer überwiegend pauschalierten oder überwiegend an Einzelleistungen orientierten Vergütung verbunden sind, durch eine stärkere Mischvergütung aus Einzel- und Pauschalleistungen und durch die Kombination mit qualitätsorientierten Vergütungselementen entgegengewirkt werden. Zudem sollte von dem nur historisch zu erklärenden Bezug auf das Quartal als Abrechnungszeitraum in der GKV teilweise Abstand genommen werden. Abhängig von der Art der Leistung und den Versorgungszielen sollten die zugrunde liegenden Bezugszeiträume flexibilisiert werden. Dies geht einher mit dem Vorschlag, die Vergütung im hausärztlichen Versorgungsbereich vorrangig über jährliche, auf Einschreibungen beruhenden Versichertenpauschalen mit monatlichen Abschlagszahlungen zu gestalten. Zur Förderung von kooperativen Teamleistungen sollten darüber hinaus Leistungskomplexe definiert werden, die auch durch interdisziplinäre oder interprofessionelle Teams von Leistungserbringern bzw. durch Delegation innerhalb des Praxisteam erbracht werden können. Zusätzlich sind Voraussetzungen und Bedingungen einer sektorenübergreifenden Koordination verbindlich festzulegen und zu fördern. Um dabei auch in Zukunft eine flächendeckende ambulante Versorgung auf hohem Niveau zu sichern und die Leistungserbringung insbesondere in unterversorgten (ländlichen) Regionen sowie deprivierten städtischen Bereichen zu fördern, sollten dort zukünftig wirksame Vergütungsanreize gesetzt und attraktive Arbeitsbedingungen geschaffen werden. Hierzu gehört auch eine Anpassung der Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen.
- 462.** Zur Umsetzung der in diesem Bericht dargelegten Reformvorschläge erscheint es schließlich sinnvoll, die Rahmenbedingungen für das Erproben und wissenschaftliche Evaluieren verschiedener Vergütungssystematiken – z.B. durch eine intensivere Berücksichtigung im Innovationsfonds – zu stärken bzw. im privatärztlichen Bereich durch die Möglichkeit von Modellvorhaben überhaupt erst zu schaffen. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung sollten des Weiteren in moderne IT-Infrastrukturen investiert und die technischen Abrechnungsprozesse deutlich beschleunigt werden. Eine Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung sollte darüber hinaus die nach wie vor starren Sektorengrenzen und somit Überlegungen zur sektorenübergreifenden Versorgung nicht aus dem Blick verlieren. Für einen funktionsfähigen Qualitäts- und Preiswettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor – dies wäre Voraussetzung für eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung – müssen gleiche Rahmenbedingungen im Hinblick auf Leistungsdefinitionen und -dokumentation, Qualitätssicherung und Kodierung sowie Vergütung gewährleistet sein. Einheitliche Leistungsdefinitionen, eine verbesserte Kostentransparenz und gemeinsame Qualitätsanforderungen im ambulanten Sektor sind dabei ein wichtiger Schritt, um auch sektorenübergreifend gemeinsame Regelungen zu entwickeln und so gleiche Rahmenbedingungen zu schaffen (s. Rz. 422 f.).





# Glossar

Das Glossar stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und dient lediglich einer ersten Information zu ausgewählten, im Bericht verwendeten Begriffen. Im Glossar enthaltene Begriffe sind im Bericht kursiv hervorgehoben.

## **Abrechnungsgruppe**

Da sich die Regeln zur Zuordnung von Ärztinnen und Ärzten zu *Arztgruppen* teilweise regional unterscheiden, werden in der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Ärztinnen und Ärzte nicht nach dieser Gruppenzuordnung sondern nach ihrem tatsächlichen Abrechnungsverhalten zu Abrechnungsgruppen zusammengefasst. So wird bspw. ein zugelassener Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt der Gruppe der Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie zugeordnet, wenn er Gebührenordnungspositionen aus dem entsprechenden Schwerpunktkapitel des einheitlichen Bewertungsmaßstabs abrechnet (KBV 2018a).

## **Allgemeine fachärztliche Versorgung**

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses unterscheidet zwischen der allgemeinen, der spezialisierten und der gesonderten fachärztlichen Versorgung (§§ 12–14 der Richtlinie). Zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung zählen danach folgende Arztgruppen: Augenheilkunde, Chirurgie und Orthopädie, Gynäkologie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Urologie, Kinder- und Jugendmedizin.

## **Amtsermittlungsgrundsatz**

Der Amtsermittlungsgrundsatz gilt im gesamten öffentlichen Recht und verpflichtet jede Behörde sowie die Sozial- und Verwaltungsgerichte, alle zur Bearbeitung eines Sachverhalts maßgeblichen Umstände von Amts wegen und grundsätzlich auf eigene Kosten zu ermitteln (vgl. § 20 SGB X). Eine solche Verpflichtung besteht unter Privaten nicht. Daher dürfen sich z.B. sowohl PKV-Unternehmen als auch Zivilgerichte bei der Prüfung, ob Privatversicherte eine bestimmte ärztliche Behandlung benötigen, grundsätzlich auf die von diesen vorgebrachten Informationen beschränken.

### **Angebotsinduzierte Nachfrage**

Im Gesundheitswesen beeinflusst der Leistungserbringer (Anbieter von Leistungen) maßgeblich, wie viele bzw. welche Leistungen bei einer Behandlung erbracht werden. Dies ist möglich, da der Leistungserbringer dem Patienten gegenüber – dem eigentlicher Nachfrager – einen großen Informationsvorsprung hat. Der Leistungserbringer kann daher die Nachfrage des Patienten dahingehend beeinflussen, dass dieser ggf. mehr Leistungen als eigentlich intendiert „nachfragt“. Von sich aus hätte der Patient eine Leistung nicht in Anspruch genommen, sie ist entsprechend vom Anbieter induziert. Dies kann besonders in Systemen auftreten, in denen die Kosten einer Leistung nicht direkt vom Patienten getragen werden. Wissenschaftlich gesehen ist der korrekte Begriff in diesem Kontext „anbieterinduzierte“ Nachfrage. Im Sinne der Leserfreundlichkeit wird im Bericht aber nicht zwischen angebots- und anbieterinduziert unterschieden, sondern immer der Begriff angebotsinduzierte Nachfrage verwendet.

### **Arztgruppe**

Als Arzt- oder Fachgruppe werden mehrere Ärztinnen und Ärzte mit der Weiterbildung für dasselbe Fachgebiet (z.B. Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Urologie oder Fachärztin für Augenheilkunde) bezeichnet. Die Arztgruppe, der eine Ärztin bzw. ein Arzt angehört, ist nicht nur für die Frage, welche Leistungen sie bzw. er im Hinblick auf die Fachgebietsgrenzen erbringen und abrechnen darf, von Bedeutung. Auch die Honorarverteilung durch die KV nimmt regelmäßig Bezug auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Arztgruppe.

### **Bedarfsgerechtigkeit**

Die bedarfsgerechte Versorgung ist ein u.a. im Kontext des SGB V genutzter Begriff. Eine inhaltliche Ausgestaltung durch den Gesetzgeber fehlt jedoch. In der wissenschaftlichen Diskussion wird i.d.R. zwischen „subjektivem“ Bedarf und „objektivem“ Bedarf unterschieden. Der „subjektive“ Bedarf resultiert aus individuellen Präferenzen und äußert sich in der Nachfrage nach Gesundheitsangeboten. Der „objektive“ Bedarf wird hingegen als wissenschaftlich bestätigter Bedarf gesehen, welcher mit einer professionellen Feststellung eines Versorgungsbedarfs infolge einer (drohenden) Krankheit oder Funktionseinschränkung einhergeht. Eine bedarfsgerechte Versorgung ist in diesem Sinne dann die minimale Menge an Ressourcen, die benötigt wird, um den objektiven Bedarf einer Person an Versorgung zu decken.

### **Bedarfsplanung**

Die Regelungen für die Bedarfsplanung finden sich in § 98 Abs. 2 Nr. 8, § 99 SGB V, § 12 Ärzte-Zulassungsverordnung sowie der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Bedarfsplanungs-Richtlinie. Hierauf basierend wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ein regionaler Bedarfsplan aufgestellt und fortlaufend angepasst. Dieser enthält – i.d.R. bezogen auf Teilregionen (sog. Planungsbereiche) – Angaben zu Zahl und räumlicher Verteilung der vertragsärztlichen Leistungserbringer sowie den dem gegenüber stehenden Behandlungsbedarf der Versicherten. Über die konkrete Umsetzung entscheiden die Zulassungsausschüsse.

### **Belegärztinnen und -ärzte**

Belegärzte sind Vertragsärzte, die „ihre“ Patienten auch während eines stationären Krankenhausaufenthalts ärztlich betreuen. Diese ärztlichen Leistungen rechnen sie gegenüber der KV ab, während die nicht-ärztlichen (z.B. pflegerische oder Hotelleistungen) Leistungen dem Krankenhaus unmittelbar von der Krankenkasse vergütet werden.

### **Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Werden bestimmte Teile der Versorgung im Rahmen eines Selektivvertrages erbracht, erfolgt auch die Vergütung für diese Leistungen über den Selektivvertrag. Die morbiditätsbedingte *Gesamtvergütung* für die kollektivvertraglichen Leistungen ändert sich zunächst nicht. Umfassen die im Selektivvertrag vereinbarten Leistungen aber auch Leistungen, die normalerweise im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung erbracht werden, würden diese doppelt vergütet – selektiv und kollektiv. Daher ist eine so genannte Bereinigung notwendig. Dabei werden die Entgelte für die selektivvertraglichen Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung rechnerisch herausgenommen und die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung dementsprechend abgesenkt.

### **Besondere Versorgung**

Im Rahmen der zunächst als integrierte, heute als besondere Versorgung bezeichneten Regelungen in § 140a SGB V können die Krankenkassen Verträge mit allen Leistungserbringern des SGB V, zusätzlich aber z.B. auch mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen, pharmazeutischen Unternehmen oder KVen, abschließen. Diese Verträge sollen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende, eine interdisziplinär fachübergreifende („integrierte“) Versorgung oder aber eine besondere ambulante ärztliche Versorgung ermöglichen.

In § 53 Abs. 3 SGB V bezeichnet der Gesetzgeber neben der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V auch die *Modellvorhaben* nach § 63 SGB V, die *hausarztzentrierte Versorgung* nach § 73b SGB V sowie die *strukturierten Behandlungsprogramme* nach § 137f SGB V als besondere Versorgung. Üblicherweise wird mit der besonderen Versorgung jedoch auf die Regelungen des § 140a SGB V abgezielt.

### **Budgetierung**

Mit Budgetierung ist im Gesundheitswesen i.d.R. die Mengensteuerung der morbiditätsbedingten *Gesamtvergütung* gemeint. Durch deren Zahlung mit „befreiender Wirkung“ (§ 87a Abs. 3. Satz 1 SGB V) entsteht ein weitestgehend pauschaliertes Budget, welches für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung steht. Im Rahmen der Honorarverteilungsmaßstäbe der KVen wird das pauschalierte Budget, auch auf einzelne Praxen und Ärzte heruntergebrochen (s.a. Abschnitt 2.2.2.2), sodass häufig von Praxisbudgets gesprochen wird.

### **Bundled Payments**

Als Bundled Payments, auf Deutsch etwa Komplexpauschale, wird eine *Vergütungsform* bezeichnet, welche die pauschale Vergütung für alle Leistungen einer bestimmten Krankheits-episode umfasst. Bundled Payments sollen sowohl die akute Behandlung als auch die sich anschließende Betreuung und Nachbehandlung sowie ggf. die Prävention abgelten, um Anreize zur Leistungsverchiebung zu vermindern. Sie können daher als eine Erweiterung der *diagnosebezogenen Fallpauschalen* verstanden werden. Bundled Payments können sich sowohl an einzelne Leistungserbringer als auch interdisziplinär oder sektorenübergreifend an eine Gruppe von Leistungserbringern richten.

**Diagnosebezogene Fallpauschale**

Diagnosebezogene Fallpauschalen bezeichnen eine *Vergütungsform*, bei der basierend auf einer medizinischen Zuordnung – i.d.R. die Diagnose – Fallgruppen gebildet werden. Je nach Fallgruppe wird eine entsprechende Vergütung gezahlt, welche die gesamte Behandlung dieses Falls – unabhängig von der Art und Anzahl der erbrachten Leistungen – abgeltet.

**DMP – Disease-Management-Programme**

s. *Strukturierte Behandlungsprogramme*

**Dualistisches Finanzierungsregime**

Das dualistische Finanzierungsregime bezeichnet die Aufteilung der Krankenhausfinanzierung: Die Investitionskosten sollen von den Bundesländern im Wege öffentlicher Förderung übernommen (§ 4 Nr. 1, § 9, § 11 KHG), die Kosten des laufenden Betriebs sollen hingegen durch die Entgelte/Pflegesätze gedeckt werden (§ 4 Nr. 2 KHG), welche Krankenkassen und Selbstzahler (z.B. Privatpatienten) zu zahlen haben.

**Einzelleistung/Einzelleistungsvergütung**

Mit Einzelleistungen sind im Bereich medizinischer Leistungskataloge einzelne Verrichtungsschritte oder Prozeduren gemeint. Die Einzelleistungsvergütung (Fee-for-service) bezeichnet somit die ärztliche Vergütung anhand der Anzahl der erbrachten Leistung und wird vor allem in Abgrenzung zur Zusammenfassung mehrerer in Zusammenhang stehender Leistungen zu *Leistungskomplexen* oder auch im Unterschied zur *pauschalierten Vergütung* genutzt.

Insbesondere im Bereich der GKV wird der Begriff Einzelleistungsvergütung außerdem als Synonym für eine Vergütung zu festen Preisen, ohne *Budgetierung*, herangezogen. Die Einteilung in innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten *Gesamtvergütung* bzw. zu festen Preisen zu vergütende Leistungen ist jedoch unabhängig von der Zusammenfassung von Leistungen zu Leistungskomplexen und Pauschalen zu betrachten. Im vorliegenden Gutachten bezieht sich der Begriff Einzelleistungen daher ausschließlich auf die Art der Leistungsdefinition ungeachtet/unbeschadet der weiteren Vergütungsregeln. Diese können auch für Einzelleistungen feste Preise oder aber Mengenbegrenzungsregeln vorsehen.

**Erlaubnisvorbehalt**

Der juristische Fachbegriff des (Verbotes mit) Erlaubnisvorbehalt umschreibt – vereinfacht – die Regel, dass nur zulässig ist, was zuvor ausdrücklich erlaubt wurde. Das Gegenteil – die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt – beschreibt die Konstellation, dass etwas erlaubt ist, solange es nicht ausdrücklich verboten ist.

**Ermächtigung**

Durch die Ermächtigung werden einzelne Ärztinnen bzw. Ärzte, aber auch Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser oder einzelne Krankenhausabteilungen) berechtigt, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, um z.B. Hochschulambulanzen zu betreiben. Sie ist jedoch mit weniger Rechten und Pflichten als die Zulassung verbunden und stellt daher im Vergleich zu dieser einen „abgeschwächten“ Status dar (BSG v. 12.12.2018, B 6 KA 50/17 R, Rn. 35, 35). Über Erteilung, Entziehung und Umfang einer Ermächtigung entscheiden – soweit nicht bereits im SGB V geregelt – die für Zulassungsfragen gebildeten Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung. Ursprünglich war die Ermächtigung dadurch gekennzeichnet, dass Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen für bestimmte Leistungen, die die niedergelassenen Ärzte nicht oder nicht in der erforderlichen Qualität erbringen konnten, in die vertragsärztliche Versorgung einbezogen wurden (Wenner 2008, S. 143). Eine solche einheitliche Zwecksetzung ist aktuell angesichts der Vielzahl an Ermächtigungsmöglichkeiten deutlich weniger erkennbar.

**Euro-Leistungen**

Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab werden i.d.R. relativ mit Punkten bewertet. Es gibt jedoch Ausnahmen hiervon. Insbesondere Sachkostenpauschalen wie z.B. die Ausgaben für den Versand von Briefen werden direkt mit einem Preis in Euro bewertet. Während die in Punkten ausgezeichneten Leistungen erst im Zusammenspiel mit dem auf regionaler Ebene zu vereinbarenden Punktwert einen absoluten Eurowert erhalten – welche sich bei einer Änderung des Punktwertes entsprechend verändert – behalten die bereits in Euro bewerteten Leistungen unabhängig vom Punktwert ihre Bewertung.

**Evidenzbasierte Medizin**

Die evidenzbasierte Medizin beschreibt das Prinzip, sich für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten an der besten verfügbaren externen Evidenz (nach Möglichkeit in Form hochwertiger wissenschaftlicher Studien) zu orientieren. Die Vor- und Nachteile der medizinischen Möglichkeiten sollen dabei so aufbereitet werden, dass die Patientinnen und Patienten selbst informiert an der Entscheidung partizipieren können.

**Extrabudgetäre Vergütung**

*s. Gesamtvergütung*

**Fallwert**

Der Fallwert beschreibt – verkürzt gesagt – das Honorar, das eine Vertragsärztin bzw. ein Vertragsarzt pro (GKV-)Versicherten im Durchschnitt erlöst. Er wird errechnet, indem das gesamte Honorar durch die Anzahl der Behandlungsfälle dividiert wird. Zu unterscheiden ist der Fallwert eines Arztes bzw. einer Arztpraxis und der Fallwert der Arztgruppe.



### **Freie Heilfürsorge**

Die freie Heilfürsorge ist eine besondere Art der Fürsorge eines Dienstherrn für seine Beamtinnen und Beamten. Sie kommt vor allem für Berufsgruppen mit hohem Berufsrisiko bzw. mit körperlich besonders fordernden Dienstposten in Frage, z.B. bei Soldaten und Polizeivollzugsbeamten. Bei der freien Heilfürsorge übernimmt dabei der Dienstherr direkt die Kosten der ärztlichen Versorgung. Die Versorgung kann dazu durch einen eigenen medizinischen Dienst gewährleistet werden. In der Regel werden ergänzend Verträge mit Leistungserbringern geschlossen, wie z.B. mit der KBV für die Versorgung von Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamten der Bundespolizei.

### **Fremdkassenzahlungsausgleich**

Der Fremdkassenzahlungsausgleich stellt Ausgleichszahlungen zwischen verschiedenen KVen dar. Diese werden notwendig, wenn die Versicherten mit Wohnort in der einen KV Leistungen bei Ärztinnen und Ärzten einer anderen KV in Anspruch nehmen. Da die Krankenkassen die *Gesamtvergütung* an die KV am Wohnort des Versicherten zahlen, ist ein Ausgleich zwischen den KVen erforderlich, der zentral über die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfolgt. Der Fremdkassenzahlungsausgleich ist insbesondere infolge der überregionalen Erbringung von Laborleistungen sowie bei der Behandlung von Versicherten aus den umgebenden KVen in Stadtstaaten von Bedeutung und macht insgesamt etwa 2 Mrd. € aus.

### **Gatekeeping**

Im Rahmen des Versorgungskonzeptes Gatekeeping verpflichten sich Versicherte, im Krankheitsfall zuerst einen vorab von ihnen selbst benannten Arzt aufzusuchen (i.d.R. einen Hausarzt), der eine Art Lotsenfunktion einnimmt und die weitere Versorgung für die Patienten strukturiert. Gatekeeping ist international weit verbreitet und in Deutschland ein integraler Bestandteil der *hausarztzentrierten Versorgung*.

### **Gehalt**

Bei dieser Vergütungsform erhalten Ärztinnen und Ärzte ein fixes Einkommen, das i.d.R. von ihrer fest vereinbarten Arbeitszeit abhängt. Die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten oder die Anzahl oder Art der erbrachten medizinischen Leistungen sowie deren Kosten wirken sich zumeist nicht auf das Einkommen aus, könnten jedoch im Rahmen von Bonusregelungen Berücksichtigung finden.

### **Gesamtvergütung**

Die Gesamtvergütung ist das (pauschalierte) Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen (§ 85 Abs. 2 SGB V) für alle Versicherten im Bereich einer KV. Synonym verwendet das Gesetz seit 2009 in § 87a SGB V für den vertragsärztlichen – nicht den vertragszahnärztlichen – Bereich den Begriff „morbiditybedingte Gesamtvergütung“ (MGV).

Die weit verbreitete (BT-Drucksache 17/3040, S. 25) Formulierung „extrabudgetäre Gesamtvergütung“ (EGV) ist hingegen missverständlich. Eine extrabudgetäre Gesamtvergütung kann es nicht geben, weil die Gesamtvergütung per se immer (vgl. § 85 Abs. 1, § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V) mit befreiender Wirkung gezahlt wird – was eine Vergütung in voller Höhe i.d.R. ausschließt –, während genau dies bei den außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüteten (so genannten extrabudgetären) Leistungen der Fall ist. Die Abkürzung „EGV“ wird gleichwohl verwendet, weil sie sich in der Fachdiskussion etabliert hat. In diesem Zusammenhang wird als Gesamtvergütung dann die gesamte von den Krankenkassen an die KVen auf Basis der Honorarverträge gezahlte Vergütung verstanden, welche sowohl die MGV als auch die „EGV“ umfasst.

### **Gesamtvertragspartner**

Der Term Gesamtvertragspartner bezeichnet die an den Gesamtverträgen nach § 83 SGB V und den Vereinbarungen nach § 87a SGB V beteiligten Vertragspartner. Dies sind auf der einen Seite die KV und auf der anderen Seite – zumeist gemeinsam und einheitlich – die für den KV-Bereich zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Siehe auch *Krankenkassenverbände*.

