

**WISSENSCHAFTLICHE BEITRÄGE  
AUS DEM TECTUM VERLAG**

**Reihe Wirtschaftswissenschaften**

Band 73

Susanne Dreier

**Die vertragsärztliche Vergütung  
in Deutschland auf dem Prüfstand**

Tectum Verlag

Susanne Dreier

Die vertragsärztliche Vergütung in Deutschland auf dem Prüfstand.  
Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag:  
Reihe: Wirtschaftswissenschaften; Bd. 73

© Tectum Verlag Marburg, 2014

Zugl. Diss. Univ. Universität Ingolstadt/Eichstätt 2014

ISBN: 978-3-8288-3444-6

ISSN: 1861-8073

Umschlagabbildung: © In Tune | shutterstock.com

Druck und Bindung: CPI buchbücher.de, Birkach

Printed in Germany

Alle Rechte vorbehalten

Besuchen Sie uns im Internet

[www.tectum-verlag.de](http://www.tectum-verlag.de)



**Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	XIII
Abbildungsverzeichnis .....	XVII
Tabellenverzeichnis .....	XIX
<b>I. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>II. Theoretischer Rahmen und zentrale Begriffe .....</b>	<b>9</b>
1. Gesundheit, Krankheit und Risiko .....	10
1.1. Eine Begriffsabgrenzung: Gesundheit und Krankheit .....	10
1.2. Risiko und Gesundheit .....	13
1.3. Konsequenzen der schwierigen Begriffsabgrenzung .....	16
2. Die Besonderheiten von Gesundheitsgütern .....	18
2.1. Begriffsdefinition Gesundheitsleistungen .....	19
2.2. Spezifische Charakteristika von Gesundheitsleistungen .....	19
2.2.1. Informationsökonomische Besonderheiten .....	20
2.2.1.1. Adverse Selektion .....	21
2.2.1.2. Moral Hazard .....	24
2.3. Angebotsinduzierte Nachfrage in der vertragsärztlichen Versorgung .....	27
2.3.1. Definition der angebotsinduzierten Nachfrage .....	27
2.3.2. Das Standardmodell der angebotsinduzierten Nachfrage .....	28
2.4. Marktversagen auf den Märkten für Gesundheitsleistungen .....	31
2.4.1. Externe Effekte .....	32
2.4.2. Die Kollektivgüterproblematik .....	33
2.4.3. Der Optionscharakter von medizinischen Leistungen .....	34
3. Theorie der optimalen Arztvergütung .....	35
3.1. Der Arzt als Agent von Krankenkassen und Patienten .....	36
3.2. Entscheidung bei Unsicherheit .....	37
3.3. Die Grundlagen der Principal-Agent-Theorie .....	39
3.3.1. Grundmodell bei Moral Hazard .....	41
3.3.2. Grundmodell bei Double Moral Hazard .....	47

3.4.	Interaktion zwischen „Arzt und Patient“ .....	48
3.5.	Interaktion „ Krankenversicherung und Arzt“ .....	52
3.6.	Der Arzt als Agent der Krankenversicherung und der Patienten .....	57
3.6.1.	Grundmodell bei vollständiger Information .....	58
3.6.2.	Modell bei einseitiger Asymmetrie.....	61
3.6.3.	Modell bei doppelter Asymmetrie .....	63
3.6.4.	Modell bei asymmetrischer Information.....	65
3.7.	Fazit und Ausblick .....	66
<b>III.</b>	<b>Das System der gesetzlichen Krankenversicherung.....</b>	<b>69</b>
4.	Darstellung des Krankenversicherungssystems in Deutschland.....	72
4.1.	Die gesetzliche Krankenversicherung im Überblick .....	72
4.1.1.	Organisation und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.....	74
4.1.2.	Versichertenstruktur und Beitragsbemessung in der GKV .....	77
4.1.3.	Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) .....	79
4.1.4.	Die Umverteilungseffekte in der gesetzlichen Krankenversicherung .....	84
4.1.5.	Veränderungen in der GKV durch die Einführung der Gesundheitsfonds ab 2009 .....	86
4.2.	Überblick über die private Krankenversicherung (PKV) in Deutschland.....	88
4.3.	Kritik an der gesetzlichen Krankenversicherung.....	89
4.3.1.	Finanzierungsmängel in der GKV .....	91
4.3.2.	Medizinische Schwachstellen in der GKV .....	93
5.	Institutionen und Akteure im deutschen Gesundheitswesen .....	93
5.1.	Staatliche Akteure (Makroebene) .....	95
5.1.1.	Das Bundesministerium für Gesundheit .....	95
5.1.2.	Die Landesministerien für Gesundheit .....	96
5.1.3.	Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder .....	97
5.1.4.	Das Bundesversicherungsamt .....	97