### **Gesundheitsfonds**

Der Gesundheitsfonds ist ein vom Bundesversicherungsamt verwaltetes Sondervermögen (§ 271 SGB V), welches sich aus sämtlichen Beitragseinnahmen der GKV speist. Die Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen werden im Rahmen des (morbidityorientierten) *Risikostrukturausgleichs* berechnet.

### **Grenzkosten**

Grenzkosten bezeichnen die zusätzlichen Kosten, die bei der Produktion (im Kontext der ärztlichen Versorgung: Erbringung) einer zusätzlichen Mengeneinheit entstehen.

### **Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)**

Als selektivvertragliches Modell, das in einen Wettbewerb mit der hausärztlichen Versorgung im vertragsärztlichen Bereich treten soll, wurde ab 2004 die hausarztzentrierte Versorgung eingeführt. Sie stellt insofern eine Besonderheit innerhalb der selektivvertraglichen Versorgung dar, als jede Krankenkasse ihren Versicherten diese Versorgungsform anbieten muss und dabei ein über die Regelversorgung im kollektivvertraglichen System hinausgehendes Qualitätsniveau sicherzustellen hat (§ 73b Abs. 1 und 2 SGB V). Die Verträge, welche die Krankenkassen hierzu mit Gemeinschaften von Hausärztinnen und -ärzten schließen, dürfen in den durch § 73b Abs. 5 Satz 3 SGB V abgesteckten Grenzen auch Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der GKV beinhalten. Haben sich Versicherte zur Teilnahme entschlossen, dürfen sie hausärztliche Leistungen nur bei dem von ihnen ausgewählten (teilnehmenden) Hausarzt und fachärztliche Leistungen i.d.R. nur auf Überweisung durch diesen Hausarzt („Lotsenfunktion“ des Hausarztes, vgl. *Gatekeeping*) in Anspruch nehmen. Aktuell werden rund 5 Mio. Versicherte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung versorgt (BT-Drucksache 19/9503, S. 5).

### **Heilmittel**

Heilmittel i.S.v. § 32 SGB V sind nicht-ärztliche Dienstleistungen wie z.B. Physiotherapie, Massagen oder Logopädie.

### **Honorar**

s. *Vergütung und Honorar*

### **Honorarärztliche Tätigkeit**

Die honorarärztliche Tätigkeit beschreibt eine zeitlich befristete freiberufliche ärztliche Tätigkeit auf eigene Rechnung in wechselnden medizinischen Einrichtungen; es erfolgt keine Anstellung der Ärztinnen und Ärzte in den Einrichtungen. Das Honorar für die Leistung wird frei vereinbart.

### **Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)**

IGeL sind nach der Definition der KBV solche ärztlichen Leistungen, die bei gesetzlich krankenversicherten Patienten nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören, die dennoch vom Patienten nachgefragt werden. Sie sind ärztlich empfehlenswert oder – je nach Intensität des Patientenwunsches – zumindest ärztlich vertretbar (Clausen 2013, Rn. 301). Der medizinische Nutzen von IGeL ist jedoch z.T. umstritten.

### **Kopfpauschale**

Die Kopfpauschale bezeichnet eine *Vergütungsform*. Werden Ärztinnen und Ärzte mit einer Kopfpauschale vergütet, erhalten sie für jeden ihrer Patienten ex ante (also prospektiv) einen fixen Betrag, aus deren Summe die bei der Bereitstellung medizinischer Leistungen entstehenden Kosten zu finanzieren sind. Der Betrag hängt weder von der Arbeitszeit noch von der Art und Anzahl der erbrachten medizinischen Leistungen ab.

### **Kosteneffizienz**

Die Kosteneffizienz ist eine Erweiterung der technischen Effizienz, die das Verhältnis zwischen Inputs (bspw. aufgewendete Arbeitsstunden des Praxispersonals) und Outputs (bspw. die Zahl risikoadjustierter Fälle) betrachtet. Bei der Kosteneffizienz werden zusätzlich die Preise der Inputfaktoren berücksichtigt. Eine bestimmte Outputmenge sollte dementsprechend mit einer kostenminimierenden Input-Kombination/-Menge hergestellt werden (Schreyögg/Kwietniewski 2015).

### **Krankenkassenverbände**

Historische Entwicklungen aufgreifend sieht das Gesetz (§§ 207 ff. SGB V) für Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen kassenartenspezifische Verbände auf Landesebene obligatorisch und auf Bundesebene fakultativ vor; für die (generell bundesweit tätigen) Ersatzkassen sind kassenartenspezifische Verbände auf beiden Ebenen fakultativ. Darüber hinaus schreibt das Gesetz auf Bundesebene als kassenartenübergreifenden Verband den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vor. Obligatorisch zu bildende Verbände haben den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, fakultative den eines eingetragenen Vereins.

### **Krankheitsvollversicherung**

Der Begriff Krankheitsvollversicherung, auch Krankheitskostenvollversicherung oder Krankenvollversicherung, beschreibt im Bereich der PKV Versicherungsverhältnisse, welche an die Stelle der Versicherung in der GKV treten und diese somit ganz oder teilweise ersetzen können (§ 195 Abs. 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz – substitutive Krankenversicherung). Dies dient der Abgrenzung zu komplementär wirkenden Zusatzversicherungen, welche ergänzend zu einem bestehenden Versichertenverhältnis in der GKV genutzt werden können. Unter die Krankheitsvollversicherung fällt auch die Versicherung von Beihilfeberechtigten, z.B. Beamtinnen und Beamten, auch wenn die PKV in diesem Fall nur einen Teil der Kosten versichert.

### **Leistungskomplexe**

Leistungskomplexe stellen eine Art der Leistungsdefinition bzw. eine *Vergütungsform* dar. Dabei werden medizinische *Einzelleistungen*, welche im Rahmen einer Behandlung i.d.R. zusammenhängend erbracht werden, als Leistungskomplex definiert. Z.B. werden bei einem chirurgischen Eingriff meist Schnitt und Wundverschluss zusammenhängend ausgeführt und stellen daher einen möglichen Leistungskomplex dar. Die Vergütung erfolgt nicht für die einzelnen erbrachten Leistungsschritte, sondern für den Leistungskomplex als Ganzes.

### **Managed Care**

Managed Care ist ein Steuerungsmodell in der Gesundheitsversorgung, das durch die gleichzeitige Verantwortung für medizinisches und ökonomisches Ergebnis charakterisiert ist. Dabei werden z.B. die freie Arztwahl und die Marktmechanismen zugunsten von geplanten, vertraglich geregelten Abläufen eingeschränkt, um die Kosten zu senken und die Versorgungsqualität zu erhöhen.

**Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)**

Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen angestellte Ärzte oder Vertragsärzte tätig sind (§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Träger eines MVZ können z.B. Vertragsärzte, Krankenhäuser oder Kommunen sein (§ 95 Abs. 1a SGB V). Ein MVZ wird meist in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) geführt.

**Modellvorhaben**

Zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung dürfen Krankenkassen (-verbände) im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben gemäß §§ 63 ff. SGB V Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder mit (Gruppen von) Leistungserbringern – also nicht nur mit Ärztinnen und Ärzten – vereinbaren. Auch hierbei darf in erheblichem Umfang von gesetzlichen Vorgaben, insbesondere zum Verwaltungsverfahren, abgewichen werden.

**Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich**

s. *Risikostrukturausgleich*

**Nachzahlungspflicht**

Ausnahmen von der befreienden Wirkung der morbiditätsbedingten *Gesamtvergütung* sieht das Gesetz für einen „nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs“ (§ 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V) und bei einer Abweichung der Versichertenzahlen (§ 87a Abs. 3a Satz 4 SGB V) vor. Das Volumen aus der Regelung eines „nicht vorhersehbaren Anstieges“ ist vernachlässigbar; für das Jahr 2015 wurde im Jahr 2018 ein Betrag von bundesweit weniger als 10 Mio. € festgestellt (KBV 2017). Die Rechtsprechung (BSG v. 28.01.2004, B 6 KA 52/03 R, Rn. 50) hat eine weitere Ausnahme angenommen, wenn durch einen rechtswidrigen Beschluss des Bewertungsausschusses die Vergütung für eine bestimmte Gruppe von Leistungserbringern zu gering bemessen wurde und die KV dadurch erheblichen Vergütungsnachforderungen der Leistungserbringer ausgesetzt ist.

**Patient Reported Outcome/Experience Measures**

Patient Reported Outcome Measures (PROMs) sind Informationen über den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten, welche bei diesen in Form regelmäßiger, strukturierter Befragungen erhoben werden. PROMS können sehr allgemein auf Aspekte wie die Lebensqualität eingehen, aber auch krankheitsspezifische Symptome wie das Schmerzniveau abfragen. Patient Reported Experience Measures (PREMs) werden ebenfalls strukturiert erhoben und zielen auf Erfahrungen der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung ab, z.B. auf die Einschätzung im Hinblick auf Wartezeiten oder die Kommunikation.

**Pay for Performance (P4P)**

s. *qualitätsorientierte Vergütung*

### **Populationsbasierte Vergütungen**

Im Unterschied zu anderen *Vergütungsformen*, insbesondere zur Einzelleistungsvergütung, erfolgt die populationsbasierte bzw. -bezogene Vergütung unabhängig von der konkret erbachten Leistung. Stattdessen wird ein Preis/eine Pauschale für die gesamte medizinische Versorgung einer vorab festgelegten Patientengruppe mit einem Netzwerk von Leistungserbringern vereinbart. Die Vergütung erfolgt unabhängig davon, ob bzw. welche Leistungen die Patientinnen oder Patienten in Anspruch nehmen. Das Morbiditätsrisiko wird dadurch auf die Empfängerinnen und Empfänger der Vergütung übertragen. Populationsbasierte Vergütungen unterscheiden sich von der Kopfpauschale maßgeblich durch die vorab festgelegte Patientengruppe. Dadurch wird auch für Versicherte, die keinerlei Leistungen in Anspruch nehmen, eine Vergütung ausgezahlt.

### **Potenzial**

Der Begriff des Potenzials – stellenweise auch in der Schreibweise „Potential“ – findet sich im Zusammenhang mit Untersuchungs- und Behandlungsmethoden insbesondere in § 137c Abs. 1 und 3, § 137e sowie § 137h Abs. 4 SGB V. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers kann sich das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative „daraus ergeben, dass die neue Methode, deren Nutzen nicht belegt ist, aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass andere aufwändigere, für den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden können, die Methode weniger Nebenwirkungen hat, sie eine Optimierung der Behandlung bedeutet oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Das notwendige Potenzial als Behandlungsalternative entfällt insbesondere dann, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der vorliegenden Evidenz positiv feststellt, dass die Methode unwirksam oder gar schädlich ist“ (BT-Drucksache 18/4095, S. 122).

### **Praxisnetze**

Praxisnetze sind nach der Idee des Gesetzgebers (BT-Drucksache 17/8005, S. 109) Zusammenschlüsse von Vertragsärztinnen und -ärzten verschiedener Fachrichtungen zur interdisziplinären, kooperativen, ambulanten und insbesondere wohnortnahen Betreuung und Versorgung. Ziel ist es, ambulante Versorgungsstrukturen zu optimieren und Qualität, Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung zu steigern. Die Verbreitung von Praxisnetzen differiert regional erheblich (SVR 2018, Tz. 628 ff.).

### **Punktwert**

Der Wert einer ärztlichen Leistung lässt sich anstelle eines festen Geldbetrages auch in einer Punktzahl ausdrücken, die den relativen Wert einer Leistung gegenüber den anderen Leistungen ausdrückt. Die Punktzahl muss jedoch mit einem bestimmten Punktwert, z.B. 10 ct je Punkt, multipliziert werden, um den Geldwert der ärztlichen Leistung zu ermitteln. Auf diese Weise muss bei linearen Erhöhungen aller ärztlichen Leistungen nur der Punktwert geändert werden; der Geldwert muss dann nicht für eine Vielzahl einzelner Leistungen neu festgesetzt werden. Neben dem in Punkten ausgedrückten Behandlungsbedarf (z.B. aller Versicherten einer Krankenkasse) kommt der Punktwert auch als ein Faktor für die Berechnung der von einer Krankenkasse pauschal zu entrichtenden Gesamtvergütung zur Anwendung. Dieser durch Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern ermittelte Punktwert ist indes nicht zwingend identisch mit dem auf Bundesebene vereinbarten Orientierungswert, da letzterer lediglich als Grundlage („Orientierung“) der regionalen Verhandlungen dient.



### **Qualitätsdimensionen**

Im Bereich der Qualitätssicherung wird üblicherweise zwischen Strukturqualität (sachliche und personelle Voraussetzungen der Leistungserbringung, insbesondere Qualifikation des Arztes/ Personals, apparative Ausstattung), Prozessqualität (Ablauf, Durchführung und Evaluation der Leistungserbringung, insbesondere Indikation und Durchführung von Diagnostik und Therapie sowie hygienische Maßnahmen) sowie Ergebnisqualität (Wirksamkeit der Behandlung anhand von Kriterien wie Sterblichkeit, Heilungsdauer, Lebensqualität, therapiebedingte Komplikationen) unterschieden (vgl. § 114 Sozialgesetzbuch XI; Donabedian 2005, S. 713, 721; Roters 2019, Rn. 10).

### **Qualitätsorientierte Vergütung/Pay for Performance (P4P)**

Die qualitätsorientierte Vergütung sieht vor, dass die ärztliche Vergütung direkt an die Qualität oder den Behandlungserfolg geknüpft wird. Dafür werden bestimmte Zielgrößen definiert. Da der Behandlungserfolg jedoch nur schwer messbar ist bzw. einer gewissen Unsicherheit unterliegt, werden häufig Prozess- oder Strukturindikatoren verwendet. Die in der Praxis gängigen P4P-Systeme kombinieren i.d.R. eine Grundvergütung, die üblicherweise einer Einzelleistungsvergütung oder einer Kopfpauschale entspricht, mit einer leistungsorientierten Vergütung (z.B. einer Bonuszahlung). Insofern kann man bestehende P4P-Systeme auch als Formen einer gemischten Vergütung interpretieren.

### **Risikostrukturausgleich (RSA)**

Krankenkassen erhalten zur Deckung ihrer Ausgaben gemäß § 266 SGB V Zuweisungen aus dem *Gesundheitsfonds*. Die Höhe der Zuweisungen wird in Abhängigkeit der Krankheitsrisiken der Versicherten über den Risikostrukturausgleich ermittelt. Damit soll zwischen den Krankenkassen hinsichtlich der Gewinnung von Versicherten Wettbewerbsneutralität hergestellt und Risikoselektion verhindert werden. Vor dem Hintergrund des freien Kassenwahlrechts (§ 175 Abs. 1 Satz 2 SGB V) sollen Erkrankungen von zu versichernden Personen keinen Einfluss auf einen etwaigen Kassenwechsel haben. Die Zuweisungen bestehen im Wesentlichen aus einer Grundpauschale je versicherter Person sowie alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde der Risikostrukturausgleich ab 2009 stärker direkt morbiditätsorientiert ausgestaltet.

### **Stationäre Leistungen**

Eine stationäre Behandlung liegt vor, wenn eine physische und organisatorische Eingliederung von Patientinnen und Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses gegeben ist. Erstreckt sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhauses zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht, wird sie vollstationär durchgeführt, während teilstationäre Behandlungen entweder nur tagsüber (in Tageskliniken) oder nur abends und nachts (in Nachtkliniken) durchgeführt werden (BSG v. 28.02.2007, B 3 KR 17/06 R, Rn. 14 ff.). Vor- und nachstationäre Behandlung findet – stets ohne Übernachtung, i.d.R. auch ohne Verpflegung (BT-Drucksache 12/3608, S. 102) – im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung statt (§ 115a SGB V).

### **Strukturierte Behandlungsprogramme**

Um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Behandlung chronischer Krankheiten zu verbessern, können Krankenkassen(-verbände) gemäß § 137f SGB V strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) entwickeln und durchführen. Für die Umsetzung stehen sowohl kollektiv- als auch selektivrechtliche Vertragstypen zur Verfügung (BT-Drucksache 14/6432, S. 10). Auch Krankenhäuser können eingebunden werden (§ 137f Abs. 7 SGB V).

### **Terminservicestelle**

Terminservicestellen sind Einrichtungen der KVen. Sie haben nach § 75 Abs. 1a SGB V u.a. die Aufgabe, Versicherten zeitnah einen Termin bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt zu vermitteln; gelingt dies nicht, müssen sie einen Termin zur ambulanten Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten.

### **Verbotsvorbehalt**

s. *Erlaubnisvorbehalt*

### **Vergütung und Honorar**

Zuweilen werden die Begriffe Vergütung, Vergütungssystem, Honorierung, Honorarsystem und Honorarordnung (bzw. Gebührenordnung) synonym benutzt. Im SGB V findet der Begriff „Vergütung“ Verwendung für jede Art von Entgelt, die ein Leistungserbringer erhalten kann. Der Begriff „Honorar“ wird nur an wenigen Stellen, insbesondere in den §§ 85, 87b und 87c SGB V, im Zusammenhang mit der Vergütung der Vertragsärztinnen und -ärzte verwendet. Eine eindeutige inhaltliche Differenzierung der Begriffe ist nicht erkennbar. Im Bereich der Gebührenordnung der Ärzte wird hingegen ausschließlich der Begriff Vergütung genutzt. Da in der GKV die Ausgestaltung der ambulanten Vergütung jedoch zweistufig erfolgt, erscheint es sinnvoll, die Begriffe Honorierung und Vergütung differenziert anzuwenden: Der Begriff der Honorierung legt einen engen Fokus auf die Leistungserbringung und den sich daraus ergebenden Anspruch auf ein Einkommen. Honorar- bzw. Gebührenordnungen stellen daher i.d.R. Leistungsverzeichnisse oder abschließende Leistungskataloge mit zugeordneten Preisen dar. Die Honorierung im Bereich der ambulanten Versorgung setzt auf der Ebene der Leistungserbringung der einzelnen Ärztin bzw. Ärzte an, für welche sie bzw. er als Gegenleistung ein Honorar erhält. Das Honorarsystem beschreibt also Regelungen, welche die direkt an die Ärztinnen und Ärzte gehenden Zahlungen als Gegenwert erbrachter Leistungen betreffen. Im Bereich der GKV erhält der Arzt diese von der KV, im privatärztlichen Bereich direkt von den Patienten.

Das Vergütungssystem stellt hingegen einen umfassenderen Begriff dar, der die Gesamtheit aller Regelungen zur Vergütung ärztlicher Leistungen umfasst, also z.B. auch die Zahlungen der Krankenkassen an die KVen. Des Weiteren fallen unter das Vergütungssystem auch Aspekte, welche die Leistungserbringer nur indirekt betreffen und nicht in direktem Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen. Hierunter fallen z.B. mengensteuernde Regelungen wie die Budgetierung der Gesamtvergütung, welche unabhängig von der zugrundeliegenden Honorarordnung ausgestaltet werden kann. Diese Unterscheidung ist vor allem im Kontext des zweistufigen Systems der ambulanten ärztlichen Vergütung in der GKV relevant und stellt somit keine allgemeingültige Abgrenzung dar. Bei Abwesenheit derartiger Regelungen kann das Vergütungssystem deckungsgleich mit dem Honorarsystem sein, ohne dass eine Differenzierung notwendig wird.

## Vergütungsformen

Zur Vergütung der ärztlichen Leistungserbringung kommen verschiedene Formen in Betracht, welche die Auszahlung der Vergütung jeweils an unterschiedliche Voraussetzungen binden. Als grobe Kategorien kann zwischen dem *Gehalt*, der *Einzeleistungsvergütung* (Fee-for-service), *Leistungskomplexen*, *diagnosebezogenen Fallpauschalen*, *Bundled Payments*, *Kopfpauschalen* (Capitation) sowie der *qualitätsorientierten Vergütung* (Pay-for-Performance) unterschieden werden. Abhängig von der konkreten Ausgestaltung und Implementierung gibt es zumeist Überschneidungen; die ärztliche Vergütung basiert i.d.R. nicht auf einer einzigen Reinform.

## Vertragsärztliche Leistungserbringer

(s. auch *Vertragsärztliche Versorgung*)

Vertragsärztliche Leistungserbringer sind nicht nur niedergelassene Ärzte (Vertragsärzte), sondern auch Psychotherapeuten (Vertragspsychotherapeuten), *Medizinische Versorgungszentren* sowie Ärzte und Einrichtungen, die aufgrund einer *Ermächtigung* an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Nicht-ärztliche Psychotherapeuten sind Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Zugelassene Ärzte und/oder Psychotherapeuten können sich außerdem zu einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) – früher als Gemeinschaftspraxis bezeichnet – zusammenschließen (§ 33 Abs. 2 Ärzte-Zulassungsverordnung). Sie werden dann, wie auch MVZ, im Verhältnis zur KV als nur ein Leistungserbringer behandelt.

## Vertragsärztliche Versorgung

Die vertragsärztliche Versorgung lässt sich von anderen Versorgungsformen innerhalb der GKV in sachlicher (objektiver) und/oder in personeller (subjektiver) Hinsicht abgrenzen.

In sachlicher Hinsicht gibt der Katalog in § 73 Abs. 2 Satz 1 SGB V vor, welche Leistungsbereiche zur vertragsärztlichen Versorgung zählen. Dies sind:

- ärztliche Behandlung,
- Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
- Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- Verordnung häuslicher Krankenpflege,
- Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275 SGB V) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
- medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1 SGB V,

- ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b SGB V (Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation),
- Verordnung von Soziotherapie,
- Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V,
- Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach § 37b SGB V.

Fakultativ können einbezogen werden

- weitere Maßnahmen der Vorsorge- und Rehabilitation (§ 73 Abs. 3 SGB V),
- Schutzimpfungen (§ 132e, § 20i SGB V).

Die vertragsärztliche Versorgung erstreckt sich somit nicht nur auf die Behandlung durch (Vertrags-)Ärztinnen und Ärzte, sondern schließt auch die ärztliche Verordnung von Leistungen weiterer Leistungserbringer, wie etwa Krankenhäusern, Apotheken oder Pflegediensten, ein. Das Tätigwerden dieser weiteren Leistungserbringer zählt indes nicht mehr zur vertragsärztlichen Versorgung. Erkennbar ist ferner, dass vertragsärztliche Versorgung nicht erst bei Vorliegen einer Krankheit einsetzt, sondern auch vorgelagerte Stadien und „natürliche“ Zustände wie Schwanger- und Mutterschaft einbezieht.

In personeller Hinsicht bedarf der Begriff „ärztliche Behandlung“ weiterer Differenzierungen: § 73 Abs. 2 Satz 1, erster Spiegelstrich SGB V meint grundsätzlich nicht die ärztliche Behandlung im Krankenhaus, sondern zielt auf die ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte (Vertragsärzte), *Medizinische Versorgungszentren* und Psychotherapeuten. Diese Grobeinteilung wird indes an mehreren Stellen durchbrochen. So gehören zur vertragsärztlichen Behandlung auch

- die ärztliche Behandlung durch *Belegärztinnen und -ärzte* (§ 121 SGB V),
- die Behandlung durch ermächtigte Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Hochschulambulanzen, sozialpädiatrische Zentren, stationäre Pflegeeinrichtungen),
- der organisierte Notdienst (§ 75 Abs. 1b SGB V), auch wenn die Notfallbehandlung im Krankenhaus oder durch nicht zugelassene Ärztinnen und Ärzte erfolgt (nicht aber Leistungen des Rettungsdienstes)
- die Behandlung im Krankenhaus, wenn die *Terminservicestelle* nicht fristgemäß einen ambulanten Behandlungstermin vermitteln kann (§ 73 Abs. 1a Satz 8 SGB V),
- die Behandlung im Krankenhaus oder bei nicht zugelassenen Ärztinnen und Ärzten im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens (§ 27b Abs. 3 SGB V).

Als Faustregel lässt sich formulieren, dass zur vertragsärztlichen Versorgung alles zählt, was unter der zwingenden Beteiligung der KV durchgeführt wird (Bäune 2018, Rn. 15). Die Behandlung durch bestimmte ermächtigte Einrichtungen (z.B. Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren) nehmen insofern eine Sonderstellung ein, weil nach § 120 Abs. 2 SGB V für sämtliche Vergütungsfragen keine Beteiligung der KV vorgesehen ist und diese dennoch der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sind.

Nicht von der vertragsärztlichen Versorgung umfasst sind demgegenüber (s.a. BT-Drucksache 17/6764, S. 26.)

- die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, auch wenn Vertragsärztinnen und -ärzte daran mitwirken (§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V),

- ambulante Operationen, soweit sie vom Krankenhaus durchgeführt werden (§ 115b Abs. 2 Satz 4 SGB V),
- die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V),
- die sog. Selektivverträge nach §§ 63 ff. SGB V (*Modellvorhaben*), § 73b SGB V (*hausarztzentrierte Versorgung*), § 137f SGB V (*strukturierte Behandlungsprogramme*, soweit sie außerhalb des kollektivvertraglichen Systems durchgeführt werden) und § 140a SGB V (*besondere Versorgung*, mit Ausnahme der Strukturverträge).

### **Wahlleistungen**

Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG) sind in Abgrenzung von den allgemeinen Krankenhausleistungen solche Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patientin bzw. des Patienten nicht notwendig sind. Unterschieden werden wahlärztliche Leistungen, z.B. die Behandlung durch den Chefarzt oder andere Krankenhausärzte (Wahlärzte), sonstige medizinische Wahlleistungen (vgl. § 17 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG), z.B. die Durchführung einer vom Leistungskatalog der Krankenkasse, der Beihilfe oder der PKV nicht umfassten Untersuchung, und sonstige Wahlleistungen, z.B. die Unterbringung im Einzelzimmer. Bei der wahlärztlichen Leistung wird typischerweise die sachliche Leistung, z.B. eine bestimmte Operation, vom Krankenhaus als allgemeine, d.h. notwendige Leistung geschuldet, der Patient wählt nur den ausführenden Arzt.

# Anhang

Anhang A – Ziele der Selbstverwaltung für die Weiterentwicklung des EBM	XXXII
Anhang B – Tabellen	XXXIII
Anhang C – Abbildungen	XXXVII
Anhang D – Musterpatientinnen und -patienten	XLVI
Anhang E – Erläuterungen zu den im Bericht verwendeten Daten	LV



## Anhang A – Ziele der Selbstverwaltung für die Weiterentwicklung des EBM

Folgende Ziele wurden 2012 durch die Selbstverwaltung für die Weiterentwicklung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) abgestimmt (BA 2012b):

- a. Eine am Versorgungsbedarf der Versicherten und am vertragsärztlichen Leistungsgeschehen orientierte Weiterentwicklung der Leistungsbeschreibung.
- b. Die Abrechnung der Leistungen nach EBM soll unter Beachtung bestehender ärztlicher Dokumentationspflichten soweit wie möglich entbürokratisiert werden.
- c. Ein auf dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik basierender Leistungskatalog.
- d. Vergütung des tatsächlichen Ressourcenverbrauchs bei bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Leistungserbringung.
- e. Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung und der fachärztlichen Grundversorgung.
- f. Beibehaltung des hohen Qualitätsniveaus unter Berücksichtigung der notwendigen Qualitätsstandards.
- g. Einführung von nach Behandlungsanlässen und nach Alter differenzierten Versicherten- und Grundpauschalen, ggf. differenziert nach Patienten, die erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird. Ausgliederung notwendiger Einzelleistungen.
- h. Berücksichtigung unterschiedlicher Zielsetzungen haus- und fachärztlicher Versorgung bei Bewertung und Pauschalierungsgrad der Leistungen.
- i. Kurze Wartezeiten bei besonderen Behandlungsanlässen (in Ergänzung zu Regelungen nach § 75 Abs. 1 Satz 4 SGB V).
- j. Erhöhung der Honorargerechtigkeit zwischen und innerhalb der Arztgruppen.
- k. Weiterentwicklung der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmethode des EBM mit dem Ziel einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Leistungserbringung.
- l. Berücksichtigung der Verantwortung von Vertragsärzten für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Veranlassung von Leistungen.

## Anhang B – Tabellen

Tabelle B 1: Übersicht der Ermächtigungstatbestände

Vorschrift (SGB V)	Adressat	Ermächtigung	Abrechnung (SGB V)
§ 116	stationär tätige Ärzte	ist bei bestehendem Bedarf zu erteilen	§ 120 Abs. 1
§ 116a	Krankenhaus	ist bei bestehendem Bedarf zu erteilen	§ 120 Abs. 1
§ 117 Abs. 1	medizinische Hochschulambulanz	besteht kraft Gesetzes	§ 120 Abs. 2
§ 117 Abs. 2	psychologische Hochschulambulanz	besteht kraft Gesetzes	§ 120 Abs. 2
§ 117 Abs. 3	Ambulanz an Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz	besteht kraft Gesetzes	§ 120 Abs. 2
§ 118 Abs. 1	psychiatrisches Krankenhaus	ist ohne Bedarfsprüfung zu erteilen	§ 120 Abs. 2
§ 118 Abs. 2	Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischer Abteilung	besteht kraft Gesetzes	§ 120 Abs. 2
§ 118 Abs. 3	psychosomatisches Krankenhaus/Abteilung	besteht kraft Gesetzes	§ 120 Abs. 2
§ 118 Abs. 4	„Außenstellen“ der Krankenhäuser nach I/II	ist bei bestehendem Bedarf zu erteilen	§ 120 Abs. 2
§ 118a	geriatrische(s) Abteilung/Krankenhaus; Krankenhausarzt	ist bei bestehendem Bedarf zu erteilen	§ 120 Abs. 1
§ 119	sozialpädiatrische Zentren	ist bei bestehendem Bedarf zu erteilen	§ 120 Abs. 2
§ 119a	Einrichtungen der Behindertenhilfe	ist bei bestehendem Bedarf zu erteilen	§ 120 Abs. 1
§ 119b	stationäre Pflegeeinrichtung	ist bei bestehendem Bedarf zu erteilen	§ 120 Abs. 1
§ 119c	med. Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung	ist bei bestehendem Bedarf zu erteilen	§ 120 Abs. 2
§ 31 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV	Ärzte/Einrichtungen	kann bei bestehendem Bedarf erteilt werden	§ 120 Abs. 1
§ 31 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV	Ärzte/Einrichtungen zur Versorgung von Empfängern nach § 2 AsylbLG	ist ohne Bedarfsprüfung zu erteilen	§ 120 Abs. 1
§ 31a Ärzte-ZV	Ärzte in Einrichtungen	ist bei bestehendem Bedarf zu erteilen	§ 120 Abs. 1

Blaue Schrift kennzeichnet den Krankenhausbereich. Abrechnungen über § 120 Abs. 1 SGB V erfolgen über die KV aus der Gesamtvergütung, über § 120 Abs. 2 SGB V direkt mit der Krankenkasse. Weitere Ermächtigungen können nach § 5 ff BMV-Ä erteilt werden (vgl. die Übersicht bei Ladurner 2017, § 31 Ärzte-ZV, Rn. 4 f). Eine Übersicht über ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus findet sich in BT-Drucksache 18/8847, S. 6.

Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle B 2: Die Beteiligung der Privaten Krankenversicherung an Entscheidungen/Aufgabenerfüllung nach dem SGB V**

Vorschrift	Regelungsgegenstand	Art der Beteiligung	Modalitäten
		<b>Pflichtaufgabe</b>	
§ 219d Abs. 1	Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	PKV stellen Nationaler Kontaktstelle Informationen zur Verfügung	Pflichtaufgabe
		<b>Beteiligung zwingend</b>	
§ 25a Abs. 2	Richtlinie des G-BA über die Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme für Früherkennungsuntersuchungen	Beteiligung des PKV-V an Erlass der Richtlinie	Beteiligung ist zwingend Art der Beteiligung gesetzlich nicht vorgegeben; lt. Gesetzesbegründung: „Mitberatungsrecht ohne Stimm- und Antragsrecht entsprechend der Regelung in § 137 Abs. 1 Satz 3“
§ 75a Abs. 5	Förderung der ärztlichen Weiterbildung	Einvernehmen des PKV-V zum Vertrag zw. KBV, GKV-SV und DKG über Umfang und Durchführung der Förderung	Beteiligung ist zwingend
§ 113 Abs. 1	Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung	Zustimmung zur Einleitung der (fakultativen) Prüfung sowie der Bestimmung der Prüferin/des Prüfers	Beteiligung des Landesausschusses des PKV-V ist zwingend
§ 115a Abs. 3	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	Vereinbarung der Vergütung auf Landesebene mit KK(verbänden) und Krankenhäusern	Beteiligung des Landesausschusses des PKV-V ist zwingend
§ 115d Abs. 2 und 4	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	Vereinbarung zahlreicher Leistungsmodalitäten durch PKV-V mit GKV-SV und DKG; Vorlage eines Berichts an BMG u.a. durch PKV-V	Beteiligung ist zwingend
§ 130b Abs. 1, 4 und 10	Vereinbarungen zwischen GKV-SV und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für einer Nutzenbewertung unterzogenen Arzneimittel	Herstellung des Benehmens des PKV-V mit GKV-SV; Gelegenheit für PKV-V zur Stellungnahme durch Schiedsstelle; Vereinbarung des PKV-V mit GBA, GKV-SV und IQWiG über Kostenerstattung durch PKV für Verfahren nach § 35a, § 35b und § 130b Abs. 4.	Beteiligung ist zwingend

§ 132g Abs. 3	Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Gelegenheit für PKV-V zur Stellungnahme zur Vereinbarung zw. GKV-SV und Vereinigungen der Träger das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung	Beteiligung ist zwingend
§ 136 Abs. 3	Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung	Beteiligung des PKV-V durch G-BA an Richtlinien	Beteiligung ist zwingend Art der Beteiligung gesetzlich nicht vorgegeben und auch aus Gesetzesbegründung nicht zu entnehmen
§ 136b Abs. 1	Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus	Beteiligung des PKV-V durch G-BA an Beschlüssen	Beteiligung ist zwingend Art der Beteiligung gesetzlich nicht vorgegeben und auch aus Gesetzesbegründung nicht zu entnehmen
§ 137a Abs. 7	IQTIG	Beteiligung des PKV-V an der Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen.	Beteiligung ist zwingend Art der Beteiligung gesetzlich nicht vorgegeben; lt. Gesetzesbegründung Mitwirkung in Arbeitsgruppen und/oder Stellungnahmerecht bei der Entwicklungsarbeit mögl.
§ 137i Abs. 1	PpUG in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern	Herstellung des Benehmens des PKV-V mit GKV-SV und DKG bei Überprüfen/Weiterentwickeln der PpUG	Beteiligung ist zwingend
§ 137j Abs. 1	Pflegepersonalquotienten	Herstellung des Benehmens des PKV-V mit GKV-SV und DKG über Höhe und Ausgestaltung von Sanktionen, wenn Pflegepersonalquotient gesetzliche Untergrenze unterschreitet	Beteiligung ist zwingend
		<b>Beteiligung bedingt zwingend</b>	
§ 20e Abs. 1	Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie	PKV-V erhält einen von insgesamt 9 stimmberechtigten Sitzen in der Nationalen Präventionskonferenz	unter der Bedingung einer angemessenen finanziellen Beteiligung

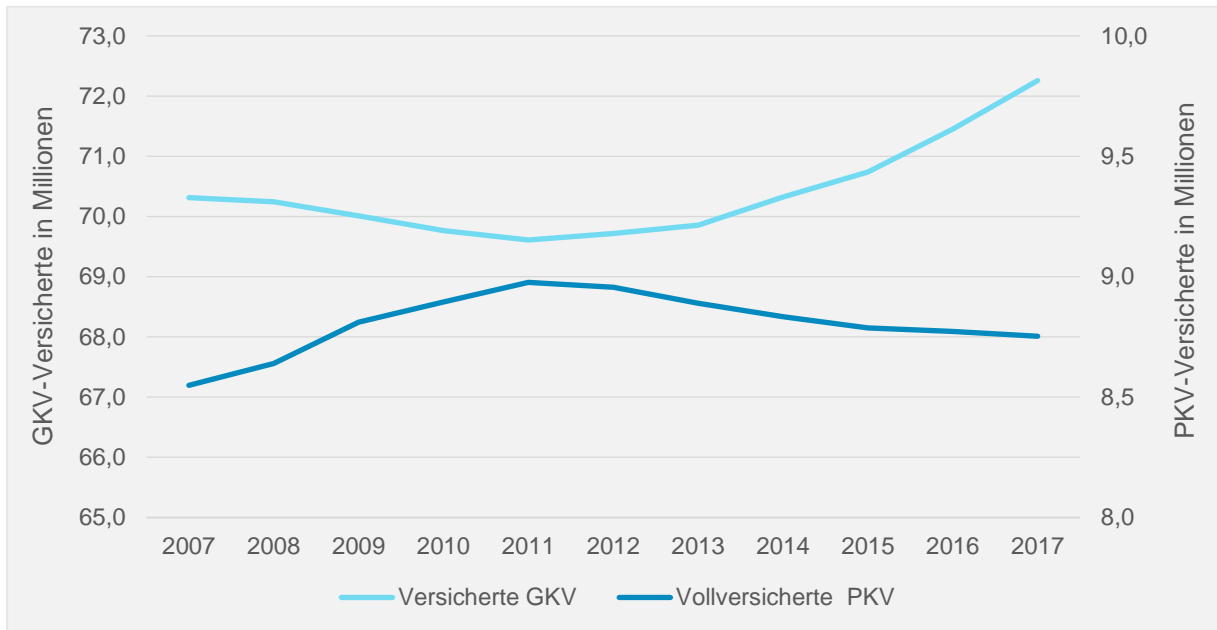
§ 65b Abs. 1	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung	Mitgliedschaft des PKV-V im Beirat, der BBP und GKV-SV bei Vergabe der Fördermittel und während Förderphase	unter der Bedingung einer angemessenen finanziellen Beteiligung der PKV
§ 65c Abs. 3 und 4	klinisches Krebsregister	Beteiligung des PKV-V an Erarbeitung der Fördervoraussetzungen; Mitwirkung des PKV-V an Vereinbarung der Höhe der Krebsregisterpauschale und der Meldevergütung	nur bei Zahlung der Krebsregisterpauschale bzw. bei Erstattung der Meldevergütung durch PKV
		<b>Beteiligung vom Gesetzgeber erwartet</b>	
§ 75a Abs. 5	Förderung der ärztlichen Weiterbildung	finanzielle Beteiligung der PKV an Förderkosten	nicht verpflichtend, aber Erwartung des Gesetzgebers
		<b>fakultativ</b>	
§ 64b Abs. 3	Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen	Beteiligung auch an Finanzierung des Modellvorhabens	fakultativ für einzelne PKV oder PKV-V
§ 65d Abs. 4	Förderung besonderer Therapierichtungen	Beteiligung an Modellvorhaben und ihrer Finanzierung für PKV und PKV-V	fakultativ Art der Beteiligung gesetzlich nicht vorgegeben
§ 75 Abs. 3b	Vergütung der ärztlichen Leistungen für Privatversicherte im Standard-, Basis- und Notlagentarif	Verträge des PKV-V und der Beihilfeträger mit KBV bzw. den Leistungserbringern nach § 115b, § 116b - § 119	fakultativ
§ 291a Abs. 1a	eGK und Telematikinfrastruktur	Ausgabe einer eGK an eigene Versicherte durch PKV	fakultativ
§ 291b Abs. 2	Gesellschaft für Telematik	Beitritt des PKV-V als Gesellschafter	fakultativ
§ 293 Abs. 5	bundeseinheitliches Apothekenverzeichnis	Weitergabe des Verzeichnisses durch die – von PKV und Beihilfeträgern gebildete – zentrale Stelle nach § 2 AMRabG an PKV-V zur Geltendmachung der Rabattforderungen gegenüber pharmazeutischen Unternehmen	fakultativ

AMRabG = Gesetz über Rabatte für Arzneimittel, BBP = Beauftragte/r der Bundesregierung für Patientinnen und Patienten, eGK = elektronische Gesundheitskarte, IQTIG = Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, PpUG = Pflegepersonaluntergrenzen

Quelle: Eigene Darstellung

## Anhang C – Abbildungen

Abbildung C 1: Entwicklung der Versichertenzahlen in der PKV und GKV seit dem Jahr 2007

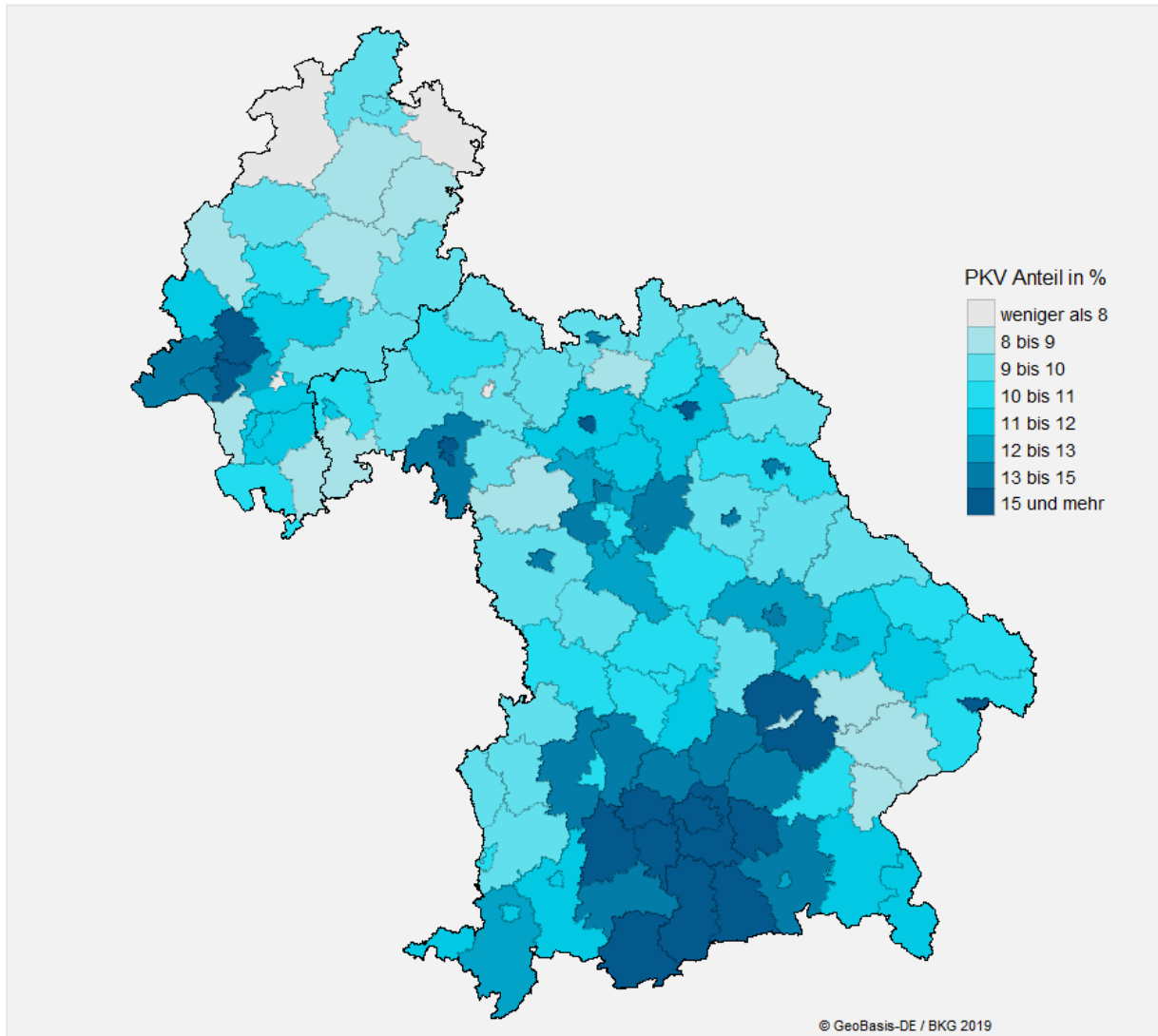


Stichtag bei der GKV ist der 1.7. und bei der PKV der 31.12. eines Jahres.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2019c); PKV-Verband (2018b)