5.1.5.	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen .....	98
5.2.	Die Verbandsebene (Mesoebene) .....	98
5.2.1.	Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen .....	99
5.2.2.	Die Kassenärztlichen Vereinigungen.....	100
5.2.2.1.	Die Entstehungsgeschichte der Kassenärztlichen Vereinigungen....	101
5.2.2.2.	Mitgliedschaft und Rechtsstatus Kassenärztlicher Vereinigungen .....	103
5.2.2.3.	Die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen.....	104
5.2.2.4.	Die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen.....	105
5.2.3.	Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) .....	106
5.2.4.	Die Bundes- und Landesärztekammer .....	107
5.3.	Zusammenfassung und Fazit.....	108
<b>IV.</b>	<b>Das System der ambulanten ärztlichen Vergütung.....</b>	<b>111</b>
6.	Das Vergütungssystem für niedergelassene Vertragsärzte in Deutschland.....	116
6.1.	Historische Entwicklung der Honorierung ärztlicher Leistungen in Deutschland.....	117
6.1.1.	Direkte Bezahlung und Kostenerstattung vor 1883 .....	118
6.1.2.	Einführung des Sachleistungsprinzips 1883 .....	120
6.1.3.	Kollektiv ausgehandelte Vergütungssysteme ab 1913 .....	125
6.1.4.	Einführung der Gesamtvergütung 1931/32.....	128
6.1.5.	Selbstverwaltung ab 1945 .....	131
6.1.6.	Die Kostenbegrenzungspolitik (ab 1977) und deren Auswirkungen auf die Honorierung.....	133
6.1.7.	Zusammenfassung der Reformgesetze von 1981 bis 2004.....	134
6.1.8.	Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) und das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG).....	136
6.2.	Rechtliche und ökonomische Grundlagen der vertragsärztlichen Honorierung .....	137
6.2.1.	Die gesetzlichen Grundlagen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) .....	139

6.2.2.	Wesentliche Änderungen des EBM 2008 im Vergleich zum EBM 2000plus .....	142
6.2.2.1.	Der hausärztliche Versorgungsbereich .....	142
6.2.2.2.	Der fachärztliche Versorgungsbereich.....	145
6.3.	Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung.....	145
6.3.1.	Ermittlung des erwarteten Behandlungsbedarfs im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung .....	147
6.3.2.	Der bundesweite Orientierungspunktwert .....	151
6.3.3.	Regionale Orientierungspunktwerte .....	153
6.3.4.	Die vorhersehbare morbiditätsorientierte Gesamtvergütung.....	154
6.3.5.	Die nicht vorhersehbare morbiditätsorientierte Gesamtvergütung .....	155
6.3.6.	Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung .....	156
6.3.7.	Zusammenfassung.....	159
6.4.	Die Regelleistungsvolumina (RLV) .....	159
6.5.	Die Plausibilitätsprüfung bei der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen .....	165
6.5.1.	Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung (§ 106 a Abs. 2 SGB V).....	166
6.5.2.	Die Prüfung durch die Krankenkassen (§ 106 a Abs. 6 SGB V).....	168
6.6.	Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen .....	170
6.6.1.	Die rechtlichen Grundlagen der persönlichen Leistungserbringung.....	170
6.6.2.	Leistungen unter Arztvorbehalt .....	172
6.6.3.	Die höchstpersönlichen Leistungen des Arztes .....	173
6.6.4.	Die Delegation ärztlicher Leistungen an ärztliche Mitarbeiter.....	175
6.6.5.	Die Delegation von Leistungen an nicht ärztliche Mitarbeiter.....	175
6.6.6.	Haftung und Strafbarkeit.....	177
6.7.	Änderungen in der vertragsärztlichen Abrechnung aufgrund der Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) ....	178
6.7.1.	Begriffsdefinitionen .....	179