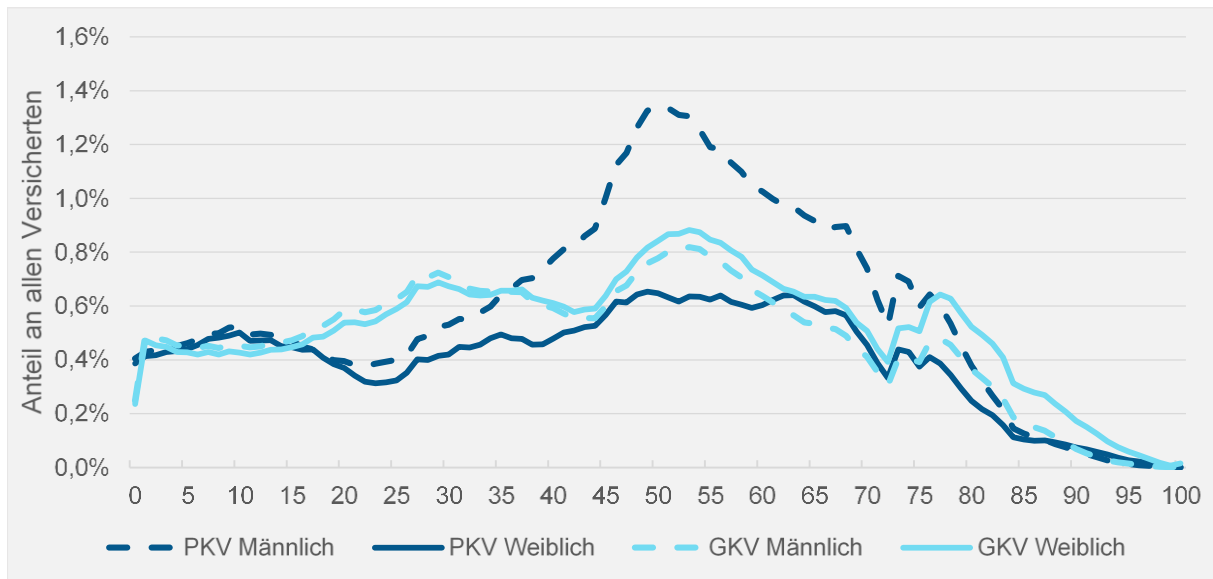


Abbildung C 2: Anteil der PKV-Versicherten an allen Einwohnerinnen und Einwohnern nach Kreisen in Bayern und Hessen im Jahr 2017



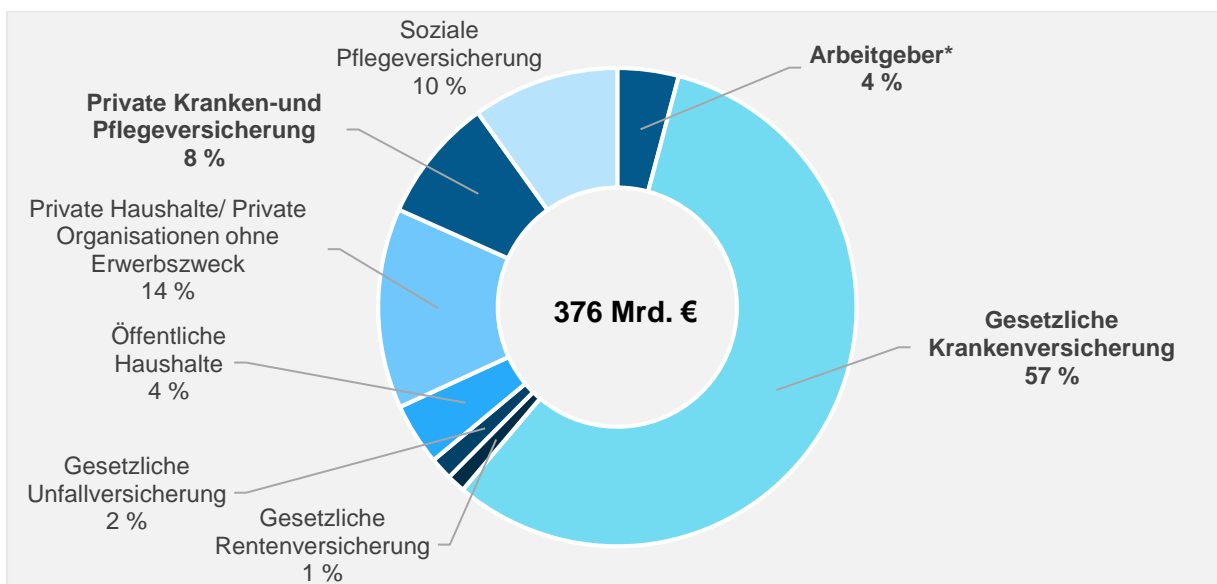
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von PKV-Verband (2019)

**Abbildung C 3: GKV- und PKV-Versichertenanteile jeweils nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017**



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BaFin (2018); BVA (2018a)

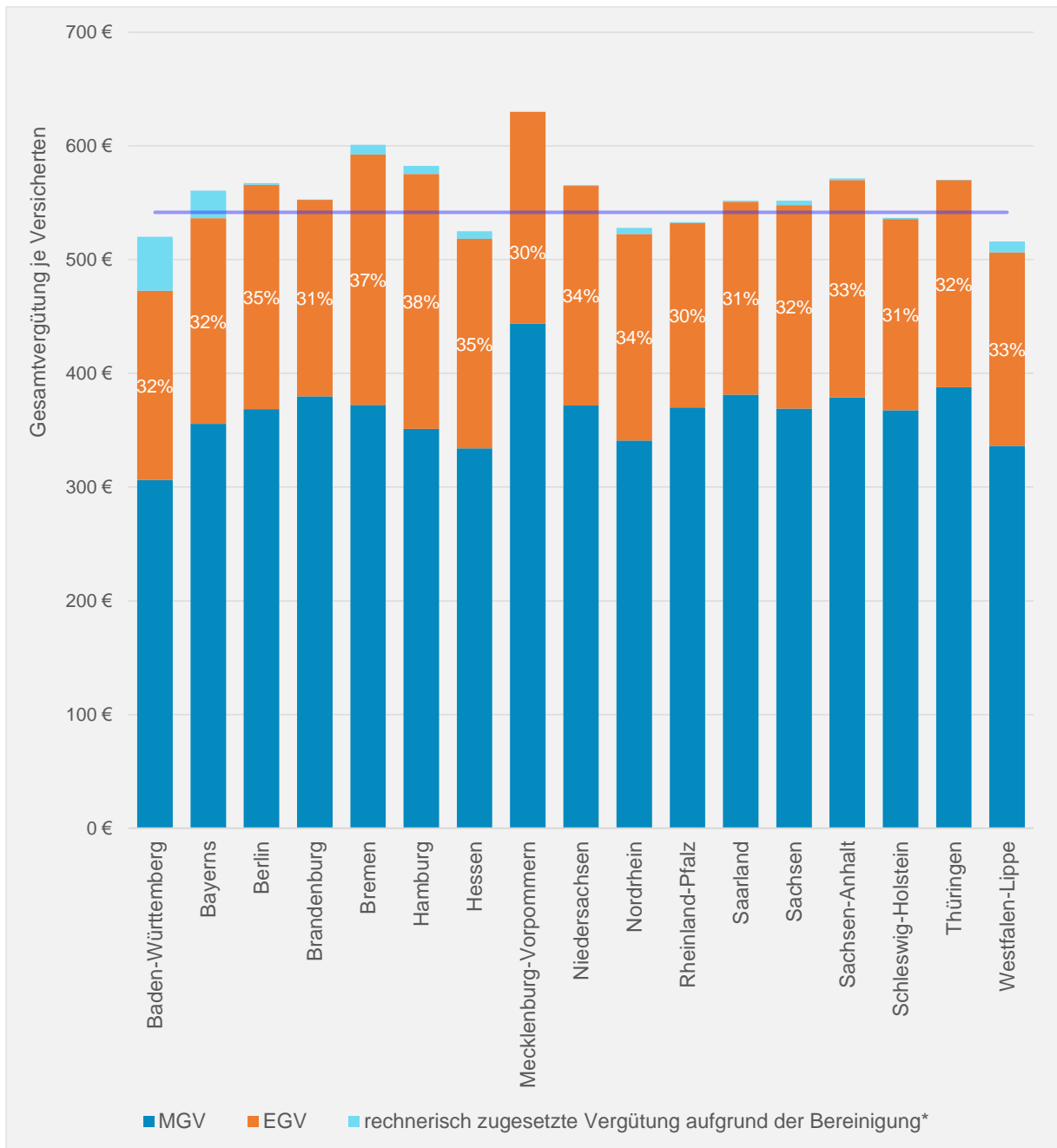
**Abbildung C 4: Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung im Jahr 2017**



\* Unter Arbeitgeber werden neben der betrieblichen Gesundheitsförderung auch die Beihilfeausgaben subsummiert. Diese stehen mit etwa 14 Mrd. € für den Großteil (>90 %) der dort zugeordneten Ausgaben.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2019b)

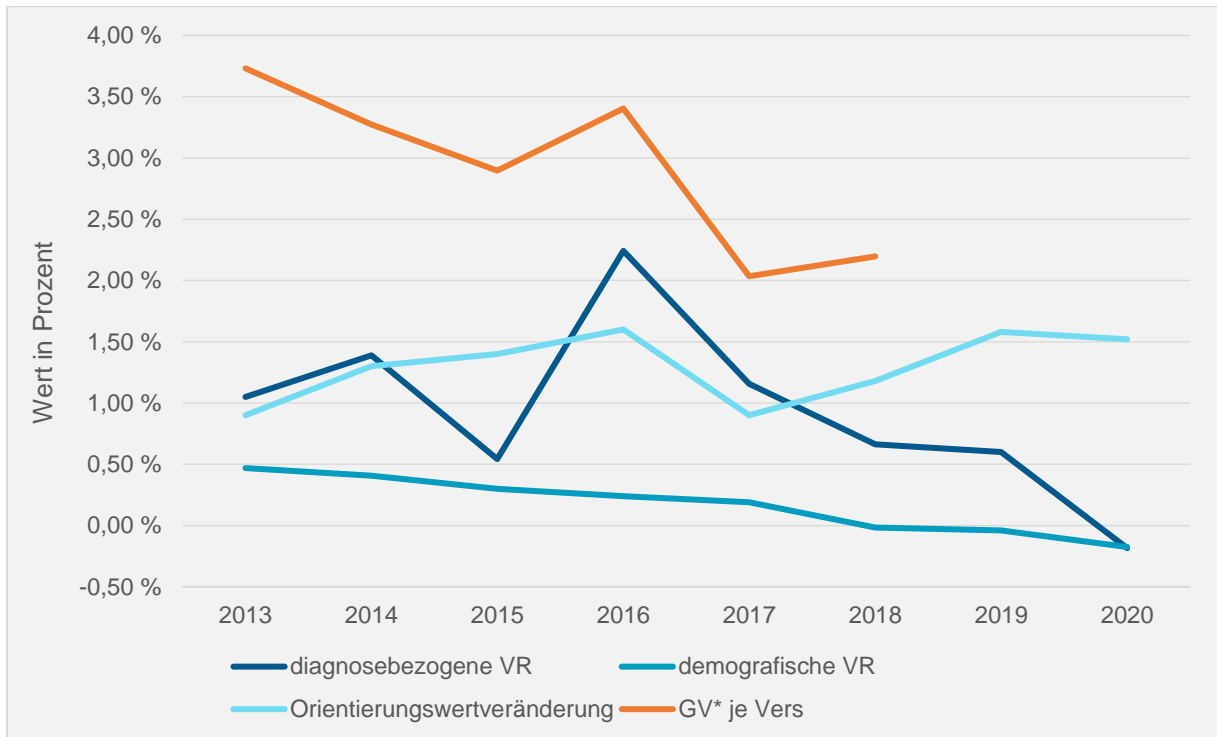
Abbildung C 5: Gesamtvergütung je Versicherten im Jahr 2017 und EGV-Anteil



\* Da in den Abrechnungsdaten die Versorgung, welche in Selektivverträgen erfolgt, nicht mehr enthalten ist und dies die Daten im Zeitverlauf sowie zwischen den KVen verzerrt, wurden die Vergütungsanteile der Selektivverträge (die „Bereinigung“) rechnerisch wieder hinzugefügt. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland wurden in den Versichertenzahlen keiner KV zugeordnet und nur im Bundesdurchschnitt (blaue Linie) berücksichtigt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2019c); InBA (2019)

**Abbildung C 6: Entwicklung des Orientierungswertes und der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate seit dem Jahr 2013 sowie die Veränderung der Gesamtvergütung je Versicherten in den Jahren 2013 bis 2018**



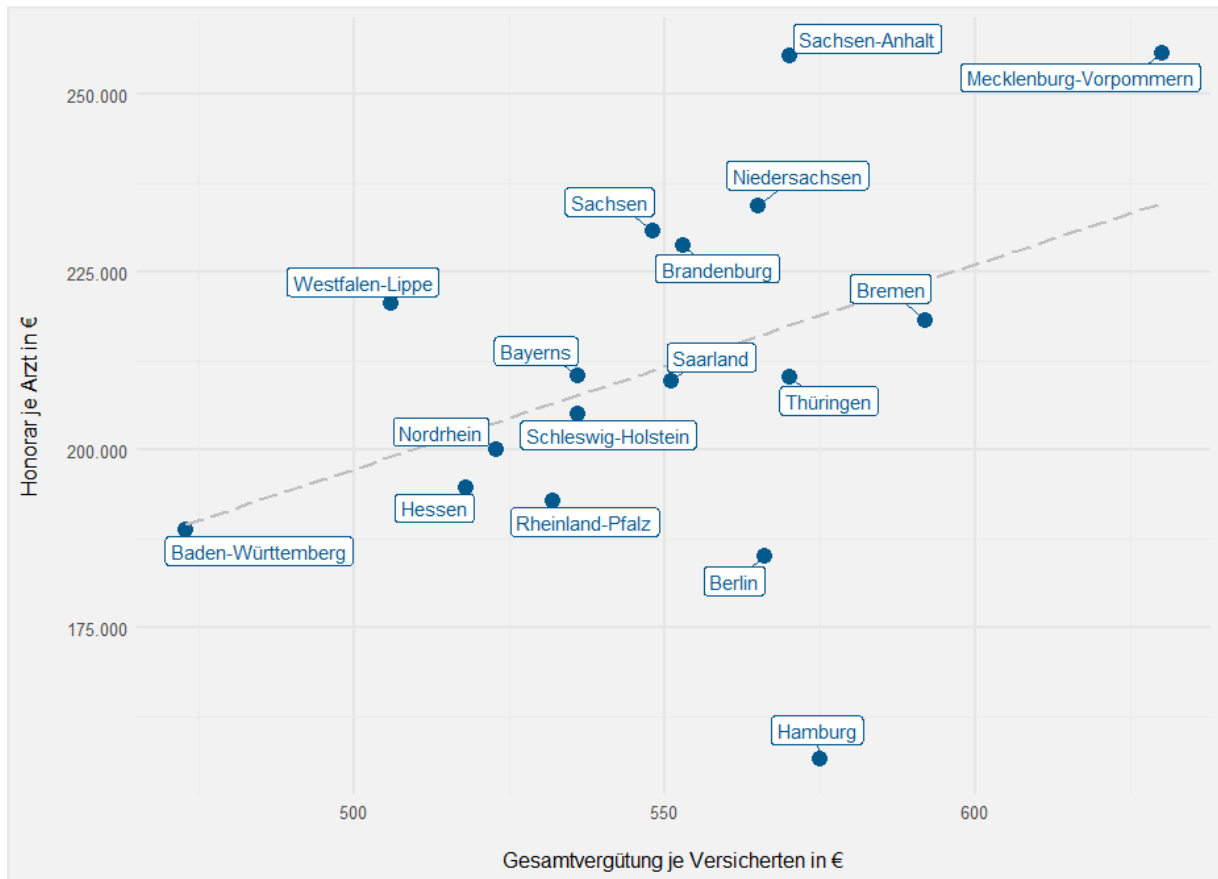
VR = Veränderungsrate, GV = Gesamtvergütung.

Die diagnosebezogene und die demographische Veränderungsrate ergeben sich als versichertengewichteter Durchschnitt der regionalen Raten. Beide Raten werden bei der Fortentwicklung der Gesamtvergütung gewichtet, nicht addiert.

\* Da in den Abrechnungsdaten die Versorgung, welche in Selektivverträgen erfolgt, nicht mehr enthalten ist und dies die Daten im Zeitverlauf sowie zwischen den KVen verzerrt, wurden die Vergütungsanteile der Selektivverträge (die „Bereinigung“) rechnerisch wieder hinzugefügt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2019c); InBA (2019) und verschiedenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses

**Abbildung C 7: Verhältnis von Gesamtvergütung je Versicherten zu (GKV-)Honorar je Ärztin bzw. Arzt im Jahr 2017**

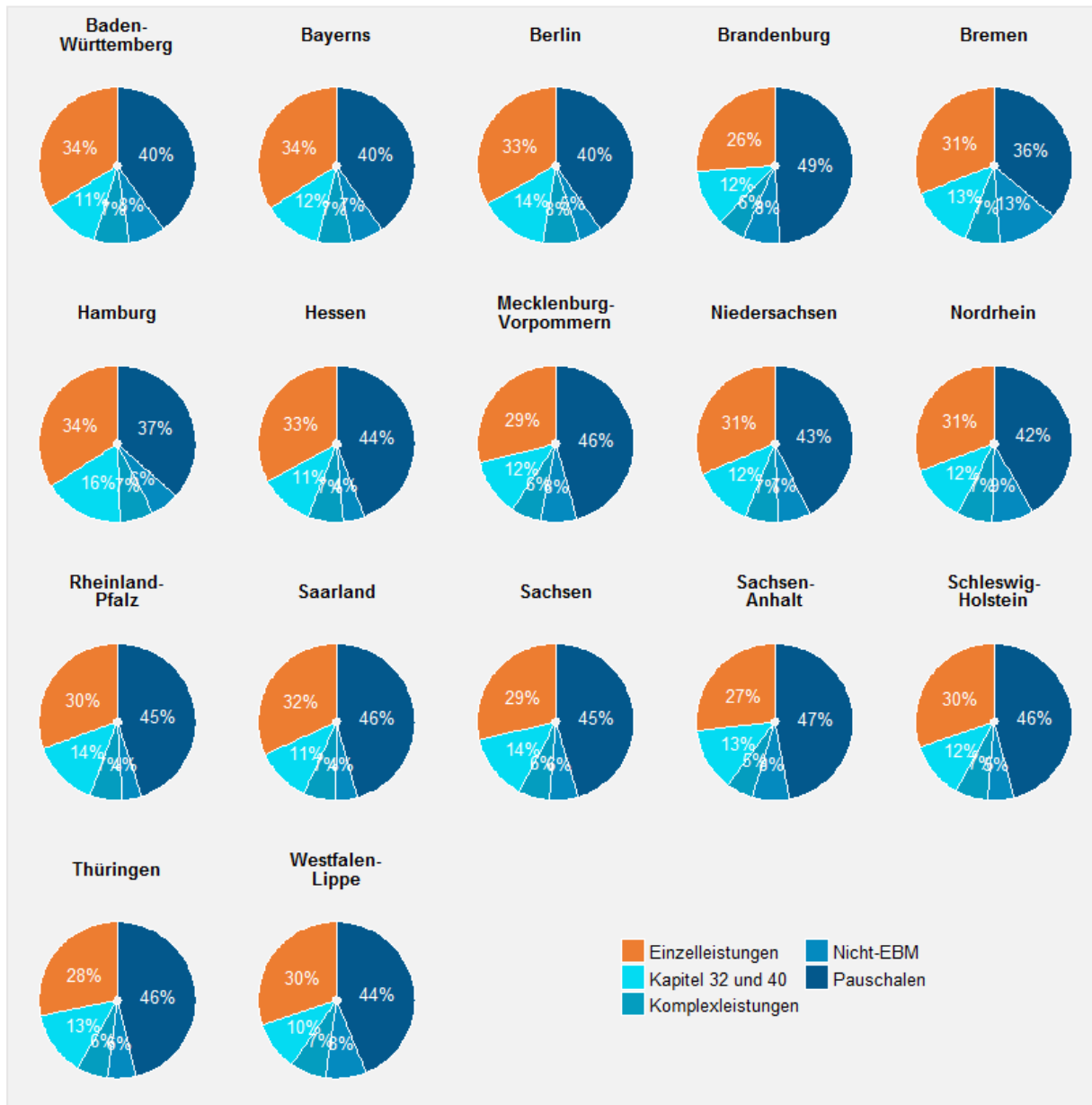


Die auffällige Situation Hamburgs liegt in verschiedenen Faktoren begründet. Hervorzuheben ist die hohe Arztdichte, welche dazu führt, dass die Vergütung unter sehr vielen Ärztinnen und Ärzten verteilt wird. Des Weiteren ist der Anteil der Privatpatientinnen und -patienten in Hamburg sehr hoch.

\* In Bayern und Baden-Württemberg erfolgt ein relativ hoher Anteil der ambulanten Versorgung in Selektivverträgen. Die Ausgaben dafür sind in dieser Abbildung weder in den Honoraren noch in der Gesamtvergütung enthalten.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2019c); InBA (2019)

Abbildung C 8: Regionale Unterschiede in den prozentualen Anteilen der GOP-Arten im Jahr 2017

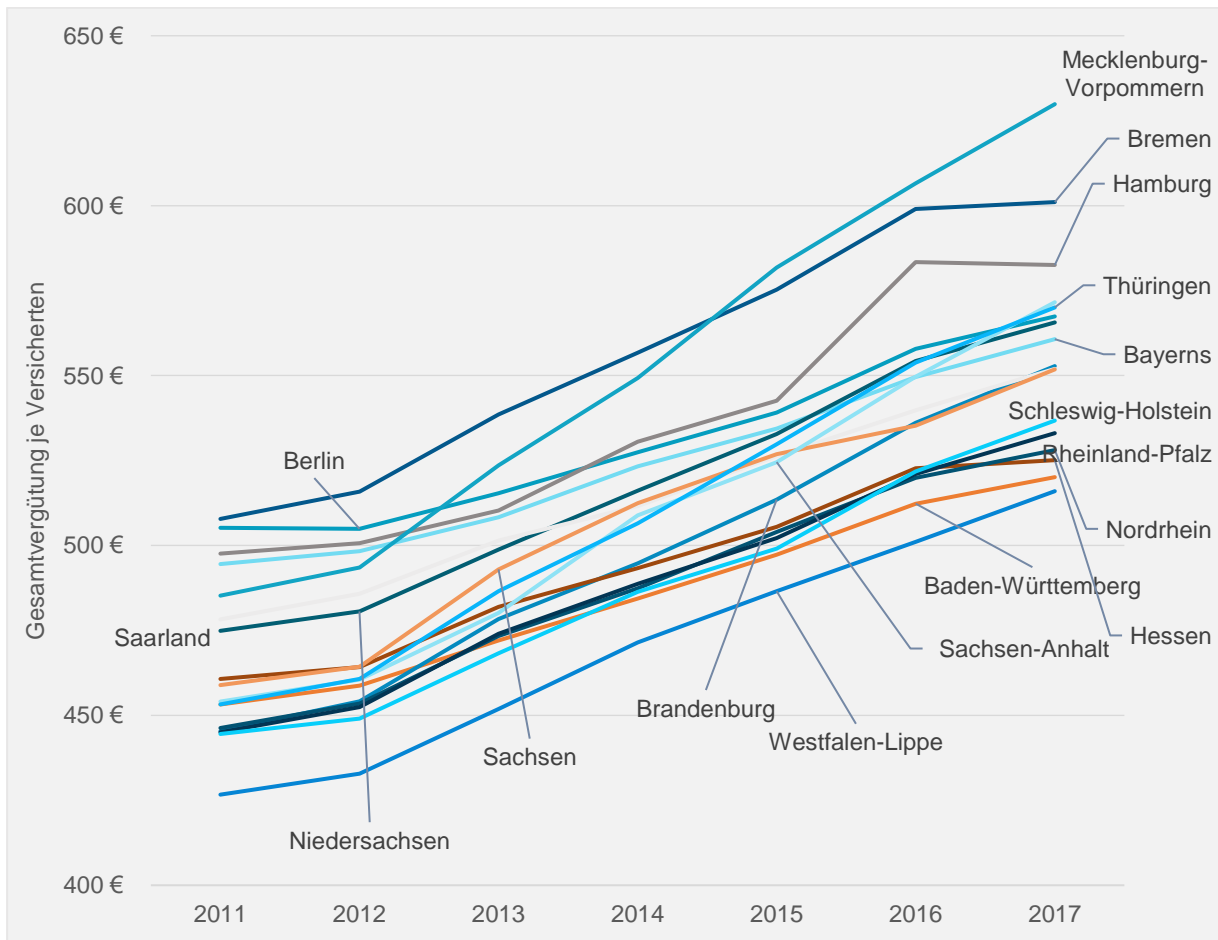


Der GOP-Typ „Pauschalen“ umfasst alle im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) definierten Pauschalen (Versicherten-, Grund-, Konsiliar-, Zusatz- und Chronikerpauschalen) sowie Zuschläge zu diesen Pauschalen (inklusive Zuschlägen für das Erstellen eines Medikationsplans) und Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung. Die Differenzierung zwischen Einzel- und Komplexleistungen ist nicht eindeutig definiert. Komplexleistungen werden hier als Leistungen definiert, (die keine Pauschalen sind und) deren Abrechnungsbestimmungen sich auf den Behandlungsfall, Krankheitsfall, Zyklusfall oder die Behandlungswoche beziehen oder die den Begriff „Komplex“ in der Leistungsbezeichnung haben. Außerdem werden zu den Komplexleistungen alle Zuschläge zu diesen so definierten Komplexleistungen zugeordnet. Kapitel 32 und 40 enthalten direkt in Euro bewertete Leistungen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von InBA (2019)



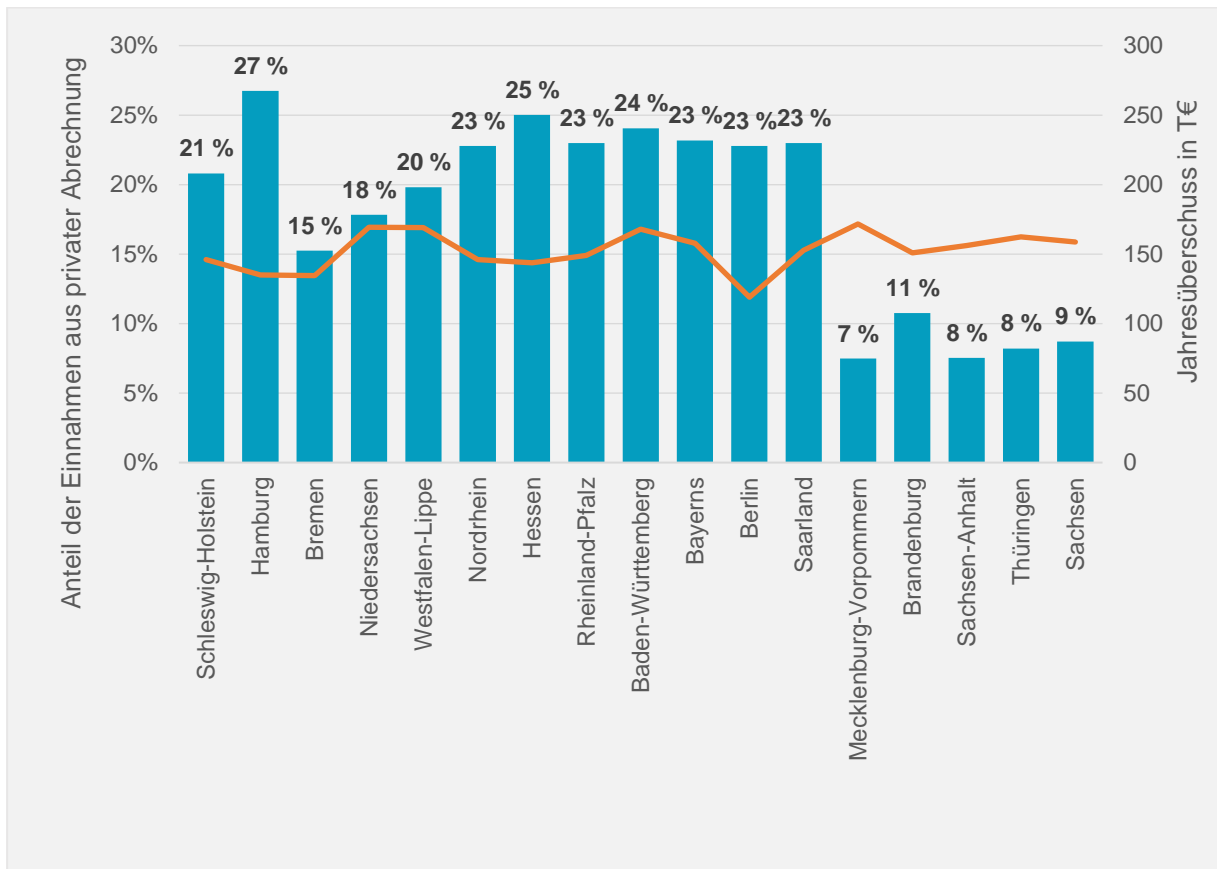
Abbildung C 9: Gesamtvergütung je Versicherten nach KVen seit dem Jahr 2011



Da in den Abrechnungsdaten die Versorgung, welche in Selektivverträgen erfolgt, nicht mehr enthalten ist und dies die Daten im Zeitverlauf sowie zwischen den KVen verzerrt, wurden die Vergütungsanteile der Selektivverträge (die „Bereinigung“) rechnerisch wieder hinzugefügt. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland wurden in den Versichertenzahlen keiner KV zugeordnet.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2019c); InBA (2019)

**Abbildung C 10: Anteil der Einnahmen aus privatärztlicher Abrechnung an allen Einnahmen nach KV im Jahr 2016**



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2019b)

## Anhang D – Musterpatientinnen und -patienten

Die Darstellungen und Berechnungen der Musterpatientinnen und -patienten entstammen WIG2/Living Business AG (2019). Der Text wurde z.T. überarbeitet.

Für die Bewertung der Leistungen der Musterpatientinnen und -patienten wurden folgende Annahmen getroffen:

- Die Preise werden nach EBM (zum Orientierungswert) und nach GOÄ berechnet.
- Die mengenbeschränkenden Volumina in der vertragsärztlichen Versorgung (EBM) sind in den Beispielen nicht ausgeschöpft. Dementsprechend können die ärztlichen Leistungen zu vollen Preisen des EBM abgerechnet werden.
- Alle Leistungen pro Musterpatientin bzw. Musterpatient finden innerhalb eines Behandlungsfalls nach GOÄ und damit zwingend innerhalb eines Behandlungsfalls nach EBM statt. Erfolgt eine Behandlung über einen längeren Zeitraum ist dies explizit in der Beschreibung der Musterpatientin bzw. des Musterpatienten festgehalten
- Die Abrechnung nach GOÄ erfolgt mindestens mit den zum Schwellenwert gesteigerten Gebühren. Abweichungen hiervon werden ebenfalls explizit erwähnt und erläutert.
- Es werden die zum Endpreis gerundeten Preise verwendet.
- Eventuelle Gespräche zur Anamnese dauern mindestens 10 Minuten.
- Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte haben für alle qualitätsgesicherten Leistungen eine Abrechnungsgenehmigung der KV.
- Sachkosten für Materialien werden weder nach EBM noch nach GOÄ mitberücksichtigt

Die Bewertung der Kosten der Musterpatientinnen und -patienten findet in Tabellenform statt. Dabei befindet sich in der ersten Spalte jeweils die Leistung. Grün hinterlegt sind dann die entsprechenden GOP laut EBM nebst Bewertung und blau hinterlegt sind die Bewertungen der LP nach GOÄ.

## Musterpatient 1

Folgende weitergehende Annahmen liegen für den Musterpatienten 1 zu Grunde:

- 50-jähriger Patient ohne wesentliche Vorerkrankungen kommt mit Oberbauchbeschwerden in die Hausarztpraxis
- Als Behandlungsablauf ergibt sich:  
Anamnese, Untersuchung, Sonographie aller Oberbauchorgane. Laborwerte (Entzündungswerte, LDH, GPT, yGT, Lipase, Billirubin). Stuhlregulierende Maßnahmen. Wiedervorstellung zur Kontrolle. Besserung, aber lokal immer noch Beschwerden mittlerer Oberbauch – erneute Sonographie Leber, Gallenblase, Pankreas. Unklare Raumforderung im Pankreas. Überweisung mit Verdacht auf Pankreaskarzinom.
- Die Laborwerte wurden nicht im eigenen Praxislabor durchgeführt, sondern durch ein externes Labor erbracht.

**Tabelle D 1: Bewertung Musterpatient 1 nach EBM und GOÄ**

Erstvorstellung	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Anamnese	03230	Gespräch 9,74	1	(3,5) Zeit-aufwändige Beratung > 10 Minuten	Beratung	16,32	
Untersuchung	03003	Versichertenpauschale (inkl. Anamnese) 13,20	7	Ä	Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems	21,45	
Sonographie aller Oberbauchorgane	33042	Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe 16,99	410	Ä	Ultraschalluntersuchung eines Organs (Leber)	26,81	
			420 x3	(3,5) Erhöhter Zeitaufwand, Ultraschall von > 4 Organen	Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 weiteren Organen	48,96	
Laborwerte	Blutentnahme in 03003 enthalten 0,00		250	T	Blutentnahme	4,20	
Entzündungswerte	32460	CRP 4,90	3741	L	CRP	13,41	
	32042	BKS, BSG 0,25	3501	L	BKS, BSG	4,02	
LDH	32075	LDH 0,25	3597	L	LDH	2,68	
GPT	32070	GPT 0,25	3595	L	GPT	2,68	
yGT	32071	yGT 0,25	3592	L	yGT	2,68	
Lipase	32073	Lipase 0,40	3598	L	Lipase	3,35	
Bilirubin	32058	Billirubin 0,25	3581	L	Bilirubin	2,68	
Stuhlregulierende Maßnahmen	In 03230 enthalten 0,00		In Beratung nach GOÄ Nr. 1 enthalten			0,00	
Summe Kosten erster Besuch	46,48					149,24	
Zweitbesuch	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Kontrolluntersuchung	In 03003 enthalten 0,00		1 Beratung nicht berechnungsfähig – 1 nur 1x im Behandlungsfall neben Sonderleistungen				0,00
			5	Ä	Symptombezogene Untersuchung	10,72	
Sonographie Leber, Gallenblase, Pankreas	33042	Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe 16,99	410	Ä	Ultraschalluntersuchung eines Organs (Leber)	26,81	
			420 x2	Ä	Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 weiteren Organen	21,45	

<b>Überweisung</b>	In 03003 enthalten	0,00	Nicht in GOÄ abbildbar	0,00
<b>Summe Kosten zweiter Besuch</b>		<u>16,99</u>		<u>58,99</u>
<b>Summe insgesamt</b>		<u><b>63,47</b></u>		<u><b>208,23</b></u>

Quelle: WIG2/Living Business AG (2019)

## Musterpatient 2

Folgende weitergehende Annahmen liegen für den Musterpatienten 2 zu Grunde:

- Multimorbide (COPD, Epileptikerin) 75-jährige Patientin mit chronischer Niereninsuffizienz G4, Bluthochdruck und Diabetes in der Vorgeschichte. Sie kommt mit akuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes und wässrigen Diarrhoen in die Hausarztpraxis.
- Als Behandlungsablauf ergibt sich:  
Anamnese und Untersuchung – leichte Exsikkose, Blutdruck niedrig. Infusion von 1l Ringerlaktat bei Vorstellung, Reduktion der Blutdruckmedikation. Untersuchung der Laborwerte: Kreatinin, Harnstoff, Natrium, Kalium, Calcium und Phosphat, Glucose, GPT, LDH und  $\gamma$ -GT, CRP und Blutbild. Verschlechterung der Nierenfunktion jetzt Stadium G5, Kaliumanstieg (möglicherweise aber dem längeren Liegen der Probe in der Praxis zuzuordnen) mit 6,1 mmol/l noch nicht im gefährlichen Bereich. Durchführung EKG. Spiegel der Antiepileptika normal. Am nächsten Tag weitere Infusion mit 1 l Ringerlaktat. Am übernächsten Tag Kontrolle der Nierenwerte und des Kaliums - idem. Bei Besserung der Durchfälle und des Allgemeinbefindens Kontrolle der Werte in 3-5 Tagen. Normalisierung.
- Die Laborwerte wurden nicht im eigenen Praxislabor durchgeführt, sondern durch ein externes Labor erbracht. Die EKG-Leistung erfolgt ebenfalls nicht bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt. Die entsprechenden Kosten weiterer Leistungserbringer werden in der Tabelle in grauer Schrift aufgelistet. Für die Bewertung der Musterpatienten wurden als Gesamtsumme jedoch alle Kosten inkludiert.

**Tabelle D 2: Bewertung Musterpatient 2 nach EBM und GOÄ**

Erstvorstellung	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,1	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Anamnese	03230	Gespräch	9,74	1	(3,5) Zeitaufwändige Beratung > 10 Minuten	Beratung	16,32
Untersuchung	03005	Versichertenpauschale ab 76.LJ	22,84	7	Ä	Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems	21,45
Chronikerzuschlag	03220	Zuschlag zur Versichertenpauschale	14,07				
Infusion	In 03005 enthalten		0,00	272	Ä	Infusion > 30 Minuten Dauer	24,13
Laborwerte	Blutentnahme In 03005 enthalten		0,00	250	T	Blutentnahme	4,20
Kreatinin	32066	Kreatinin	0,25	3585	L	Kreatinin	2,68
Harnstoff	32065	Harnstoff	0,25	3584	L	Harnstoff	2,68
Natrium	32083	Natrium	0,25	3558	L	Natrium	2,01
Kalium	32081	Kalium	0,25	3557	L	Kalium	2,01
Calcium	32082	Calcium	0,25	3555	L	Calcium	2,68
Phosphat	32086	Phosphat	0,40	3580	L	Anorganisches Phosphat	2,68
Glucose	32025	Glukose	1,60	3560	L	Glucose	2,68
GPT	32070	GPT	0,25	3595	L	GPT	2,68
LDH	32075	LDH	0,25	3597	L	LDH	2,68
$\gamma$ -GT	32071	$\gamma$ -GT	0,25	3592	L	$\gamma$ -GT	2,68
CRP	32460	CRP	4,90	3741	L	CRP	13,41
Blutbild	32122	Blutbild	1,10	3550	L	Blutbild und Blutbestandteile	4,02



L Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem

	32123	Zuschlag	0,40	3551	L	Differenzierung der Leukozyten	1,34
EKG	27320	Elektrokardiographische Untersuchung	8,66	651	T	EKG in Ruhe	26,54
Spiegel der Antiepileptika	32342	Antiepileptika	8,60	4200	L	Untersuchung Antiepileptika	24,13
Summe Kosten Erstbesuch			<u>74,31</u>				<u>161,00</u>
Nächster Tag	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro			GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Weitere Infusion am nächsten Tag	In 03005 enthalten		0,00	272	Ä	Infusion > 30 Minuten Dauer	24,13
Summe Kosten zweiter Besuch			<u>0,00</u>				<u>24,13</u>
Übernächster Tag	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro			GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Blutentnahme	In Versichertenpauschale enthalten			250	T	Blutentnahme	4,20
Nierenwerte	32086	Phosphat	0,40	3580	L	Anorgan. Phosphat	2,68
	32066	Kreatinin	0,25	3585	L	Kreatinin	2,68
	32065	Harnstoff	0,25	3584	L	Harnstoff	2,68
Kalium	32081	Kalium	0,25	3557	L	Kalium	2,01
Summe Kosten dritter Besuch			<u>1,15</u>				<u>14,25</u>
Nach 3-5 Tagen	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro			GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Blutentnahme	In Versichertenpauschale enthalten		0,00	250	T	Blutentnahme	4,20
Nierenwerte	32086	Phosphat	0,40	3580	L	Anorgan. Phosphat	2,68
	32066	Kreatinin	0,25	3585	L	Kreatinin	2,68
	32065	Harnstoff	0,25	3584	L	Harnstoff	2,68
Kalium	32081	Kalium	0,25	3557	L	Kalium	2,01
Summe Kosten vierter Besuch			<u>1,15</u>				<u>14,25</u>
Summe insgesamt			<u>76,61</u>				<u>213,63</u>

Quelle: WIG2/Living Business AG (2019)

### Musterpatient 3

Folgende weitergehende Annahmen liegen für den Musterpatienten 3 zu Grunde:

- Patient zwischen dem 6. und dem 59. Lebensjahr kommt mit Radiusfraktur loco typico – unkompliziert ohne Komplikationen – in eine chirurgische Praxis.
- Als Behandlungsgeschichte ergibt sich: Sturz mit Abfangen – Schmerzen Unterarm. Anamnese, Untersuchung (digitales) Röntgen in 2 Ebenen und Gipsschiene. Erneute Vorstellung nach 4, 7 und 11 Tagen, jeweils mit Anamnese, Untersuchung und Röntgen in 2 Ebenen. 6 Wochen später das gleiche und Abnahme der Gipsschiene
- Alle Vorstellungen geschehen beim Chirurgen.
- Der Gips wurde nach sechs Wochen abgenommen. Die Röntgenaufnahmen geschahen mit Gipsschiene.