6.7.2.	Eine Übersicht über Gesamtvergütung und Honorarverteilung ab 2009 .....	183
<b>V.</b>	<b>Innovative Versorgungsformen .....</b>	<b>185</b>
7.	Die Entwicklung integrierter Versorgungsstrukturen.....	187
7.1.	Allgemeine Begriffserklärungen und Zielsetzungen .....	189
7.2.	Vergütung von Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung .....	195
7.3.	Integrierte Versorgung nach § 140 a ff. SGB V .....	198
7.3.1.	Die gesetzlichen Grundlagen Integrierter Versorgungsstrukturen ...	199
7.3.2.	Inhalt der integrierten Versorgung gemäß § 140 a SGB V .....	200
7.3.3.	Vertragspartner und Verträge nach § 140 b SGB V .....	201
7.3.4.	Vergütung der integrierten Versorgung gemäß § 140 c SGB V.....	203
7.3.5.	Regelungen zur Anschubfinanzierung und Budgetbereinigung gemäß § 140d SGB V .....	203
7.3.6.	Zusammenfassender Überblick.....	204
7.4.	Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) gemäß § 137 f-g SGB V .....	205
7.4.1.	Entwicklung und gesetzliche Grundlagen der Disease Management Programme .....	208
7.4.2.	Anforderungen und Gestaltung strukturierter Behandlungsprogramme .....	210
7.4.3.	Evaluation der Disease-Management-Programme .....	212
7.4.4.	Allgemeine Anforderungen an die Evaluation von Disease-Management-Programmen.....	214
7.4.4.1.	Der Erhebungszeitraum und das Berichtsverfahren .....	214
7.4.4.2.	Kohortenbildung und allgemeine Programmauswertung .....	215
7.4.4.3.	Stichprobenumfang und spezifische Programmauswertung.....	215
7.4.4.4.	Die Vergleichbarkeit der Programme .....	216
7.4.5.	Die Evaluation der medizinischen Inhalte .....	217
7.4.6.	Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der Evaluationsberichte.....	219
7.4.7.	Evaluationsergebnisse und kritische Würdigung der strukturierten Behandlungsprogramme.....	222
7.5.	Weitere integrierte Versorgungsstrukturen.....	225

7.5.1.	Modellvorhaben gemäß §§ 63 ff. SGB V .....	226
7.5.2.	Strukturverträge gemäß § 73a SGB V .....	228
7.5.3.	Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V .....	230
7.5.4.	Ambulantes Operieren (§ 115b SGB V).....	232
7.6.	Zusammenfassung und Fazit.....	234
8.	Entwicklungen Medizinischer Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V .....	235
8.1.	Charakteristika Medizinischer Versorgungszentren.....	237
8.2.	Rechtliche Konstruktionen Medizinischer Versorgungszentren .....	245
8.2.1.	Gründungsvoraussetzungen und - berechtigungen MVZ .....	245
8.2.2.	Mögliche MVZ Gesellschaftsformen .....	246
8.2.2.1.	Personengesellschaften als Gesellschaftsform eines MVZ .....	247
8.2.2.2.	Kapitalgesellschaften als Gesellschaftsform eines MVZ .....	248
8.2.2.3.	Europäische Rechtsformen als Gesellschaftsform eines MVZ .....	251
8.2.2.4.	Ausgeschlossene Rechtsformen.....	251
8.3.	Finanzierungsmöglichkeiten Medizinischer Versorgungszentren....	251
8.4.	Fazit und Ausblick .....	255
9.	Zukunftsmodell Managed Care – mehr Effizienz und Effektivität in der vertragsärztlichen Honorierung? .....	256
9.1.	Definition und Konzepte von „Managed Care“ .....	258
9.2.	Instrumente des „Managed Care“ .....	262
9.2.1.	Gatekeeping bei „Managed Care Konzepten“ .....	264
9.2.2.	Fall-Management bei „Managed Care Konzepten“ .....	265
9.2.3.	Vergütungssysteme als Steuerungselement .....	266
9.2.4.	Qualitätskontrolle.....	271
9.2.5.	Managed Care Instrumente im Überblick.....	272
9.3.	Historische Entwicklung von Managed Care Organisationen.....	272
9.4.	Managed Care Organisationen (MCOs) .....	274
9.4.1.	Health Maintenance Organization (HMO) .....	275
9.4.2.	Preferred Provider Organization (PPO) .....	277
9.4.3.	Point of Service Organizations (POS) .....	277

9.5.	Das System der ambulanten ärztlichen Vergütung in der Schweiz .....	278
9.5.1.	Allgemeine Aspekte und Merkmale des Schweizer Gesundheitswesens .....	279
9.5.2.	Der Arzt im traditionellen Sektor .....	283
9.5.3.	Der Arzt in Hausarztmodellen und HMOs .....	285
9.6.	Auswirkungen von Managed Care Modellen auf das Gesundheitswesen .....	287
9.6.1.	Kosteneffekte von Managed Care .....	289
9.6.2.	Qualitätseffekte von Managed Care .....	290
9.6.3.	Verteilungseffekte von Managed Care .....	293
9.6.4.	Akzeptanz von Managed Care .....	295
9.7.	Managed Care in Deutschland .....	298
9.8.	Zusammenfassung und Fazit .....	300
<b>VI.</b>	<b>Schlussbetrachtung und Handlungsempfehlungen .....</b>	<b>303</b>
	Literaturverzeichnis .....	309
	Internetquellen .....	337
	Anhang 1 .....	341
	Anhang 2 .....	344