**Tabelle D 3: Bewertung Musterpatient 3 nach EBM und GOÄ**

Erstvorstellung	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Anamnese	07211	Grundpauschale 6.-59.LJ 23,92	1	3,5, da Beratung > 10 Minuten	Beratung	16,32
Untersuchung	In 07211 enthalten	0,00	5	Ä	Symptombezogene Untersuchung	10,72
Röntgen in 2 Ebenen	34233	Röntgenaufnahmen der Extremitäten 11,47	5030	T	Unterarm-Röntgen in 2 Ebenen	37,77
			5298	Z	Zuschlag für digit. Röntgen	5,25
Gipsschiene	02350	11,47	228	Ä	Gipsschienenverband	25,47
<b>Summe Kosten erster Besuch</b>		<b>46,86</b>				<b>95,53</b>
Nach 4 Tagen	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Beratung und Untersuchung	In 07211 enthalten	0,00	Nicht berechnungsfähig, da 1 und 5 nur einmal neben Sonderleistungen im Behandlungsfall berechnungsfähig			0,00
Röntgen in 2 Ebenen	34233	Röntgenaufnahmen der Extremitäten 11,47	5030	T	Unterarm-Röntgen in 2 Ebenen	37,77
			5298	Z	Zuschlag für digit. Röntgen	5,25
<b>Summe Kosten zweiter Besuch</b>		<b>11,47</b>				<b>43,02</b>
Nach 7 Tagen	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Beratung und Untersuchung	In 07211 enthalten	0,00	Nicht berechnungsfähig, da 1 und 5 nur einmal neben Sonderleistungen im Behandlungsfall berechnungsfähig			0,00
Röntgen in 2 Ebenen	34233	Röntgenaufnahmen der Extremitäten 11,47	5030	T	Unterarm-Röntgen in 2 Ebenen	37,77
			5298	Z	Zuschlag für digit. Röntgen	5,25
<b>Summe Kosten dritter Besuch</b>		<b>11,47</b>				<b>43,02</b>
Nach 11 Tagen	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €
Beratung und Untersuchung	In 07211 enthalten	0,00	Nicht berechnungsfähig da 1 und 5 nur einmal neben Sonderleistungen im Behandlungsfall berechnungsfähig			0,00
Röntgen in 2 Ebenen	34233	Röntgenaufnahmen der Extremitäten 11,47	5030	T	Unterarm-Röntgen in 2 Ebenen	37,77
			5298	Z	Zuschlag für digit. Röntgen	5,245

<b>Summe Kosten vierter Besuch</b>		<u>11,47</u>				<u>43,02</u>
<b>Nach 6 Wochen</b>	<b>Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro</b>		<b>GOÄ Ziffer(n)</b>	<b>Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15</b>	<b>Titel der GOÄ Ziffer</b>	<b>Betrag GOÄ in €</b>
<b>Beratung und Untersuchung</b>	In 07211 enthalten	0,00	<b>1</b>	3,5, da Beratung >10 Minuten	Beratung – Vorstellung nach 6 Wochen	16,32
			<b>5</b>	Ä	symptombezogene Untersuchung – Vorstellung nach 6 Wochen	10,72
<b>Röntgen in 2 Ebenen</b>	<b>34233</b> Röntgenaufnahmen der Extremitäten	11,47	<b>5030</b>	T	Unterarm-Röntgen in 2 Ebenen	37,77
			<b>5298</b>	Z	Zuschlag für digit. Röntgen	5,25
<b>Abnahme Gipsschiene</b>	Keine Ziffer im EBM vorhanden		Die Abnahme ist nicht berechnungsfähig			0,00
<b>Summe Kosten fünfter Besuch</b>		<u>11,47</u>				<u>70,06</u>
<b>Summe insgesamt</b>		<u>92,74</u>				<u>294,65</u>

Quelle: WIG2/Living Business AG (2019)

## Musterpatient 4

Folgende weitergehende Annahmen liegen für den Musterpatienten 4 zu Grunde:

- 50-jähriger Patient ohne wesentliche Vorerkrankungen
- Als Behandlungsablauf ergibt sich: Diagnose Karpaltunnelsyndrom (Vorstellung beim Handchirurgen und OP-Aufklärungsgespräch). Voruntersuchungen hat der Neurologe gemacht und sind hier nicht weiter relevant. OP (offen chirurgisch): Spaltung des Retinaculum flexorum. Anästhesie des plexus axillaris (mit Vorstellung beim Anästhesisten, Anamnese, Untersuchung und Aufklärungsgespräch). Wundkontrolle/Verbandswechsel durch Chirurgen 1-mal. Entfernung der Fäden nach ca. 14 Tagen.
- Es handelt sich um eine ambulante Operation beim Handchirurgen, extrabudgetär, besondere Verträge liegen vor. Die Anästhesieleistungen sind grau geschrieben.

**Tabelle D 4: Bewertung Musterpatient 4 nach EBM und GOÄ**

Erstvorstellung	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Vorstellung beim Handchirurgen und OP-Aufklärungsgespräch	07211	Grundpauschale	23,92	3	Ä	Eingehende Beratung (Handchirurg)	20,11
				5	Ä	Symptombezogene Untersuchung	10,72
Vorstellung Anästhesist und OP-Aufklärungsgespräch	05211	Grundpauschale	10,28	3	Ä	Eingehende Beratung (Anästhesist)	20,11
Präanästhesiologische Untersuchung	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	19,37	7	Ä	Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems (Anästhesist)	21,45
Anästhesie des plexus axillaris	05330	Plexusanästhesie	90,91	476	Ä	Plexusanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	50,94
				446	Z	Zuschlag zu amb. Anästhesie	17,49
				410	Ä	Ultraschall: Plexus brachialis	26,81
Spaltung des Retinnaculum flexorum	31121	Eingriff der Kategorie C1	103,14	2070 <sup>1</sup>	Ä	Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Nervendekompression amb. OP-Zuschlag zu 2072	222,54
				445	Z	Zuschlag	128,23
				440	Z	Operationsmikroskop	23,31
Nach OP	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Wundkontrolle	In 31121 enthalten 31502	1. Postop. Arzt-Patienten-Kontakt Postoperative Überwachen	27,92	1	Ä	Beratung (postop.)	10,72
				5	Ä	Symptombezogene Untersuchung (postop.)	10,72
Verbandswechsel	31615	Postoperative Behandlung Chirurgie	11,26	200	Ä	Verband	6,03
Summe Kosten erster Besuch			286,80				569,18
Nach 14 Tagen	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Entfernung Fäden	In 31615 enthalten		0,00	5	Ä	Symptombezogene Untersuchung (postop.)	0,00
				1	Ä	Beratung (postop.)	0,00
				2007	Ä	Fädenentfernung	5,36
Summe Kosten zweiter Besuch			0,00				5,36
Summe insgesamt			286,80				574,54

Quelle: WIG2/Living Business AG (2019)

### Musterpatient 5

Folgende weitergehende Annahmen liegen für den Musterpatienten 5 zu Grunde:

- 70-jähriger Patient mit grauem Star (Katarakt) stellt sich ohne weitere Erkrankungen bei der Augenärztin bzw. dem Augenarzt vor.
- Als Behandlungsablauf ergibt sich: Untersuchung und OP-Aufklärungsgespräch, dann ambulante Katarakt-OP mit Implantation einer Kunstlinse. Örtliche Anästhesie durch die Augenärztin bzw. den Augenarzt per Injektion (nicht per Augentropfen). Kontrolle am ersten postoperativen Tag

**Tabelle D 5: Bewertung Musterpatient 5 nach EBM und GOÄ**

Erstvorstellung	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Untersuchung Augenarzt und OP-Aufklärung	06212	Grundpauschale	16,23	3	Ä	Eingehende Beratung (Augenarzt)	20,11
				6	Ä	Die vollständige körperliche Untersuchung aller Augenabschnitte	13,41
Anästhesie: Örtlich durch den Augenarzt per Injektion	In 06212 enthalten		0,00	491	Ä	Infiltrationsanästhesie	16,22
Katarakt-OP mit Implantation einer Kunstlinse	31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	439,18	1375	Ä	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars	469,21
				445	Z	Zuschlag amb. OP	128,23
				440	Z	Zuschlag für Operationsmikroskop	23,31
Summe Kosten Erstbesuch			455,41			670,49	
Nächster Tag	Titel und GOP-Ziffer nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n)	Steigerungsfaktor Ä=2,3;T=1,8;L=1,15	Titel der GOÄ Ziffer	Betrag GOÄ in €	
Kontrolle Postoperativ	31503	Postoperative Überwachung	55,52	1	Ä	Beratung (postop.)	10,72
				5	Ä	Symptombezogene Untersuchung (postop.)	10,72
Summe Kosten Zweitbesuch			55,52			21,44	
Summe gesamt			510,93	=	=	691,93	

Quelle: WIG2/Living Business AG (2019)

## Anhang E – Erläuterungen zu den im Bericht verwendeten Daten

Als Grundlage der vorliegenden Auswertungen, insbesondere in Kapitel 5, wurden der Kommission verschiedene Datenauswertungen zur Verfügung gestellt. Hierzu gehören:

- Die Darstellung der GKV-Versichertenanteile greift auf eine beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) auf der Basis des Informationssystems Versorgungsdaten beantragte Auswertung zurück, welche die Anzahl distinkter Versichertenpseudonyme nach Landkreisen (bzw. kreisfreien Städten) aufschlüsselt. Hierbei erfolgte keine Plausibilisierung mit Versichertenstammdaten. Zur Berechnung des GKV-Versichertenanteils wurde auf den Bevölkerungsstand nach Kreisen vom Statistischen Bundesamt zurückgegriffen. Durch die Zählung distinkter Pseudonyme für das gesamte Jahr erfolgt eine leichte Überschätzung der GKV-Versichertenanteile, da der Bevölkerungsstand im Gegensatz dazu eine Stichtagsstatistik ist. Demgegenüber stehen Versichertenpseudonyme die keinem Landkreis zugeordnet werden konnten und dementsprechend zu einer Unterschätzung der GKV-Versichertenanteile führen.
- Auswertungen des Instituts des Bewertungsausschusses. Als Datengrundlage wurden durch das Institut insbesondere die Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung und statistische Daten zum Formblatt 3 – der zahlungsbegründenden Dokumentation gegenüber den Krankenkassen – herangezogen. Abweichungen zu anderen Datenquellen können u.a. daraus resultieren, dass neben den zugelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzten in Gesamtauswertungen auch *Ermächtigungen* sowie Ärztinnen und Ärzte in besonderen Einrichtungen einbezogen sind. Auf Ebene der einzelnen *Abrechnungsgruppe* werden hingegen nur zugelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt, da die Ergebnisse auf dieser Ebene andernfalls durch sehr heterogene Ermächtigungen verzerrt sein können. Bei der arztbezogenen Betrachtung (anstelle der Perspektive der Praxis) können Unterschiede auch durch eine unterschiedliche Arztzuordnung entstehen. Zahlreiche (insbesondere ermächtigte) Ärztinnen und Ärzte sind in mehreren Betriebsstätten tätig und erbringen verschiedene Leistungen. Hierbei ist dann u.a. zu klären, wo und ggf. in welcher Fachgruppe diese eingeordnet werden. Grundsätzlich erfolgte die Einteilung der hier genutzten Daten auf Basis der tatsächlich abgerechneten Leistungen und des dadurch zugeordneten ärztlichen Abrechnungsgebietes. Zu den verwendeten Kennzahlen ist anzumerken, dass das Honorar sowohl auf Praxisebene als auch auf Leistungsebene vorliegt. Auf Leistungsebene stellt dies jedoch eine rein rechnerische Größe dar, um das Honorar von ausgewählten Leistungen berechnen zu können. Grundsätzlich erfolgt die Honorarerauszahlung immer gesammelt für alle erbrachten Leistungen an eine Praxis.
- Auswertungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Entwicklung der Arztzahlen: Hierzu wurde auf das Bundesarztregister zurückgegriffen.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat des Weiteren auf Bitten der Kommission eine Abfrage zu Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 oder nach § 105 Abs. 1 SGB V bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt.
- Für die Analysen auf Praxisebene wurde auf Auswertungen des Zi-Praxis-Panels (ZiPP) des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zurückgegriffen. Bei diesem Panel handelt es sich um eine schriftliche Befragung niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten mit einer freiwilligen Teilnahme. Dabei erfolgt seit 2010 eine über mehrere Jahre hinweg wiederholte Befragung. Die statistische Grundgesamtheit bilden alle im Bundesarztregister bei der KBV geführten Praxen zugelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit vollem oder hälftigem Versorgungsauftrag. Die Grundgesamtheit erfasst folgende Gruppen nicht: angestellte Ärzte, ermächtigte Ärzte,



fachärztlich tätige Praktische Ärzte, fachärztlich tätige Ärzte ohne Weiterbildung, fachärztlich tätige Allgemeinmediziner, Mund- Kiefer und Gesichtschirurgen sowie Laborärzte. Es liegen die öffentlich verfügbaren Jahresberichte des ZiPP sowie zusätzliche Auswertungen des Zi zugrunde.

- Das ZiPP wurde auch für die Simulation der Verteilungswirkungen einer einheitlichen ambulanten Gebührenordnung herangezogen (s. Abschnitt 5.8). Die Berechnungen hierfür hat das Zi erstellt und kalkuliert. Ausgangspunkt ist die Stichprobe der Praxen des ZiPP mit den für die einzelnen Arztgruppen (und weiteren Abgrenzungen) nach GKV, privatärztlicher Versorgung (verkürzt PKV) und sonstigen Quellen aufgeschlüsselten Einnahmen. Basierend auf den Daten des ZiPP muss die PKV-Vergütung um ca. 45 % abgesenkt und die Vergütung aus der GKV um ca. 11 % erhöht werden, um damit hinsichtlich der Ausgaben je Versicherten ein einheitliches Niveau zu erreichen. Dementsprechend werden die PKV- und GKV-Einnahmen aller Praxen angepasst, die Einnahmen aus sonstigen Quellen bleiben unverändert. Die prozentuale Veränderung der Honorare, wie in Variante 1 ausgewiesen, ergibt sich als relative Veränderung der angepassten Einnahmen des neuen Modells zu den bisherigen Einnahmen des Status quo.
- In Variante 2 erfolgt hingegen keine prozentuale Anpassung. Stattdessen wird die Summe der privat- und vertragsärztlichen Einnahmen rechnerisch komplett neu verteilt. Hierzu wird zunächst aus den Einnahmen und der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten ein durchschnittlicher Umsatz je Patientin bzw. Patient – ein Fallwert – kalkuliert. Dies erfolgt übergreifend für die GKV und PKV zusammen und zusätzlich nur für die GKV separat. Jeder Praxis werden anschließend für jede versorgte Patientin bzw. jeden versorgten Patienten Einnahmen auf Basis der bisherigen GKV-Verhältnisse zugewiesen. Hierzu wird der GKV-Fallwert einer Praxis zum GKV-Fallwert aller Praxen ins Verhältnis gesetzt. Der sich ergebende Faktor wird mit dem neuen PKV-GKV-übergreifenden Fallwert und der Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten multipliziert. Dies stellt die Summe der Einnahmen aus der neuen einheitlichen Vergütung dar. Abschließend werden noch die Einnahmen aus sonstigen Quellen hinzugezogen um auf dieser Basis die relativen Veränderungen zum bisherigen Status quo zu berechnen. Als Beispiel bedeutet dies folgendes: Betragen die Einnahmen je GKV-Patient in einer Praxis bisher 110 % der durchschnittlichen GKV-Einnahmen aller Praxen, so werden dieser Praxis nun 110 % der neuen durchschnittlichen Einnahmen je Patient (GKV und PKV gemeinsam) zugewiesen.
- Ergänzend zum Zi-Praxis-Panel wurde die Studie „Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten“ des Statistischen Bundesamtes herangezogen. In der Fachserie 2 Reihe 1.6.1 wird alle fünf Jahre, zuletzt für das Jahr 2015, ein Überblick über die Einnahmen und Ausgaben von Arztpraxen inkl. MVZ erarbeitet. Rein privatärztlich tätige Praxen sind ebenfalls enthalten. Dabei erfolgt die Aufschlüsselung u.a. nach ausgewählten Fachgebieten, Organisations- und Kooperationsformen und nach Durchführung ambulanter Operationen. Das Statistische Bundesamt wertet die psychologischen Psychotherapeuten separat von den Ärzten aus. Sofern nicht anders angegeben beziehen sich die Zahlen des Statistischen Bundesamts daher nur auf Ärzte.
- Zur Bestimmung der Gesamtausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung wurde für die GKV auf die endgültigen Rechnungsergebnisse der amtlichen Statistik KJ1 zurückgegriffen. Folgende Schlüsselnummern wurden der ambulanten ärztlichen Versorgung zugeordnet: 04000, 04003, 04010, 04020, 04033, 04040, 04043, 04060, 04080, 04090, 05183, 05280, 05299P, 05300 und 05700. Für ambulante Krankenhaus- und weitere ambulante Leistungen wurden 04030, 04036, 04610, 04613, 04620, 05430, 05433, 05440 und 05443 genutzt. Die

Ausgaben für die teilstationäre Behandlung und Stundenfälle wurden vom GKV-Spitzenverband übermittelt.

- Die Daten für die PKV entsprechen den „Versicherungsleistungen im ambulanten Bereich“ des PKV-Zahlenportals. Diese enthalten auch die Ausgaben für private Zusatzversicherungen. Um die Ausgaben im Rahmen von Zusatzversicherungen von denen der *Krankheitsvollversicherung* zu trennen, haben der PKV-Verband sowie das WIP zusätzliche Angaben bereitgestellt.
- Für die Ausgaben der Beihilfe wurde in der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes die Leistungsart „Gesundheitsausgaben“ für die Einrichtung „Arztpraxis“ herangezogen. Das Statistische Bundesamt ordnet die Beihilfe dem Ausgabenträger „Arbeitgeber“ zu. Neben der Beihilfe ist auch der betriebliche Gesundheitsdienst diesem Ausgabenträger zugeordnet. Die Ausgaben des Trägers „Arbeitgeber“ wurden für die weitere Verwendung daher pauschal um 8 % reduziert, um den betrieblichen Gesundheitsdienst herauszurechnen. Der Wert von 8 % beruht auf einer ungefähren Schätzung des Statistischen Bundesamtes.

## Literatur

- Ahluwalia, S. C., Damberg, C. I., Silverman, M., Motala, A. und Shekelle, P. G. (2017): What Defines a High-Performing Health Care Delivery System: A Systematic Review. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* (43): 450–459.
- Albrecht, M. und Al-Abadi, T. (2018): Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen – Studie für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. IGES Institut. Online verfügbar unter: [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/IGES-Gutachten\\_Sektoreneuebergreifende\\_Verguetung\\_2018-06-11.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/IGES-Gutachten_Sektoreneuebergreifende_Verguetung_2018-06-11.pdf).
- Allard, M., Jelovac, I. und Léger, P. T. (2011): Treatment and referral decisions under different physician payment mechanisms. *Journal of Health Economics* 30(5): 880–893.
- Amoulong, M. (2016): Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht. Dissertation. Universität Heidelberg. Online verfügbar unter: <http://elibrary.duncker-humboldt.de/9783428551422/U1>.
- aQua-Institut (2009): Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QiSA). Online verfügbar unter: <https://www.aqua-institut.de/projekte/qisa/>.
- Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J. und Klazinga, N. S. (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International journal for quality in health care* 18 Suppl 1: 5–13.
- Arentz, C. (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern. WIP-Diskussionspapier 2/2017.
- Arrow, K. J. (1963): Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* (53): 941–969.
- ÄrzteZeitung (2012): GOÄ-Reform. Verhandlung gescheitert. Online verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Verhandlung-gescheitert-271092.html>.
- BA (Bewertungsausschuss) (2012a): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2013. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-10-22\\_ba288\\_1.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-10-22_ba288_1.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2012b): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 22. Oktober 2012. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-10-22\\_ba288\\_9.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-10-22_ba288_9.pdf).

- BA (Bewertungsausschuss) (2013): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 315. Sitzung zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2014. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2013-09-25\\_ba315.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2013-09-25_ba315.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2014a): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-03-25\\_ba323.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-03-25_ba323.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2014b): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 334. Sitzung zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2015. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-08-27\\_ba334.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-08-27_ba334.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2014c): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2015 für den KV-Bezirk Baden-Württemberg. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-09-24\\_ba335\\_1.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-09-24_ba335_1.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2014d): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Absatz 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2015. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-09-24\\_ba335\\_2.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2014-09-24_ba335_2.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2015): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 359. Sitzung zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2016. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2015-08-12\\_ba359.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2015-08-12_ba359.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2016a): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2017. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-09-21\\_ba383\\_12.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-09-21_ba383_12.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2016b): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-09-21\\_ba383\\_4.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-09-21_ba383_4.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2016c): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2017. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-09-21\\_ba383\\_3.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-09-21_ba383_3.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2017): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2018. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-09-19\\_ba402.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-09-19_ba402.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2018a): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 425. Sitzung zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2018-08-21\\_ba425\\_1.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2018-08-21_ba425_1.pdf).

- BA (Bewertungsausschuss) (2018b): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2019. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2018-12-12\\_ba430\\_15.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2018-12-12_ba430_15.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2019a): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung am 14. August 2019 zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2020. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-08-14\\_ba441\\_10.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-08-14_ba441_10.pdf).
- BA (Bewertungsausschuss) (2019b): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 447. Sitzung zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2020. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-08-28\\_ba447.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-08-28_ba447.pdf).
- BaFin (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) (2018): Wahrscheinlichkeitstabellen für die Krankenversicherung 2017 gemäß § 159 VAG. Online verfügbar unter: [https://www.bafin.de/DE/PublikationenDaten/Statistiken/PKV/wahrscheinlichkeitstabellen\\_node.html](https://www.bafin.de/DE/PublikationenDaten/Statistiken/PKV/wahrscheinlichkeitstabellen_node.html).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2005): Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 3.-6. Mai 2005 in Berlin. Online verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Beschluesse108.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Beschluesse108.pdf).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2012): Abbildungen und Tabellen zur Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2011. Online verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2011/>.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2017): Änderung der Bundesärzteordnung (BÄO). 120. Deutscher Ärztetag, Drucksache VI-01. Online verfügbar unter: [http://120daet.baek.de/attachments/2\\_120DAET\\_VI-01\\_GO%C3%84neu\\_Verhandlungsstand\\_B%C3%84O\\_18042017.pdf?t=1536402490](http://120daet.baek.de/attachments/2_120DAET_VI-01_GO%C3%84neu_Verhandlungsstand_B%C3%84O_18042017.pdf?t=1536402490).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2018): Darstellung zum Sachstand der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte. Stand: 04.12.2018.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2019): Abbildungen und Tabellen zur Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2018. Online verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/>.
- BÄK (Bundesärztekammer) und PKV-Verband (Verband der privaten Krankenversicherung) (2013): Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte. Online verfügbar unter: [https://www.pkv.de/w/files/verband/pressestatements/rahmenvereinbarung-novellierung-goae\\_11-11-2013-3-.pdf](https://www.pkv.de/w/files/verband/pressestatements/rahmenvereinbarung-novellierung-goae_11-11-2013-3-.pdf).
- Barros, P. P. (2003): Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system. *Journal of Health Economics* 22(3): 419–443.
- Becker, U. (2019): Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen im Rechtsvergleich. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Unterstützung der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – In Zusammenarbeit mit Lucia Busatta, Thomas Gächter, Kaspar Gerber, Zenia de Jong, Francis Kessler und Gijsbert Vonk.

- Bertelsmann Stiftung (2017): Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Beamte – IGES Institut. Erstellt von Ochmann, R., Albrecht, M. und Schiffhorst, G. Online verfügbar unter: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_VV\\_KrankenversPflcht\\_Beamte\\_Selbststaendige\\_Teilbericht-Beamte\\_final.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_KrankenversPflcht_Beamte_Selbststaendige_Teilbericht-Beamte_final.pdf).
- BGV Hamburg (2019): Schon über 1.000 Beamtinnen und Beamte nutzen das neue Angebot. Online verfügbar unter: <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/12121654/2019-01-31-bgv-pauschale-beihilfe/>.
- BLAG (Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“) (2019): Arbeitsentwurf für ein Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“ zur Vorbereitung der Sitzung auf Leitungsebene am 8. Mai 2019.
- Blomqvist, A. und Léger, P. T. (2005): Information asymmetry, insurance, and the decision to hospitalize. *Journal of Health Economics* 24(4): 775–793.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2019a): KJ 1-Statistik (endgültige Rechnungsergebnisse). Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html>.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2019b): KM 1-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte). Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2019c): KM 6-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte). Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>.
- Bock, J.-O., Focke, K. und Busse, R. (2017): Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 71(6): 9–15.
- Bockholdt, F. (2019): § 109 SGB V. In: Hauck, K., Noftz, W. und Oppermann, D. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch (SGB) V: Gesetzliche Krankenversicherung. Erich Schmidt Verlag.
- Borntraeger, J. B. (1896): Die neue preußische Gebühren-Ordnung für Aerzte und Zahnärzte. Mit eingehenden Erläuterungen und den für das Erwerbsleben der Medizinalpersonen giltigen Bestimmungen. Hartung. Online verfügbar unter: <http://digital.zbmed.de/gesundheitspflege/content/titleinfo/1979131>.
- Börsch-Supan, A. (2019): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7. Release version: 7.0.0. SHARE-ERIC.
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F. et al. (2013): Data Resource Profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International journal of epidemiology* 42(4): 992–1001.
- Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. (2013): *Gesundheitsökonomik*. 6. Auflage. Gabler Verlag.
- Börcken, E. (2016): Krankenversicherung im Basistarif bei Leistungsbezug nach dem SGB XII. *info also* (2): 55–59.



- Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N. und Wiesen, D. (2016a): Physician performance pay. Evidence from a laboratory experiment. Universität Duisburg-Essen Department of Economics. Online verfügbar unter: [hdl.handle.net/10419/148309](https://hdl.handle.net/10419/148309).
- Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N. und Wiesen, D. (2016b): Using artefactual field and lab experiments to investigate how fee-for-service and capitation affect medical service provision. *Journal of Economic Behavior & Organization* 131: 17–23.
- Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N. und Wiesen, D. (2017a): The effects of introducing mixed payment systems for physicians. Experimental evidence. *Health economics* 26(2): 243–262.
- Brosig-Koch, J., Kairies-Schwarz, N. und Kokot, J. (2017b): Sorting into payment schemes and medical treatment: A laboratory experiment. *Health economics* 26 Suppl 3: 52–65.
- Bünnings, C. und Tauchmann, H. (2015): Who Opts out of the Statutory Health Insurance? A Discrete Time Hazard Model for Germany. *Health economics* 24(10): 1331–1347.
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2018a): Datenzusammenstellungen und Auswertungen. GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2017. Online verfügbar unter: <https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen.html>.
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2018b): Schreiben des BVA an alle bundesunmittelbaren Kassen vom 13. September 2018. Anforderungen der Rechtsaufsicht an die Vereinbarungen zur Gesamtvergütung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen für das Jahr 2019. Online verfügbar unter: <https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/Rundschreiben/20180913RundschreibenVersorgungsvertraege.pdf>.
- Carinci, F., van Gool, K., Mainz, J., Veillard, J., Pichora, E. C., Januel, J. M. et al. (2015): Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International journal for quality in health care* 27(2): 137–146.
- Chalkley, M. (2018): Incentives and Performance of Health Care Professionals. *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance*. Online verfügbar unter: <https://oxfordre.com/economics/view/10.1093/acrefore/9780190625979.001.0001/acrefore-9780190625979-e-264>.
- Charness, G. und Fehr, E. (2015): From the lab to the real world. *Science* 350(6260): 512–513.
- Churfürstliche Brandenburgische Medicinal-Ordnung und Taxa. Völcker. Online verfügbar unter: <http://digitale.bibliothek.uni-halle.de/urn/urn:nbn:de:gbv:3:1-15867>.
- Clausen, T. (2013): § 7 Vergütungsrecht der Heilberufe. In: Terbille, M., Clausen, T. und Schroeder-Printzen, J. (Hrsg.): *Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht*. 2. Auflage. Verlag C.H.Beck.
- Clemens, T. (2018): § 22. Die Vergütung der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. In: Quaas, M., Zuck, R., Clemens, T. und Gokel, J. M. (Hrsg.): *Medizinrecht. Öffentliches Medizinrecht - Pflegeversicherungsrecht - Arzthaftpflichtrecht - Arztstrafrecht*. 4. Auflage. Verlag C.H.Beck.
- Conrad, D. A. (2015): The theory of value-based payment incentives and their application to health care. *Health Services Research* 50: 2057–2089.

- Culyer, A. J. (1995): Need: The idea won't do—But we still need it. *Social Science & Medicine* 40(6): 727–730.
- Culyer, A.J. und Wagstaff, A. (1993): Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics* 12(4): 431–457.
- Deci, E. L., Koestner, R. und Ryan, R. M. (1999): A Meta-analytic Review Of Experiments Examining The Effects Of Extrinsic Rewards On Intrinsic Motivation. *Psychological bulletin* 125(6): 627-668.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018): Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. Fachserie 2 Reihe 1.6.1 – Erschienen am 15. August 2017, korrigiert am 18. Oktober 2018.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2019a): Bevölkerung: Kreise, Stichtag. Tabellencode 12411-0015. Online verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/>.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2019b): Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Ausgabenträger. Tabellencode 23611-0001. Online verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/>.
- Dettling, H.-U. und Köbler, K. (2018): § 17 KHG. In: Dettling, H.-U. und Gerlach, A. (Hrsg.): *Krankenhausrecht. Kommentar*. 2. Auflage. Verlag C.H.Beck.
- Deutsches Ärzteblatt (2018): Weiterhin grünes Licht für neue ärztliche Gebührenordnung. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/GO%C4?nid=95071>.
- DGIV (Deutsche Gesellschaft für integrierte Versorgung) (2019): DGIV-Positionspapier 2019 zur sektorenübergreifenden Versorgung.
- Diel, F. (2015): Qualitätsförderung und Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 69(2): 34–40.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2019): Ergebnis des Antrages auf Datenverarbeitung und Datennutzung nach § 5 Abs. 2 Datentransparenzverordnung. Zählung distinkter Versichertenpseudonyme für das Jahr 2016 nach Landkreisen.
- Dittrich, S. (2017): Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie. Pilotprojekt „Hybrid- DRG Thüringen - Neue Wege im Gesundheitswesen“. Zi-Konferenz Versorgungsforschung 2017: „Aus den Regionen lernen - Ein Gewinn fürs Ganze?“. Zi, Berlin v. 14.09.2017.
- Donabedian, A. (2005): Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly* 83(4): 691–729.
- Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. et al. (2018): Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Online verfügbar unter: [https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher\\_Berat/20180710webGutachten\\_zu\\_den\\_regionalen\\_Verteilungswirkungen\\_2018.pdf](https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Berat/20180710webGutachten_zu_den_regionalen_Verteilungswirkungen_2018.pdf).
- eBA (erweiterter Bewertungsausschuss) (2008): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008. Online verfügbar unter: <https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/pp/7/10/s473.pdf>.

- eBA (erweiterter Bewertungsausschuss) (2012): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 30. Sitzung zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2013. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-08-30\\_eba30.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-08-30_eba30.pdf).
- eBA (erweiterter Bewertungsausschuss) (2013): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 37. Sitzung zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2014. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2013-09-25\\_eba37.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2013-09-25_eba37.pdf).
- eBA (erweiterter Bewertungsausschuss) (2015): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 44. Sitzung zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2016. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2015-09-22\\_eba44.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2015-09-22_eba44.pdf).
- eBA (erweiterter Bewertungsausschuss) (2017): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 52. Sitzung zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2018. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-09-19\\_eba52.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-09-19_eba52.pdf).
- eBA (erweiterter Bewertungsausschuss) (2018): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 57. Sitzung zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2019. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2018-08-21\\_eba57.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2018-08-21_eba57.pdf).
- Edwards, C. (1904): The Hammurabi Code and the Sinaitic Legislation. With a complete translation of the great Babylonian inscription discovered at Susa. Watts. Online verfügbar unter: <https://books.google.de/books?id=P1ELAAAYAAJ>.
- Eggleston, K. (2005): Multitasking and mixed systems for provider payment. *Journal of Health Economics* 24(1): 211–223.
- Ehrhardt, L. (2018): Das Investitionsverhalten niedergelassener Ärzte. Dissertation. Universität Bayreuth.
- Eijkenaar, F. (2013): Key Issues In The Design Of Pay For Performance Programs. *European Journal of Health Economics* 14(1): 117–131.
- Ellis, R. P. (1998): Creaming, skimping and dumping: Provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics* 17(5): 537–555.
- Ellis, R. P. und McGuire, T. G. (1986): Provider behavior under prospective reimbursement. *Journal of Health Economics* 5(2): 129–151.
- Ellis, R. P. und McGuire, T. G. (1990): Optimal Payment Systems for Health Services. *Journal of Health Economics* 9(4): 375–396.
- Ertl, K. (2018): Die Bewertung von medizinischen Methoden in der deutschen Rechtsordnung. Dissertation. Universität Hamburg.
- Europäische Kommission (2018): Health system performance assessment – Integrated Care Assessment. Erstellt von Dates, M., Lennox-Chhugani, N., Sant’Ana Pereira, H. und Tedeschi, M.
- Eurostat (2019): Nach eigenen Angaben nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung nach Geschlecht, Alter, angegebenem Hauptgrund und Bildungsabschluss. Tabelle “hlth\_silc\_14”.

- Evans, R. G. (1974): Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications. In: Perlman, M. (Hrsg.): *The Economics of Health and Medical Care*. Palgrave Macmillan: 162–173.
- Felix, D. (2016): Methodenbewertung im Krankenhaus. *Medizinrecht* 34(2): 93–103.
- Frahm, W., Jansen, C., Katzenmeier, C., Kienzle, H.-F., Kingreen, T., Lungstras, A. B. et al. (2018): Medizin und Standard – Verwerfungen und Perspektiven. *Medizinrecht* 36(7): 447–457.
- Freudenberg, U. (2016): § 87. In: Schlegel, R. und Voelzke, T. (Hrsg.): *Juris-Praxiskommentar SGB V. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung*. 3. Auflage. Juris.
- Funke, A. (1988): *Privatärztliches Gebührenrecht*. Springer-Verlag.
- Gehrt, M. und Schöne, H. (1955): *Bundespfllegesatzverordnung. Kommentar zum Runderlass betreffend Durchführung der Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954*. Kohlhammer Verlag.
- Gille, T. G. (2015): *Prüfzeiten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes - Validität sowie Korrelation mit Realzeiten am Beispiel der Koloskopie*. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität München.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2017): *Faktenblatt Ambulante Versorgung - Systematik Arzthonorare*.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2018): *GKV-Spitzenverband Geschäftsbericht 2017*.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2019a): *Anteil ärztlicher und technischer Leistungen am Bruttoleistungsbedarf im Jahr 2017. Auswertung für die KOMV*.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2019b): *Ausgaben für Stundenfälle (ohne Verlegungen und Todesfälle) und teilstationäre Fälle von GKV-Patienten nach Entlassungsjahr. Auswertung für die KOMV*.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2019c): *Auswertung zum Leistungsbedarf und Honorar der PFG. Auswertung für die KOMV*.
- GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2017): *TOP: 11.1 Einrichtung einer Reformkommission „sektorenübergreifende Versorgung“*. Beschlüsse der 90. GMK.
- Godager, G. und Wiesen, D. (2013): Profit or patients' health benefit? Exploring the heterogeneity in physician altruism. *Journal of Health Economics* 32(6): 1105–1116.
- Green, E. P. (2014): Payment systems in the healthcare industry. An experimental study of physician incentives. *Journal of Economic Behavior & Organization* 106 (2014): 367–378.
- Greß, S. und Schnee, M. (2018): Harmonisierung der Vergütungssysteme in der ambulanten ärztlichen Versorgung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 72(4-5): 16–21.
- Gurgel, D. S. (2000): *Die Entwicklung des vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Vergütungssystems nach dem Zweiten Weltkrieg – Zugl.: Potsdam, Univ., Diss, 2000*. Shaker.
- Hajek, A., Bock, J.-O., Saum, K.-U., Schottker, B., Brenner, H., Heider, D. und König, H.-H. (2018): Morbidity Differences by Health Insurance Status in Old Age. *Gesundheitswesen* 80(6): 551–556.

- Hausärzterverband (2019): Hausarztverträge. HzV-Verträge Schnellsuche. Online verfügbar unter: <https://www.hausaerzterverband.de/hausarztvertraege/hzv-vertraege-schnellsuche.html>.
- Hennig-Schmidt, H., Selten, R. und Wiesen, D. (2011): How payment systems affect physicians' provision behaviour-An experimental investigation. *Journal of Health Economics* 30(4): 637–646.
- Hennig-Schmidt, H. und Wiesen, D. (2014): Other-regarding behavior and motivation in health care provision: An experiment with medical and non-medical students. *Social Science & Medicine* 108: 156–165.
- Hermanns, P. M. (2019): GOÄ 2019 Kommentar, IGeL-Abrechnung. 13. Auflage. Springer-Verlag.
- Hermanns, P.M. und Schwartz, E. (Hrsg.) (2016): UV-GOÄ 2016 Kommentar. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. 15. Auflage. Urban-&-Fischer-Verlag.
- Hess, R. (2007): Reform der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ): Konzept gegen die Angleichung der Vergütungssysteme. *Deutsches Ärzteblatt* 104(30): 2093.
- Himmel, K. und Schneider, U. (2017): Ambulatory Care at the End of a Billing Period. HCHE Research Paper 2017/14.
- Hofmayer, J. (2017): Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung auf Basis des Versorgungsstärkungsgesetzes. *GesundheitsRecht* 16(2): 73–76.
- Holmström, B. und Milgrom, P. R. (1991): Multitask principal-agent analyses. Incentive contracts, asset ownership, and job design. *Journal of Law, Economics, & Organization* 7: 24–52.
- Huber, J. und Mielck, A. (2010): Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. Forschungsstand empirischer Studien. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53(9): 925–938.
- Hübner, M. (2019): § 1. In: Klakow-Franck, R., Krimmel, L. und Hess, R. (Hrsg.): Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Stand: 01.07.2019. Deutscher Ärzte Verlag.
- IGES Institut (2010): Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.
- IGES Institut (2014): Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung. Prüfung der Machbarkeit.
- IGES Institut (2019a): Internationaler Vergleich ambulanter Vergütung. Gutachten zu einem internationalen Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung aus gesundheitsökonomischer Perspektive. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Unterstützung der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem. Erstellt von Albrecht, M., an der Heiden, I. und Bock, H.
- IGES Institut (2019b): Meta-Review zur internationalen Studienlage im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Unterstützung der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem. Erstellt von an der Heiden, I., Bock, H. und Schlamann, T.
- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2014): Evaluation der Einführung der GOP 06225 in den EBM zum 1. Januar 2012 zur Stärkung konservativ tätiger Augenärzte. Online verfügbar unter: [https://institut-ba.de/berichte/Evaluation\\_06225\\_v2\\_2014-12-01.pdf](https://institut-ba.de/berichte/Evaluation_06225_v2_2014-12-01.pdf).
- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2019): Auswertungen des InBA für die KOMV.
- IQTIG (Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen) (2019): Materialien zu einer Veröffentlichung von Befragungsergebnissen des Commonwealth Funds 2017 (International Health Policy Survey, IHP 2017).



- IWW (Institut für Wissen in der Wirtschaft) (2018): Honorarverhandlungen 2019: Orientierungswert steigt um 1,58 Prozent. AAA Abrechnung aktuell, 09. Online verfügbar unter: <https://www.iww.de/aaa/kassenabrechnung/ebm-2019-honorarverhandlungen-2019-orientierungswert-steigt-um-158-prozent-f115117>.
- Kaarbøe, O. M. und Siciliani, L. (2011): Multi-Tasking, Quality And Pay For Performance. *Health economics* 20(2): 225–238.
- Kagel, J.H. und Roth, A.E. (Hrsg.) (1995): *The Handbook of Experimental Economics*. Vol. 1. Princeton University Press, Princeton.
- Kagel, J.H. und Roth, A.E. (Hrsg.) (2016): *The Handbook of Experimental Economics*. Vol. 2. Princeton University Press, Princeton.
- Kahneman, D. und Tversky, A. (1979): Prospect theory. An analysis of decision under risk. *Econometrica* 47(2): 263–291.
- Kalis, B. (2009): § 192 VVG. In: Bach, P. und Moser, H. (Hrsg.): *Private Krankenversicherung. MB/KK- und MB/KT-Kommentar*. 4. Auflage. Verlag C.H.Beck.
- Kalis, B. (2017): § 192 VVG. In: Langheid, T. und Wandt, M. (Hrsg.): *Münchener Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz*. 2. Auflage. Verlag C.H.Beck.
- Käsbauer, A. (2015): *Die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen durch das Berliner Abkommen vom 23.12.1913. Eine Untersuchung der Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen im frühen 20. Jahrhundert und ihrer Bedeutung für das heutige Recht – Zugl.: Regensburg, Univ., Diss., 2014*. 1. Auflage. Nomos Verlag.
- Katzenmeier, C. (2019): § 630a. In: Bamberger, H. G., Roth, H., Hau, W. und Poseck, R. (Hrsg.): *Beck'scher Online-Kommentar BGB*, 51. Edition. Stand: 01.08.2019. Verlag C.H.Beck.
- Katzenmeier, C. und Voigt, T. (2015): Entgeltfragen der medizinischen Behandlung. In: Muscheler, K., Zimmermann, R. und Meincke, J. P. (Hrsg.): *Zivilrecht und Steuerrecht, Erwerb von Todes wegen und Schenkung. Festschrift für Jens Peter Meincke zum 80. Geburtstag*: 175–184. Online verfügbar unter: [http://www.medizinrecht.uni-koeln.de/sites/medizinrecht/Forschung/Festschriftbeitraege/Entgeltfragen\\_der\\_medizinischen\\_Behandlung.pdf](http://www.medizinrecht.uni-koeln.de/sites/medizinrecht/Forschung/Festschriftbeitraege/Entgeltfragen_der_medizinischen_Behandlung.pdf).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2009): KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren. Ergebnisse des Projektes „AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“. Online verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/Aquik\\_projektbericht.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Aquik_projektbericht.pdf).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2010): Vereinbarung zur Honorierung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen im PKV-Basistarif. Rundschreiben D3 – 14/2010. Online verfügbar unter: [http://www.kbv.de/media/sp/Vereinbarung\\_Honorierung\\_Leistungen\\_PKV.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Vereinbarung_Honorierung_Leistungen_PKV.pdf).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2016): Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztlentwicklung in Deutschland. Online verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/2016\\_10\\_05\\_Projektion\\_2030\\_Arztzahlentwicklung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017): Kassen verhindern nötige Honorarsteigerung - Orientierungswert gegen Stimmen der KBV festgelegt. Online verfügbar unter: [http://www.kbv.de/html/1150\\_31147.php](http://www.kbv.de/html/1150_31147.php).



- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018a): Honorarbericht. Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2013 bis 4. Quartal 2016. Online verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018b): Qualitätsbericht 2018. Berichtsjahr 2017. Online verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/KBV\\_Qualitaetsbericht\\_2018.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Qualitaetsbericht_2018.pdf).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018c): Bewertung von Leistungen im EBM mit dem Standardbewertungssystem. KBV-Querschnittsseminar Teil I.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2019a): Gesundheitsdaten. Online verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2019b): Anfrage der „Kommission für ein modernes Vergütungssystem“ zu Zuschlüssen nach § 87a Absatz 2 oder nach § 105 Absatz 1 SGB V.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2019c): Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. Online verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/5724.php>.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2019d): KBV Versichertenbefragung 2019. Tabellenband 18- bis 79-jährige Befragte. Online verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/Tabellenband\\_Ergebnisse\\_der\\_Versichertenbefragung\\_2019.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Tabellenband_Ergebnisse_der_Versichertenbefragung_2019.pdf).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2019e): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten nach Teilnahmeumfang gewichtet, 2009-2017. Auswertung für die KOMV.
- Keser, C., Peterle, E. und Schnitzler, C. (2014): Money talks – Paying physicians for performance – Cege Discussion Paper 173.
- Kesternich, I., Schumacher, H. und Winter, J. (2015): Professional Norms And Physician Behavior. Homo Oeconomicus Or Homo Hippocraticus? Journal of public economics 131: 1–11.
- Kingreen, T. (2009): Governance im Gesundheitsrecht – Zur Bedeutung der Referenzgebiete für die verwaltungsrechtswissenschaftliche Methodendiskussion. Die Verwaltung 42(3): 339–375.
- Kingreen, T. (2019): Krankenversicherungs- und Gesundheitsrecht. In: Ehlers, D., Fehling, M. und Pünder, H. (Hrsg.): Besonderes Verwaltungsrecht. 4. Auflage. C.F. Müller Verlag.
- Klakow-Franck, R., Krimmel, L. und Hess, R. (2019): Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Stand: 01.07.2019. Deutscher Ärzte Verlag.
- Koch, C. F. (1847): Beitrag zur Revision der Medicinal-Steuern. L. Garcke. Online verfügbar unter: <https://books.google.de/books?id=QAK9AAAAcAAJ>.
- Köhler, A. und Hess, R. (Hrsg.) (2018): Kölner Kommentar zum EBM. Kommentierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. 14. Ergänzungslieferung. Deutscher Ärzte Verlag.
- Korzilius, H. (2011): Wirtschaftlichkeitsprüfung: „Kein Arzt wird für seine teuren Patienten bestraft“. Deutsches Ärzteblatt International 108(18): A-984-A-986.
- KV Baden-Württemberg (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg) (2019): Regressgefahr. Online verfügbar unter: <https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/vorsicht-nachforderung/>.

- KV Bayerns (2017): Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns. Beschluss der Vertreterversammlung vom 18.11.2017 in der Fassung der Änderungen ab 1. Januar 2019 aufgrund Beschluss der Vertreterversammlung vom 23. März 2019 (Bayer. Staatsanzeiger Nr. 13/29. März 2019).
- KV Berlin (Kassenärztliche Vereinigung Berlin) (2018): 18. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Berlin (15. Amtsperiode) am 29. November 2018. Öffentliches Beschlussprotokoll. Online verfügbar unter: [https://www.kvberlin.de/10kvberlin/10aufbau/20vertreterversammlung/20beschluesse/vv15\\_18.pdf](https://www.kvberlin.de/10kvberlin/10aufbau/20vertreterversammlung/20beschluesse/vv15_18.pdf).
- KV Hessen (Kassenärztliche Vereinigung Hessen) (2019): Aus Leistung wird Honorar. Online verfügbar unter: <https://www.kvhessen.de/honorar/>.
- KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2017): Abrechnungsordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen in der Fassung vom 15. November 2017. Online verfügbar unter: <https://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/downloads/vertrag/AbrO-Veroeffentlichung.pdf>.
- KV Westfalen-Lippe (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe) (2017): Versorgungsbericht 2017 KVWL - Potenziale Konzepte Versorgung. Online verfügbar unter: [https://www.kvwl.de/mediathek/son/pdf/2017/kvwl\\_versorgungsbericht\\_2017.pdf](https://www.kvwl.de/mediathek/son/pdf/2017/kvwl_versorgungsbericht_2017.pdf).
- KVB (Krankenversorgung des Bundesbahnbeamten) (2018): Geschäftsbericht 2017. Online verfügbar unter: [https://www.kvb.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/krankenversorgung/wirueberuns/KVB\\_GB\\_2017.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.kvb.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/krankenversorgung/wirueberuns/KVB_GB_2017.pdf?__blob=publicationFile&v=1).
- Ladurner, A. (2017): Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Verlag C.H.Beck.
- Laffont, J.-J. (2001): The Theory of Incentives. The Principal-Agent Model. Princeton University Press.
- Lagarde, M. und Blaauw, D. (2017): Physicians' responses to financial and social incentives: A medically framed real effort experiment. *Social Science & Medicine* 179: 147–159.
- Leibner, M., Zwiener, H., Meschenmoser, M. und Stillfried, D. von (2018): Öffnungs- und Betriebszeiten sowie Arbeitszeiten in Praxen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten – Daten aus dem Zi-Praxis-Panel. Zi-Paper, 13.
- Levitt, S. D. und List, J. A. (2007): What Do Laboratory Experiments Measuring Social Preferences Reveal About The Real World? *The journal of economic perspectives* 21(2): 153–174.
- Ma, C. T.A. und McGuire, T. G. (1997): Optimal health insurance and provider payment. *American Economic Review* 87(4): 685–704.
- Makoski, K. (2018): Neue Abrechnungsmöglichkeit für Krankenhäuser bei Beihilfeberechtigten. *Gesundheit und Pflege* (6): 208–211.
- Manouguian, M., Stöver, J., Verheyen, F. und Vöpel, H. (2010): Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich – HWWI Policy Papers 55.
- McClure, W. (1984): On the research status of risk-adjusted capitation rates. *Inquiry* 21(3): 205–213.
- McGuire, T. G. (2000): Physician agency. In: Cuyler, A. C. und Newhouse, J. P. (Hrsg.): *Handbook of Health Economics*. North Holland.

- McLennan, J. D. (2015): Wait time to what? Could reducing wait times for child mental health services worsen outcomes? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 24(1): 55–58.
- Merten, M. (2003): Privater Versicherungstarif: Umstrittenes Konzept. *Deutsches Ärzteblatt International* 100(25): 1715.
- Miebach, J. (2006): § 6 GOÄ. In: Uleer, C., Miebach, J. und Patt, J. (Hrsg.): *Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen. Kommentar*. 3. Auflage. Verlag C.H.Beck.
- Milbrodt, H. und Röhrs, V. (2016): *Aktuarielle Methoden der deutschen Privaten Krankenversicherung*. Verlag Versicherungswirtschaft.
- Monopolkommission (2017): *Sondergutachten 75: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Sondergutachten der Monopolkommission gemäß 44 Abs. 1 Satz 4 GWB*. 1. Auflage. Nomos Verlag. Online verfügbar unter: [https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75\\_volltext.pdf](https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf).
- Moscelli, G., Siciliani, L. und Tonei, V. (2016): Do waiting times affect health outcomes? Evidence from coronary bypass. *Social Science & Medicine* 161: 151–159.
- Neubauer, G. und Minartz, C. (2013): *Gutachten zur wirtschaftlichen Lage der ambulanten Radiologie in der GKV. Abschlussbericht Mai 2013 – Im Auftrag des Radiologienetz Deutschland*.
- Nienhaus, F. (1982): Neue GOÄ - Ende der Privat-Adgo. *Deutsches Ärzteblatt* 79(48): A-51-A-55.
- OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) (2019): *OECD Health Statistics 2019. Definitions, Sources and Methods – Private health insurance*. Online verfügbar unter: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2019.pdf>.
- Osborn, R., Doty, M. M., Moulds, D., Sarnak, D. O. und Shah, A. (2017): Older Americans Were Sicker And Faced More Financial Barriers To Health Care Than Counterparts In Other Countries. *Health affairs* 36(12): 2123–2132.
- Osborn, R., Squires, D., Doty, M. M., Sarnak, D. O. und Schneider, E. C. (2016): In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care. *Health affairs* 35(12): 2327–2336.
- PBeaKK (Postbeamtenkrankenkasse) (2018): *Geschäftsbericht 2017*. Online verfügbar unter: [https://www.pbeakk.de/fileadmin/redakteure/contents/PDF/Geschaeftsbericht/PBeaKK\\_Geschaeftsbericht2017\\_InternetIntranet.pdf](https://www.pbeakk.de/fileadmin/redakteure/contents/PDF/Geschaeftsbericht/PBeaKK_Geschaeftsbericht2017_InternetIntranet.pdf).
- Pharmazeutische Zeitung (2010): *PKV fordert Verhandlungspflicht*. Online verfügbar unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-202010/pkv-fordert-verhandlungspflicht/>.
- PKV-Verband (Verband der privaten Krankenversicherung) (1998): *Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 1997/1998*. Online verfügbar unter: <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/>.
- PKV-Verband (Verband der privaten Krankenversicherung) (2018a): *PKV-Zahlenportal. Aufwendungen – Versicherungsleistungen*. Online verfügbar unter: <https://www.pkv-zahlenportal.de/>.
- PKV-Verband (Verband der privaten Krankenversicherung) (2018b): *PKV-Zahlenportal. Versicherungsbestand*. Online verfügbar unter: <https://www.pkv-zahlenportal.de/>.

- PKV-Verband (Verband der privaten Krankenversicherung) (2018c): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017. Online verfügbar unter: <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/>.
- PKV-Verband (Verband der privaten Krankenversicherung) (2019): PKV-Regionalatlas Bayern. Erstellt von Chaibi, S. und Schulze Ehring, F.
- Plagemann, H. (2016): § 2. In: Schlegel, R. und Voelzke, T. (Hrsg.): Juris-Praxiskommentar SGB V. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung. 3. Auflage. Juris.
- Pontes, M. C. (1995): Agency Theory: A Framework For Analyzing Physician Services. Health care management review 20(4): 57–67.
- Prentice, J. C. und Pizer, S. D. (2008): Waiting times and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Health Services and Outcomes Research Methodology 8(1): 1–18.
- Psychonomics und AOK BV (AOK Bundesverband) (2011): Budgetvorgaben, Arbeitsbelastung und Praxisöffnungszeiten am Quartalsende. Online-Befragung von APIs und Fachärzten. Erstellt von Schöne, M. und Andergassen, S. Online verfügbar unter: [http://www.webweiser-gesundheit.de/presse/veranstaltungen/2011/indes\\_06491.html](http://www.webweiser-gesundheit.de/presse/veranstaltungen/2011/indes_06491.html).
- Robinson, J. C. (2001): Theory And Practice In The Design Of Physician Payment Incentives. The Milbank quarterly 79(2): 149-177.
- Roll, K., Stargardt, T. und Schreyögg, J. (2012): Effect of Type of Insurance and Income on Waiting Time for Outpatient Care. The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice 37(4): 609–632.
- Rosenbrock, R. und Gerlinger, T. (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3. Auflage. Verlag Hans Huber.
- Roters, D. (2019): Vorbemerkung zu §§ 135-139d SGB V. In: Körner, A., Leitherer, S., Mutschler, B. und Rolfs, C. (Hrsg.): Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht. 1. Dezember 2018. Verlag C.H.Beck.
- Schäfer, F. L. (2010): Das Produkt Krankheitskostenvollversicherung - Vergleich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nebst Tarifen. Versicherungsrecht (34): 1525–1533.
- Schäfer, F. L. (2018): § 37. In: Igl, G. und Welti, F. (Hrsg.): Gesundheitsrecht. Eine systematische Einführung : Medizinrecht, Gesundheitssozialrecht, Private Krankenversicherung, Heilberuferecht. 3. Auflage. Verlag Franz Vahlen.
- Schmidt, T. I. (2019): Die Beihilfesysteme des Bundes und der Länder im Vergleich. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Unterstützung der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem.
- Schneider, U. (2004): Asymmetric information and the demand for health care. The case of double moral hazard. Schmollers Jahrbuch 124(2): 233–256.
- Schneider, U. und Ulrich, V. (2008): The Physician-Patient Relationship Revisited. The Patient's View. International journal of health care finance and economics 8(4): 279–300.
- Schoen, C. und How, S. K.H. (2006): Why Not the Best? Results from a National Scorecard on US Health System Performance. Commonwealth Fund.
- Schölkopf, M. und Pressel, H. (2017): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik. 3. Auflage. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Scholz, K. (2018): §§ 82, 83. In: Becker, U. und Kingreen, T. (Hrsg.): SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung : Kommentar. 6. Auflage. Verlag C.H.Beck.
- Scholz, K. (2019): § 18 BMV-Ä. In: Rolfs, C., Giesen, R., Kreikebohm, R. und Udsching, P. (Hrsg.): Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht. Stand: 01.09.2019. 54. Edition. Verlag C.H.Beck.
- Schreyögg, J. und Kwietniewski, L. (2015): Messung der Wirtschaftlichkeit von ambulanten Arztpraxen: Methodische Konzeption und Messung. Im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Hamburg Center for Health Economics. Online verfügbar unter: [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-Gutachten\\_Wirtschaftlichkeit\\_2015-11-25.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-Gutachten_Wirtschaftlichkeit_2015-11-25.pdf).
- Schreyögg, J., Tiemann, O. und Busse, R. (2005): EU Projekt HealthBasket. Work Package 6 – Approaches for Costing and Pricing in Practice Germany. Online verfügbar unter: [https://ehma.org/wp-content/uploads/2016/08/WP-6-HealthBASKETSP21-CT-2004-501588\\_D14\\_Germany\\_FINAL.pdf](https://ehma.org/wp-content/uploads/2016/08/WP-6-HealthBASKETSP21-CT-2004-501588_D14_Germany_FINAL.pdf).
- Schröder, J. (2019): § 87 SGB V. In: Rolfs, C., Giesen, R., Kreikebohm, R. und Udsching, P. (Hrsg.): Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht. Stand: 01.09.2019. 54. Edition. Verlag C.H.Beck.
- Schulte, T., Pimperl, A., Hildebrandt, H. und Bohnet-Joschko, S. (2017): USA: Accountable Care Organizations als neue Form der Kooperation mit Verantwortungsübernahme. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H. und Luthe, E.-W. (Hrsg.): Kooperation und Integration - das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer VS: 535–551.
- Spickhoff, A. (2018): Vorb. GOÄ. In: Spickhoff, A. (Hrsg.): Medizinrecht. 3. Auflage. Verlag C.H.Beck.
- Sundmacher, L. und Kopetsch, T. (2013): Waiting times in the ambulatory sector - the case of chronically ill patients. International journal for equity in health 12: 77.
- Sundmacher, L. und Ozegowski, S. (2016): Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany. European Journal of Health Economics 17(4): 443–451.
- Sundmacher, L., Schang, L., Schüttig, W., Flemming, R., Frank-Tewaag, J., Geiger, I. et al. (2018): Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses. Fassung vom 12. Juli 2018.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung – Sondergutachten 2012. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche – Gutachten 2014. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Tandon, A., Murray, C. J.L., Lauer, J. A. und Evans, D. B. (2000): Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries. World Health Organization (WHO) – GPE Discussion Paper No. 30. Online verfügbar unter: <https://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>.
- Task Force «Réforme du Financement du système de santé» (2019): Réformes des modes de financement et de régulation. Online verfügbar unter: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-reforme-des-modes-de-financement-et-de-regulation>.
- Tauchnitz, T. (2004): Die organisierte Gesundheit. Entstehung und Funktionsweise des Netzwerks aus Krankenkassen und Ärzteorganisationen im ambulanten Sektor.
- Thornton, J. und Esposto, F. (2003): How Important Are Economic Factors In Choice Of Medical Specialty? *Health economics* 12(1): 67–73.
- Tille, F., Gibis, B., Balke, K., Kuhlmeier, A. und Schnitzer, S. (2017): Sociodemographic and health-related determinants of health care utilisation and access to primary and specialist care: Results of a nationwide population survey in Germany (2006-2016). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 126: 52–65.
- Town, R., Wholey, D. R., Kralewski, J. und Dowd, B. (2004): Assessing The Influence Of Incentives On Physicians And Medical Groups. *Medical care research and review* 61(3 Suppl): 80–118.
- Viberg, N., Forsberg, B. C., Borowitz, M. und Molin, R. (2013): International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects. *Health Policy* 112(1-2): 53–61.
- Vlaanderen, F. P., Tanke, M. A., Bloem, B. R., Faber, M. J., Eijkenaar, F., Schut, F. T. und Jeurissen, P. P.T. (2019): Design And Effects Of Outcome-Based Payment Models In Healthcare: A Systematic Review. *European Journal of Health Economics* 20(2): 217–232.
- Wagner-Braun, M. (2002): Zur Bedeutung berufsständischer Krankenkassen innerhalb der privaten Krankenversicherung in Deutschland bis zum Zweiten Weltkrieg. Die Selbsthilfeeinrichtungen der katholischen Geistlichen – Zugl.: Regensburg, Univ., Habil.-Schr. Franz Steiner Verlag.
- Walendzik, A. (2013): Kernelemente einer ambulanten ärztlichen Gebührenordnung in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem. *G+G Wissenschaft* 13(2): 16–24.
- Walendzik, A., Greß, S., Wasem, J. und Manouguian, M. (2008): Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen.
- Walendzik, A. und Wasem, J. (2019): Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme. Online verfügbar unter: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/AmbulanteVerguetung\\_131ay.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/AmbulanteVerguetung_131ay.pdf).
- Wasem, J. (2011): Versorgungsmanagement ist in der PKV schwer umsetzbar. *Versicherungswirtschaft* (66): 625.



- Wasem, J. (2018): Die Parallelität der Vergütungssysteme für den ambulanten Bereich. G+G Wissenschaft 18(4): 16–22.
- Weimann, J. und Brosig-Koch, J. (2019): Einführung in die experimentelle Wirtschaftsforschung. 1. Auflage. Springer-Verlag.
- Wenner, U. (2008): Das Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform. 1. Auflage. Verlag C.H.Beck.
- WIG2 und Living Business AG (2019): Vergleich der Bewertung verschiedener EBM- und GOÄ-Positionen. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Unterstützung der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem. Erstellt von Höpfner, T., Militzer-Horstmann, C., Schäffer, T., Schmiedel, L., Stutzer, F., Ahrens, M. und Müller, T.
- Windhorst, T. (2015): Novellierung der GOÄ. Aktueller Sachstand – Symposium des deutschen Anwaltvereins am 25. April 2015.
- WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) (2008): Leistungsausgaben und Häufigkeitsverteilung von Honorarziffern in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006. WIP-Diskussionspapier 2/08. Erstellt von Keßler, T. Online verfügbar unter: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/leistungsausgaben-und-haeufigkeitsverteilung-von-honorarziffern-in-der-ambulanten-aerztlichen-versor.html>.
- WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) (2013): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten. Die Entwicklung von 2006 bis 2011. Erstellt von Niehaus, F. WIP-Diskussionspapier, 01/13. Online verfügbar unter: [http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Der\\_ueberproportionale\\_Finanzierungsbeitrag\\_2006-2011.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Der_ueberproportionale_Finanzierungsbeitrag_2006-2011.pdf).
- WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) (2015): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013. Erstellt von Niehaus, F. WIP-Diskussionspapier, 02/15. Online verfügbar unter: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/der-ueberproportionale-finanzierungsbeitrag-privat-versicherter-patienten-im-jahr-2013.html>.
- WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) (2016): Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV. Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014. Erstellt von Wild, F. WIP-Diskussionspapier, 1/16. Online verfügbar unter: [http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user\\_upload/Mehrumsatz\\_und\\_Leistungsausgaben\\_2016.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben_2016.pdf).
- WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) (2017): Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV. Jahresbericht 2017. Erstellt von Hagemeister, S. und Wild, F. Online verfügbar unter: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/mehrumsatz-und-leistungsausgaben-in-der-pkv-jahresbericht-2017.html>.
- WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) (2018): Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten. Jahresbericht 2018. Erstellt von Hagemeister, S. und Wild, F. Online verfügbar unter: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/mehrumsatz-und-leistungsausgaben-von-pkv-versicherten-jahresbericht-2018.html>.
- WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) (2019a): Auswertungen des WIP für die KOMV.
- WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) (2019b): Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten. Jahresbericht 2019. Erstellt von Hagemeister, S. und Wild, F. Online verfügbar unter: <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/mehrumsatz-und-leistungsausgaben-von-pkv-versicherten-jahresbericht-2019.html>.

- Wollenschläger, F. (2018a): Eine Einheitliche Gebührenordnung für ambulante ärztliche Leistungen (Teil 1). *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* (10): 386–392.
- Wollenschläger, F. (2018b): Eine Einheitliche Gebührenordnung für ambulante ärztliche Leistungen (Teil 2). *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* (11): 445–452.
- Wu, Y., Chen, Y. und Li, S. (2018): Optimal Compensation Rule Under Provider Adverse Selection And Moral Hazard. *Health economics* 27(3): 509–524.
- Zeiß, K. (2019): Thüringen: Beamten wird GKV-Beitrag zur Hälfte bezahlt. *ÄrzteZeitung*. Online verfügbar unter:  
[https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/krankenkassen/article/983479/krankensversicherung-thueringen-zahlt-beamten-gkv-beitraege-haelfte.html](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/983479/krankensversicherung-thueringen-zahlt-beamten-gkv-beitraege-haelfte.html).
- Ziegenhagen, D. J. und Schilling, M. K. (2000): Gesundheitsmanagement in der Privaten Krankenversicherung. *Versicherungsmedizin* (03): 125–131.
- Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland) (2019a): Mögliche Auswirkungen einer Vereinheitlichung der Vergütung („EGO“). Auswertung für die KOMV.
- Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland) (2019b): Zi-Praxis-Panel. Auswertung für die KOMV.
- Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland) (2019c): Zi-Praxis-Panel. Jahresbericht 2017.
- Zok, K. (2019): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage.